



PROJETO ONCOREDE

ANÁLISE DOS DADOS DO PROJETO-PILOTO

de abril 2017 a abril 2018

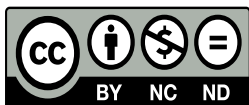


AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

PROJETO ONCOREDE

ANÁLISE DOS DADOS DO PROJETO-PILOTO DE ABRIL 2017 A ABRIL 2018





2019. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na página <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>

Versão Digital

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Diretoria de Desenvolvimento Setorial
Gerência de estímulo à inovação e avaliação da qualidade setorial
Av. Augusto Severo, 84 – Glória
CEP 20.021-040
Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Tel.: +55(21) 2105-0000
Disque ANS 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Diretoria Colegiada da ANS

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO
Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES
Diretoria de Fiscalização – DIFIS
Diretoria de Gestão – DIGES
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Coordenação Técnica

Rodrigo Aguiar - DIDES
Daniel Pereira - DIRAD/DIDES
Ana Paula Silva Cavalcante - GEEIQ/DIDES

Equipe técnica

Daniele Silveira - GEEIQ/DIDES
Eduardo Vieira Neto - GEEIQ/DIDES
Felipe Riani - GEEIQ/DIDES
Renata Nacif - GEEIQ/DIDES
Sonia Marinho - GEEIQ/DIDES
Tatiana Gamarra - GEEIQ/DIDES

Projeto Gráfico

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Envio de Informações à ANS pelos Participantes do Projeto OncoRede	17
Gráfico 2	Percentual de pacientes com consultas com oncologistas clínicos e percentual de pacientes com consulta multiprofissional	21
Gráfico 3	Percentual de pacientes com laudo completo	23
Gráfico 4	Percentual de mulheres entre 50-69 anos que realizaram mamografia	23
Gráfico 5	Percentual de beneficiários que realizaram exames de rastreamento para câncer colorretal	24
Gráfico 6	Tempo médio, em dias, entre o diagnóstico anatomopatológico e o início do tratamento	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Indicadores do Projeto OncoRede	12
Tabela 2	Operadoras de planos de saúde que assinaram Termo de Acompanhamento de Inovações em Qualidade nos Serviços de Saúde	13
Tabela 3	Prestadores de Serviços de Saúde que assinaram Termo de Acompanhamento de Inovações em Qualidade nos Serviços de Saúde	14
Tabela 4	Operadoras de planos de saúde consideradas na Análise Quantitativa em ordem decrescente de total de meses considerados na Análise Quantitativa	15
Tabela 5	Prestadores de Serviços de Saúde considerados na Análise Quantitativa em ordem decrescente de total de meses considerados na Análise Quantitativa	15
Tabela 6	Operadoras de planos de saúde que enviaram Relatórios Finais para Análise Qualitativa	16
Tabela 7	Prestadores de serviços de saúde que enviaram Relatórios Finais para Análise Qualitativa	16
Tabela 8	Número de Instituições que enviaram dados dos indicadores do Projeto OncoRede a cada mês- abril 2017 a abril 2018	20
Tabela 9	Resultados Mensais dos Indicadores do Projeto OncoRede – abril 2017 a abril 2018	20
Tabela 10	Percentual de pacientes que receberam administração de quimioterapia infusional nos últimos 14 dias de vida	22
Tabela 11	Principais resultados e desafios identificados do Projeto OncoRede	29

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma	7
Figura 2	Bases Conceituais do Projeto OncoRede	11

SUMÁRIO

Apresentação	7
1. Introdução	9
2. Projeto Oncorede	11
2.1 Pilares do Projeto Oncorede	12
2.2 Indicadores do Projeto Oncorede	14
3. Principais Resultados	20
4. Limites e Dificuldades	29
5. Considerações Finais e Possibilidades Futuras	31
6. Referências	33
7. Anexos	35
7.1 Anexo 1	35
7.2 Anexo 2	65
7.3 Anexo 3	69
7.4 Anexo 4	73
7.5 Anexo 5	77

APRESENTAÇÃO

A iniciativa do Projeto OncoRede está inserida na busca da melhoria da qualidade do cuidado em saúde, um pilar central do trabalho desenvolvido pela ANS, de modo a induzir a implementação de um sistema de cuidado coordenado, efetivo e resolutivo, que busque reduzir o tempo médio entre o diagnóstico e o início do tratamento do paciente oncológico, a partir do diagnóstico precoce. Desse modo, o Oncorede representa uma mudança de paradigma do modelo de cuidado a pacientes oncológicos beneficiários de planos de saúde, superando sua fragmentação e desarticulação.

O Projeto foi elaborado em parceria com institutos de pesquisa, instituições de referência nacional no tratamento do câncer, representantes de associações de pacientes e demais representantes do setor. No campo da experimentação prática, contou com a colaboração de operadoras de planos de saúde, clínicas e hospitais oncológicos de todo o país.

Este relatório descreve os aspectos centrais do Projeto OncoRede e seus principais resultados. As conclusões do OncoRede revelaram-se insumos fundamentais para a continuidade das ações de indução da qualidade da atenção à saúde em Oncologia pela ANS, que prosseguirá suas ações com o desenvolvimento de uma Certificação em Boas Práticas em Atenção Oncológica - OncoRede para operadoras de planos de saúde que cumprirem os requisitos de qualidade aferidos por Entidades Acreditoras independentes.

O Projeto OncoRede fortalece a convicção da ANS de que é possível e necessário implementar um modelo de atenção longitudinal e com melhores resultados, orientado pelas necessidades do paciente. Nessa direção, a ANS seguirá trabalhando para o estabelecimento desse novo paradigma e o alcance desses objetivos.

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES/ANS


1. INTRODUÇÃO

As neoplasias são hoje uma das principais causas de morte no mundo. A extraordinária diversidade do câncer pode ser observada pelas variações na magnitude e no perfil da doença entre e no interior das regiões do planeta. Por um lado, existem tipos específicos de câncer que se destacam mundialmente: o câncer de pulmão é o de maior incidência e mortalidade, seguido pelo câncer da mama feminina, próstata e colorretal, em termos de incidência e pelo câncer colorretal, estômago e fígado, em termos de mortalidade. Por outro lado, treze tipos diferentes de câncer são os de maior incidência ou mortalidade em um ou mais países estudados pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC). Já com relação à carga de incidência global, vinte e três tipos de câncer são responsáveis por 90% de tal carga quando combinados. As variações regionais entre os diferentes tipos de câncer mais comuns demonstram o impacto da interação de fatores sociais, econômicos e de hábitos de vida sobre os diferentes perfis de incidência e mortalidade deste grupo muito complexo de doenças (Bray et al., 2018).

O Brasil está entre os países com maior incidência de câncer na atualidade. Embora existam esforços crescentes direcionados para rastreamento e diagnóstico precoce, fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de diversos tipos de câncer estão muito presentes na população brasileira, destacando-se o tabagismo, a dieta ocidental, a obesidade e o sedentarismo (Panis et al., 2018).

Segundo estudos do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa para o ano de 2018 do total de casos novos de câncer esperados, para as pessoas do sexo masculino, foi de 324.580 casos (taxa bruta: 314,55 casos novos por 100.000 homens) e, para as pessoas do sexo feminino, foi de 310.300 casos (taxa bruta: 292,74 casos por 100.000 mulheres) (Brasil, 2017). As 10 localizações primárias de câncer mais comuns em homens estimadas para 2018 foram: próstata, traqueia, brônquio e pulmão, cólon e reto, estômago, cavidade oral, esôfago, bexiga, laringe, leucemias e Sistema Nervoso Central (SNC). Já para as mulheres as 10 localizações primárias mais comuns foram: mama, cólon e reto, colo do útero, traqueia, brônquio e pulmão, tireoide, estômago, corpo do útero, ovário, SNC e leucemias (Figura 1).

FIGURA 1: DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DOS DEZ TIPOS DE CÂNCER MAIS INCIDENTES ESTIMADOS PARA 2018 POR SEXO, EXCETO PELE NÃO MELANOMA

Localização Primária	Casos	%			Localização Primária	Casos	%
			Homens	Mulheres	Mama Feminina	59.700	29,5%
Próstata	68.220	31,7%			Cólon e Reto	18.980	9,4%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%			Colo do Útero	16.370	8,1%
Cólon e Reto	17.380	8,1%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%
Estômago	13.540	6,3%			Glândula Tireoide	8.040	4,0%
Cavidade Oral	11.200	5,2%			Estômago	7.750	3,8%
Esôfago	8.240	3,8%			Corpo do Útero	6.600	3,3%
Bexiga	6.690	3,1%			Ovário	6.150	3,0%
Laringe	6.390	3,0%			Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%
Leucemias	5.940	2,8%			Leucemias	4.860	2,4%
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%					

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: BRASIL – Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde, 2017.

Estudos recentes em países de alta renda indicaram que de um terço a dois quintos dos novos casos de câncer poderiam ser evitados com a eliminação ou a redução da exposição a fatores de risco ambientais e a mudanças no estilo de vida. Há várias intervenções que provaram ser eficazes meios de prevenção do câncer. Infelizmente, os esforços internacionais para promover e implementar a prevenção primária nesta área ainda carecem de esforços mais concretos em sua implantação e os formuladores de políticas permanecem descrentes em relação ao alcance e aos benefícios que a prevenção pode propiciar (Bray et al. 2018).

Entretanto, mesmo quando a prevenção primária é utilizada com alta cobertura populacional em combinação com programas contra infecções carcinogênicas e fatores de risco relacionados ao estilo de vida, é impossível prevenir todos os tipos de câncer. Portanto, como medidas de prevenção secundária, as estratégias de controle do câncer também devem se concentrar na detecção precoce por meio do uso de testes de rastreamento do câncer, incluindo: mamografia para o câncer de mama; testes imunquímicos de sangue oculto nas fezes, colonografia por tomografia computadorizada (colonoscopia virtual) e colonoscopia para câncer colorretal; tomografia computadorizada de baixa dose do tórax anual para pessoas com alto risco de câncer de pulmão devido a história de tabagismo de pelo menos 30 maços de cigarros por ano. Além disso, para facilitar o diagnóstico precoce, é essencial identificar pessoas com suscetibilidade hereditária ao câncer, por exemplo pela pesquisa das mutações genéticas BRCA1/2 ou de genes de reparação do DNA na síndrome de Lynch, já que o histórico familiar é muito importante nesses casos (Nagai e Kim, 2017).

Além disso, o cuidado em oncologia precisa da disponibilidade de informações de tratamento precisas, baseadas em evidências, que são em grande medida obtidas pelos resultados de estudos clínicos ou estudos observacionais de alta qualidade. No entanto, o objetivo de alcançar alta qualidade no cuidado com centralidade no paciente é um desafio considerável, especialmente quando o sistema de saúde passa por mudanças. Para realizar uma atenção centrada no paciente, devem ser feitos esforços para conseguir informações mais detalhadas sobre as experiências dos pacientes com os tratamentos, bem como sobre seus valores e preferências, comorbidades, sintomas pré-existentes e efeitos colaterais de tratamentos que podem influenciar na escolha da melhor estratégia terapêutica (Qureshi, Ganz e Bennett, 2017).

Atualmente, o câncer possui grande relevância dentro da organização e dos custos de um sistema de saúde e sua representação deve aumentar, uma vez que a população está envelhecendo e há uma importante evolução tecnológica tanto em relação ao diagnóstico quanto em relação ao tratamento do câncer.

Desse modo, para obter melhores resultados em termos assistenciais, com sustentabilidade no setor suplementar de saúde, é necessário migrar de um modelo de cuidado fragmentado e desorganizado para um modelo integrado, organizado, longitudinal e com informação de qualidade disponível. O novo modelo deve prever a articulação de todos os pontos de atenção da rede de cuidados, a melhora na transição entre o diagnóstico e o tratamento e o aprimoramento de estratégias de screening e diagnóstico precoce. Ao mesmo tempo, é fundamental que sejam mensurados resultados e custos e que se avalie o desempenho do sistema, incentivando o debate de estratégias para reorganizar a rede de cuidado integral em oncologia e, principalmente, para destacar o paciente como centro do sistema e do cuidado (Brasil, 2016).

2. PROJETO ONCOREDE

Tendo em vista o atual contexto brasileiro, de rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional, com o envelhecimento e o aumento da incidência dos cânceres na população, além das mudanças de hábitos alimentares, uma reorganização da rede de cuidados é premente.

O sistema brasileiro está organizado para o atendimento de doenças agudas, no hospital e médico centrado. O atual modelo de cuidado oncológico sofre de mazelas que impactam diretamente nos resultados em saúde, tais como: baixa qualidade do diagnóstico ou diagnósticos tardios; ausência de informação abrangente e integrada sobre o paciente; fragmentação das intervenções mais relevantes – quimioterapia, radioterapia e cirurgia; ausência de coordenação do cuidado prestado nos diferentes pontos de atenção e níveis de complexidade da rede.

Na busca por um Modelo de Cuidado Integral (Starfield, 2002; Mendes, 2009; Almeida et al., 2011; Rodrigues et al., 2014; AHRQ, 2015; Damaceno et al., 2016; Ramos, 2016), a ANS busca induzir a reorganização da atenção baseada nas seguintes diretrizes:

- » Organização e integração da rede assistencial;
- » Estímulo aos cuidados ambulatoriais e domiciliares;
- » Equipes multiprofissionais;
- » Cuidado abrangente e continuado;
- » Coordenação do cuidado;
- » Inclusão da promoção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos;
- » Avaliação das ações realizadas por meio de indicadores;
- » Incorporação de tecnologias em saúde baseadas em evidências;
- » Remuneração dos serviços baseada em valor; e
- » Utilização de ferramentas de Tecnologia da Informação.

Desse modo, para fazer frente às dificuldades estruturais na organização da rede de oncologia na saúde suplementar brasileira, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) desenvolveu o Projeto OncoRede com o objetivo de implementar um novo modelo de cuidado a pacientes oncológicos beneficiários de planos de saúde, articulado e com foco no cuidado integral.

O Projeto foi elaborado em parceria com institutos de pesquisa, instituições de referência nacional no tratamento do câncer, representantes de associações de pacientes e demais representantes do setor.

O modelo do OncoRede propõe um conjunto de ações integradas capazes de reorganizar, estimular a integração e aprimorar a prestação de serviços de atenção oncológica. Na prática, o que se busca é um sistema de saúde organizado e responsivo, com regras claras, com profissionais capacitados e com informação acessível. Dentre os resultados esperados estão: i. um diagnóstico mais preciso da situação atual do cuidado oncológico na saúde suplementar; ii. o estímulo à adoção de boas práticas na atenção oncológica ambulatorial e hospitalar; e iii. melhores resultados em saúde avaliados por meio de indicadores de qualidade da atenção oncológica.

As seguintes instituições parceiras colaboraram por meio de subsídios técnicos especializados na elaboração do Projeto OncoRede:

ABRALE; AC Camargo Cancer Center; Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR); Fundação do Câncer; Grupo COI/UHG/AMIL; Instituto Oncoguia; Liga Paranaense de Combate ao Câncer – Hospital Erasto Gaertner; Optum; Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC); Sociedade Brasileira de Patologia (SBP); Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC); Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC); Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (SBEO); e Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM).

2.1 PILARES DO PROJETO ONCOREDE:

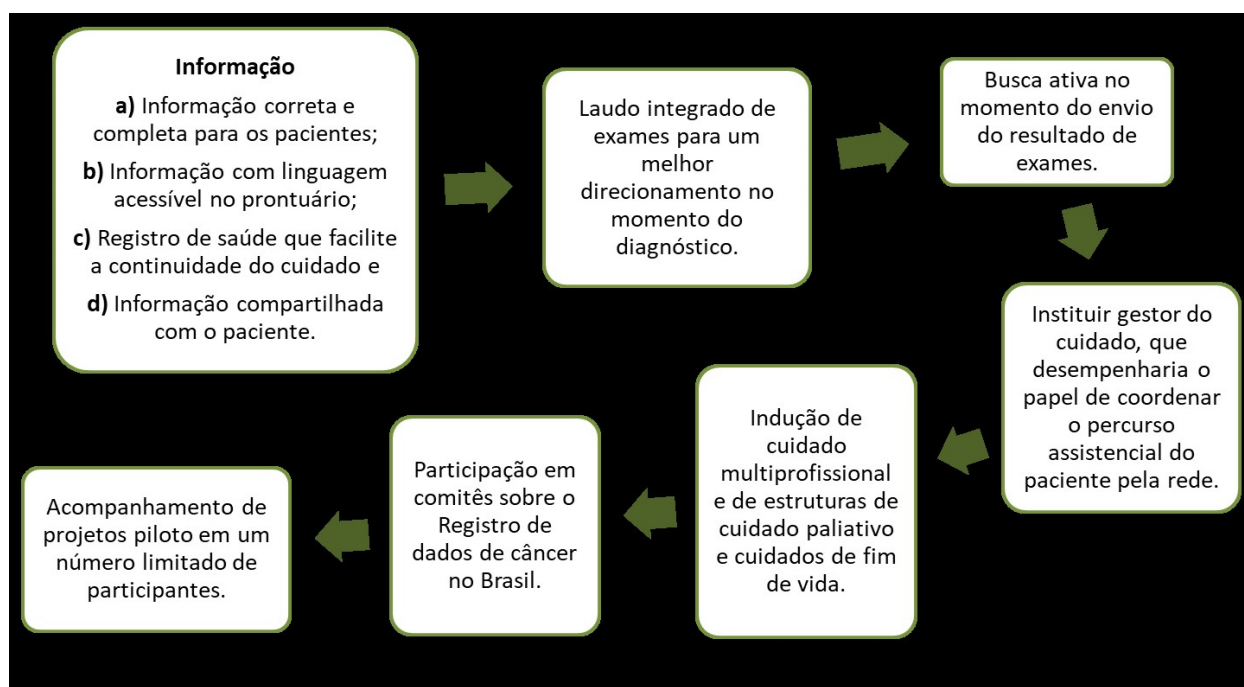
Os Pilares do modelo do Projeto OncoRede são os seguintes:

1. Centralização do cuidado no paciente: uma total inversão da lógica de um sistema hoje centrado no volume de utilização de tecnologias.
2. Informação, sob diferentes aspectos: informação correta e completa para os pacientes; informação com linguagem acessível; registro de saúde que facilite a continuidade do cuidado e que seja compartilhado por todos os profissionais que realizam o cuidado e principalmente com o próprio paciente.
3. Screening e diagnóstico precoce, porém pautados pela qualidade e em protocolos efetivos.
4. Laudo integrado de exames: para um melhor direcionamento no momento do diagnóstico que facilite e torne mais efetivo o tratamento.
5. Busca ativa no momento do envio do resultado de exames, além da busca ativa para a realização dos exames. O Projeto propõe que haja garantia de que o resultado dos exames críticos chegue ao paciente e a seu médico solicitante.
6. Estabelecimento de “times multiprofissionais” e de “grupos de decisão” para a melhor definição de linhas de cuidado e uniformização de decisões.
7. Articulação de toda a rede de estabelecimentos que irão, em algum momento, cuidar do paciente, tanto do ponto de vista de organização dos encaminhamentos quanto das informações e da continuidade da linha de cuidado.
8. Instituição do denominado “assistente do cuidado”, que desempenha o papel de “navegador” do paciente por todo seu percurso assistencial, facilitando e monitorando todos os possíveis pontos de dificuldade.
9. Monitoramento dos resultados desse modelo através de indicadores que possam demonstrar não só o desempenho do cuidado, mas também retratem possíveis melhorias no caminho assistencial.
10. Indução e estabelecimento de estruturas de cuidado paliativo e tratamento de suporte, além do debate sobre morte e humanização no fim de vida.

11. Proposição de modelos diferenciados de remuneração que possam dar suporte à nova lógica de cuidado, permitindo que toda essa mudança assistencial seja possível.,.
12. Capacitação e treinamento de profissionais da área da saúde, para a nova proposta e para as novas formas de cuidar aqui descritas.
13. Debate sobre o Registro de Tumor na Saúde Suplementar, visando a um melhor planejamento e monitoramento das políticas nessa área.

A Figura 2 a seguir ajuda na compreensão das bases conceituais do citado Projeto.

FIGURA 2: BASES CONCEITUAIS DO PROJETO ONCOREDE



Fonte: ANS, elaboração própria.

2.2 INDICADORES DO PROJETO ONCOREDE

É importante que se compreenda a definição de indicador, isto é, a variável que se define para descrever, ordenar, comparar, qualificar ou quantificar aspectos de um objeto, neste caso, projeto, de modo sistemático (Brasil, 2018). O principal propósito de um indicador é traduzir, de maneira mensurável, um dado elemento de uma ação, de forma a possibilitar sua observação, acompanhamento e avaliação. Nesse sentido, há um conjunto de indicadores determinados pela ANS para monitoramento das instituições participantes durante o desenvolvimento do Projeto. Esses indicadores estão elencados na Tabela 1, a seguir.

TABELA 1: INDICADORES DO PROJETO ONCOREDE¹

Indicador		Método de Cálculo
1	Percentual de Pacientes em Consulta com Oncologista Clínico	Número de pacientes que tiveram consultas com oncologistas clínicos, em 30 dias x 100 / Número total de pacientes em tratamento oncológico específico, assistidos pelo programa ou pela instituição, no mês de referência
2	Disponibilização de Apoio Multiprofissional na Unidade de Atendimento	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
3	Percentual de Mulheres entre 50-69 Anos que Realizaram Mamografia no Período	Número de beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos que realizaram mamografia no período x 100 / Número total de beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos no período
4	Percentual de Pacientes entre 50-75 Anos que Realizaram Avaliação para Câncer Colorretal no Período	Número de beneficiários na faixa etária de 50 a 75 anos que realizaram exames de rastreamento do câncer colorretal (sangue oculto nas fezes – pesquisa imunológica, colono e retossigmoidoscopia) no período x 100 / Número total de beneficiários na faixa etária 50 a 75 anos no período
5	Tempo Médio entre o Diagnóstico e o Tratamento	Somatório do número de dias decorridos entre a data do diagnóstico cito ou anatomopatológico e a data de início do tratamento oncológico/ Número total de pacientes em início do tratamento oncológico, do projeto ou da instituição, no mês de referência
6	Quimioterapia Sistêmica Administrada nos Últimos 14 Dias de Vida	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
7	Percentual de Pacientes em Tratamento com Laudos Anatomopatológicos ou Citopatológicos, incluindo Estudos de Imuno-histoquímica e de Patologia Molecular, Completos	Número de pacientes que receberam laudo anatomopatológico ou citopatológico e iniciaram o tratamento em até 60 dias X 100/ Número total de pacientes que receberam o laudo anatomopatológico e citopatológico e iniciaram o tratamento
8	Sobrevida Global em 12 Meses	Número de beneficiários vivos após 1 ano do diagnóstico de câncer X 100 / Número total de beneficiários com câncer

Fonte: ANS, elaboração própria.

Mais informações sobre a composição desses indicadores podem ser consultadas no Anexo 1 deste relatório.

¹ Nota: Tendo em conta sua natureza de projeto-piloto e as naturezas diversas dos participantes, o projeto OncoRede não estipulou metas para cada indicador. O intuito foi, a partir dos primeiros resultados, constituir um histórico que permitisse, no futuro, estipular metas com base na experiência observada.

Os indicadores foram informados pelos participantes à ANS por meio da plataforma FormSUS, em formulário disponível no Anexo 2.

A participação no projeto foi voluntária e formalizada por meio da assinatura de “Termo de Acompanhamento de Inovações em Qualidade nos Serviços de Saúde” por operadoras de planos e prestadores de serviços de saúde. Os respectivos modelos de documento estão disponíveis nos Anexos 3 e 4 deste relatório. Esse documento estabelece compromissos técnicos que deveriam ser cumpridos pelas instituições participantes. Entre esses compromissos, destacamos:

Fornecer dados que permitam a composição e a análise dos indicadores definidos pela ANS para o monitoramento do Projeto OncoRede;

Permitir acesso e divulgação dos dados monitorados ao longo do Projeto OncoRede pela ANS e Ministério da Saúde.

Assinaram a participação no Projeto, 21 operadoras, listadas na Tabela 2.

TABELA 2: OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE QUE ASSINARAM TERMO DE ACOMPANHAMENTO DE INOVAÇÕES EM QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

Operadoras de Planos de Saúde	
1	Amil
2	Bradesco Saúde S/A
3	Cemig Saúde
4	Central Nacional Unimed Cooperativa Central
5	Cooperativa de Trabalho Médico Unimed São Sebastião do Paraíso
6	Fundação Fiat Saúde e Bem Estar
7	FUNDAFFEMG
8	GEAP Autogestão em Saúde
9	Nossa Saúde Operadora de Planos Privados
10	São Francisco Saúde
11	SOBAM
12	SulAmérica
13	SulAmérica Serviços de Saúde
14	Unimed Belém
15	Unimed BH
16	Unimed Campo Grande
17	Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico
18	Unimed Natal
19	Unimed Porto Alegre – Cooperativa Médica Ltda
20	Unimed Recife
21	Unimed Teresina

Fonte: ANS, elaboração própria.

Assinaram a participação no Projeto, 20 prestadores de serviços de saúde, listados na Tabela 3.

TABELA 3: PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ASSINARAM TERMO DE ACOMPANHAMENTO DE INOVAÇÕES EM QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

Prestadores de Serviços de Saúde	
1	Américas Centro de Oncologia Integrado
2	Centro de Câncer de Brasília CETTRO
3	Centro de Combate ao Câncer São Paulo
4	Centro Paulista de Oncologia – CPONCO
5	Hemomed Instituto de Oncologia e Hematologia
6	Hospital Albert Einstein
7	Hospital do Câncer de Muriaé
8	Hospital do Câncer do Norte de Minas
9	Hospital Erasto Gaertner
10	Hospital da Fundação do Câncer
11	Hospital Lifecenter Sistemas de Saúde
12	Hospital Santa Paula
13	Hospital Unimed Natal
14	Instituto de Oncologia do Paraná IOP
15	Laboratório de Patologia HE
16	Núcleo de Oncologia da Bahia NOB
17	Oncocenter Serviços Médicos
18	Oncocentro Oncologia Clínica
19	MG Pró Care Serviços de Saúde Ltda
20	Sobam Centro Médico Hospitalar

Fonte: ANS, elaboração própria.

O período de coleta e análise de dados referentes aos resultados do Projeto está compreendido de abril de 2017 até abril de 2018 (13 meses).

Para a análise quantitativa de resultados agregados, de modo a garantir consistência dos dados, a ANS considerou apenas participantes (tanto operadoras de planos de saúde quanto prestadores de serviços) que tivessem informado mais de 6 meses de resultados apurados, consecutivos ou não, para uma amostra relevante de beneficiários. Corresponderam a esses critérios as instituições listadas nas Tabelas 4 e 5.

TABELA 4: OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE CONSIDERADAS NA ANÁLISE QUANTITATIVA EM ORDEM DECRESCENTE DE TOTAL DE MESES CONSIDERADOS NA ANÁLISE QUANTITATIVA

	Operadoras consideradas na Análise Quantitativa	Total de meses considerados na Análise Quantitativa
1	Central Nacional Unimed Cooperativa Central	13
2	FUNDAFFEMG	13
3	GEAP Auto-gestão em Saúde	13
4	São Francisco Saúde	13
5	Sobam	13
6	Unimed Recife Cooperativa de Trabalho Médico	13
7	Unimed Goiânia	13
8	Fundação Fiat	12
9	Unimed Belém	12
10	Unimed São Sebastião do Paraíso	12
11	Bradesco Saúde	11
12	Nossa Saúde Operadora de Planos Privados	10
13	Unimed Campo Grande	8
14	Unimed Belo Horizonte	7

Fonte: ANS, elaboração própria a partir da verificação do envio de dados pelas instituições participantes do Projeto OncoRede.

TABELA 5: PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE CONSIDERADOS NA ANÁLISE QUANTITATIVA EM ORDEM DECRESCENTE DE TOTAL DE MESES CONSIDERADOS NA ANÁLISE QUANTITATIVA

	Prestadores de Serviços de Saúde considerados na Análise Quantitativa	Total de meses considerados na Análise Quantitativa
1	CCC Centro de Combate ao Câncer	13
2	Centro de Câncer de Brasília	13
3	Centro Paulista de Oncologia	13
4	Instituto de Oncologia do Paraná	13
5	Laboratório de Patologia HE	13
6	NOB	13
7	Oncológica Norte de Minas	13
8	Hemomed Instituto de Oncologia e Hematologia	12
9	Américas Centro de Oncologia Integrado	11
10	Centro de Oncologia Unimed Porto Alegre	11
11	Hospital do Câncer de Muriaé	11
12	Hospital Santa Paula	11
13	Oncocentro de Minas Gerais	8

Fonte: ANS, elaboração própria a partir da verificação do envio de dados pelas instituições participantes do Projeto OncoRede.

Assim, ao todo, informações de 24 instituições participantes para 7 dos 8 indicadores listados na Tabela 1, foram considerados na análise quantitativa. O indicador tempo de sobrevida não foi coletado porque necessitaria um maior tempo de observação da população-alvo para poder ser aferido, uma vez que calcula o percentual de beneficiários vivos, após 1 ano do diagnóstico de câncer.

Além do envio de dados mensais, foi solicitado aos participantes que elaborassem e enviassem Relatórios Finais, gerando insumos para a análise qualitativa. Os Relatórios Finais contemplaram os itens descritos no Anexo 5.

Dentre as 21 operadoras e 20 prestadores, 13 operadoras e 11 prestadores – 24 participantes ao todo, enviaram Relatórios Finais e são listados nas Tabelas 6 e 7.

TABELA 6: OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE QUE ENVIARAM RELATÓRIOS FINAIS PARA ANÁLISE QUALITATIVA

Operadoras consideradas na Análise Qualitativa	
1	Bradesco Saúde
2	CEMIG
3	Central Nacional Unimed Cooperativa Central
4	Fundação Fiat
5	FUNDAFFEMG
6	GEAP Auto-gestão em Saúde
7	Nossa Saúde Operadora de Planos Privados
8	São Francisco Saúde
9	Sobam
10	Unimed Campo Grande
11	Unimed Porto Alegre
12	Unimed São Sebastião do Paraíso
13	Unimed Recife Cooperativa de Trabalho Médico

Fonte: ANS, elaboração própria a partir da verificação do envio de relatórios pelas instituições participantes do Projeto OncoRede.

TABELA 7: PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ENVIARAM RELATÓRIOS FINAIS PARA ANÁLISE QUALITATIVA

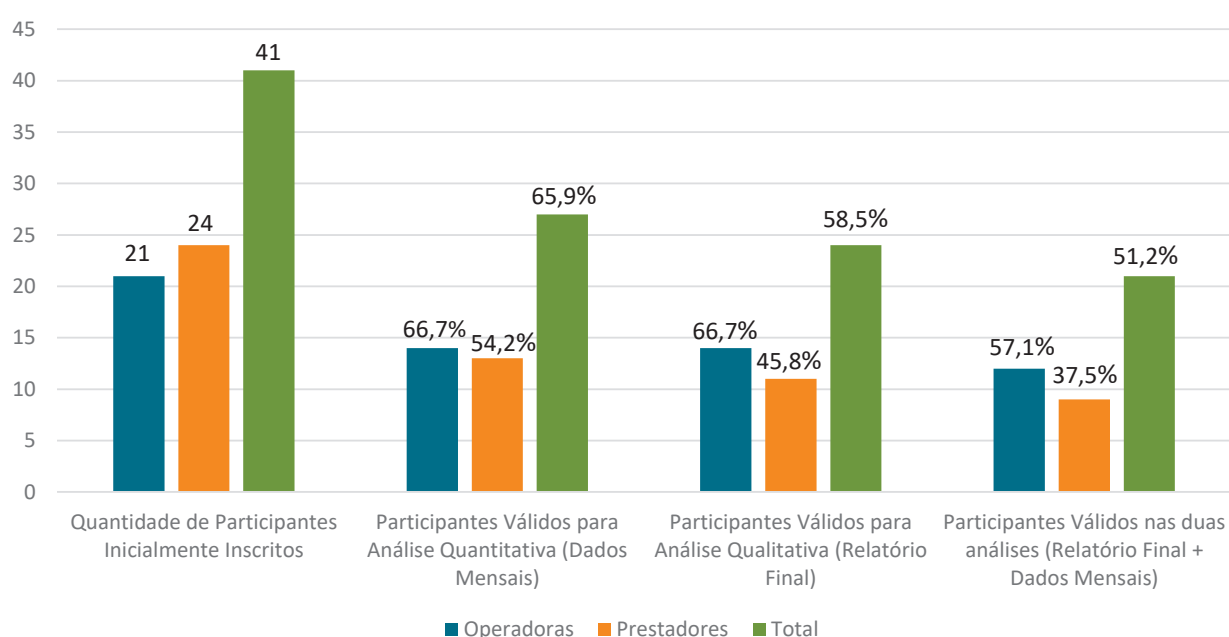
Prestadores considerados na Análise Qualitativa	
1	Américas COI
2	Centro de Combate ao Câncer
3	Centro Paulista de Oncologia
4	CETTRO
5	HEMOMED
6	Hospital do Câncer do Norte de Minas
7	Hospital LifeCenter
8	Hospital Santa Paula
9	Instituto de Oncologia do Paraná
10	NOB
11	OncoCentro

Fonte: ANS, elaboração própria a partir da verificação do envio de relatórios pelas instituições participantes do Projeto OncoRede.

Deste modo, o presente relatório foi elaborado a partir de dados e informações encaminhados por um número inferior de participantes em relação ao originalmente previsto. Ao mesmo tempo, nem todos os participantes considerados na análise quantitativa foram considerados na análise qualitativa e vice-versa.

Segue o Gráfico 1, que demonstra a participação efetiva de operadoras e prestadores de serviços, cujos resultados foram utilizados para a elaboração deste relatório.

GRÁFICO 1: ENVIO DE INFORMAÇÕES À ANS PELOS PARTICIPANTES DO PROJETO ONCOREDE



Fonte: ANS, elaboração própria a partir da quantificação dos envios de informações pelas instituições participantes do Projeto OncoRede.

3. PRINCIPAIS RESULTADOS

A regulação constitui-se em um processo estruturado realizado por ou sob orientação governamental que se destina a modificar o comportamento de pessoas ou entidades de acordo com padrões definidos previamente. Além disso, a regulação é uma política pública e como tal consiste em uma escolha do governo com base em hipóteses plausíveis concebidas para proporcionar objetivos e resultados desejados, que (na maioria das vezes) utiliza processos baseados em evidências, sendo também informada e influenciada por atores interessados. Desse modo, seu resultado final é o produto da evidência avaliada de maneira sistemática, tendo em consideração os valores sociais e a realidade (Windholz, 2017).

Desse modo, a avaliação do Programa OncoRede aqui descrita é o produto das evidências levantadas a partir das experiências e dos resultados dos indicadores das instituições participantes, que representa uma mostra do universo do cuidado oncológico na saúde suplementar. Além disso, os atuais resultados servirão de insumos para as ações regulatórias futuras desta Agência.

Dentro dessa dinâmica, é sob a perspectiva de política pública de indução da qualidade que o Projeto OncoRede e seus resultados devem ser considerados. Portanto, é fundamental levar em conta que, com frequência, aspectos que não haviam sido previamente considerados tornaram-se condicionantes e, por vezes, determinantes para sua realização.

Conforme discutido anteriormente, os principais resultados quantitativos foram extraídos por meio de indicadores mensais (Anexo 1) informados pelos participantes na plataforma FormSUS (Anexo 2). Os principais resultados qualitativos serão descritos a partir dos relatórios finais enviados pelos participantes (Anexo 5).

Em relação à população abrangida, as instituições apresentaram resultados bastante diversos, variando desde uma pequena parcela de seus pacientes oncológicos até a totalidade de pacientes nesta condição. Tal variação pode em parte ser explicada pelo fato de os participantes do Projeto poderem ser operadoras ou prestadores de serviços (especializados ou não em oncologia), instituições com características bastante distintas. Já no tocante aos tipos de câncer atendidos, também houve uma grande heterogeneidade, com algumas instituições incluindo todos os tipos da doença no Projeto, enquanto outras optaram por acompanhar somente alguns tipos, sendo os mais presentes no Projeto as neoplasias malignas da mama e do cólon e reto, o que pode ser justificado pela sua alta incidência na população brasileira.

A duração do Projeto nas instituições foi de aproximadamente 12 meses, sendo que vários participantes destacaram que as atividades continuarão por tempo indeterminado, o que indica que o compromisso pela melhoria da qualidade em oncologia foi efetivamente incorporado pelas operadoras e prestadores que realizaram o Projeto.

Conforme o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA (2017), estima-se para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), 420 mil casos novos de câncer irão surgir. Essa estimativa reflete o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto entre os mais incidentes, porém, ainda apresenta altas taxas

para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago. Os cânceres de próstata (68 mil) em homens e mama (60 mil) em mulheres são os mais frequentes.

As medidas de melhoria implementadas foram bastante relevantes. Dentre elas, podem ser ressaltadas: contratações de profissionais, com consequente aumento do quadro de colaboradores para o atendimento multidisciplinar em oncologia; ampliação das ações e das campanhas de qualidade para detecção precoce do câncer; confirmação diagnóstica oportuna; melhor definição terapêutica para os casos recém-diagnosticados e casos cronicados; revisão do protocolo de cuidados paliativos; implantação de um método de acompanhamento das pacientes tratadas para câncer de mama após a alta; criação de novos indicadores para acompanhamento; criação de uma comissão para acompanhamento dos pacientes participantes do projeto; diminuição do tempo transcorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento; instituição de parcerias para realização de palestras de esclarecimento sobre câncer; criação de fluxograma de início de tratamento oncológico precoce; projeto de referência e contrarreferência de pacientes; ampliação da área destinada a quimioterapia ambulatorial; implantação do serviço de *Call Center* exclusivo para agendamento de consultas ambulatoriais; implantação de auditoria especializada em oncologia na operadora; criação do piloto de Rede de Alertas, com o intuito de informar, através do canal de comunicação, alterações críticas em exames de imagens e laboratoriais relacionados ao diagnóstico de neoplasias, ao assistente de cuidado; e Assistência Farmacêutica.

Além dessas medidas, outras ações também devem ser destacadas: padronização de protocolos de acompanhamento do paciente; implementação da função de *Concierge*², com adequações de estrutura física, contratação e capacitação de pessoal, além de divulgação do serviço entre equipe médica e pacientes; cuidado domiciliar com assistência ao telefone direcionando e orientando o cliente ao cuidado necessário após quimioterapia, evitando internações por complicação; ampliação da rede oncológica através de novas parcerias em nível ambulatorial e hospitalar; instituição da linha de cuidado de câncer colorretal; criação da figura do navegador de diagnóstico; e ações relacionadas à melhoria no cadastro dos pacientes.

Em relação ao monitoramento de indicadores, cabe enfatizar a definição de monitoramento (Brasil, 2018), isto é, a atividade que visa acompanhar de maneira quantitativa ou qualitativa, os impactos das ações implementadas, a fim de verificar se as metas estão sendo cumpridas. Nesse sentido, algumas instituições participantes do Projeto monitoraram a maior parte dos indicadores sugeridos pela ANS, enquanto outros participantes optaram por realizar o monitoramento de apenas parte desses indicadores. Esta escolha foi subsidiada pelas características específicas de cada instituição e seu perfil de atendimento.

Os dados foram coletados através de formulário disponibilizado na plataforma *FormSUS* entre abril de 2017 e abril de 2018. Como foi preciso garantir consistência dos dados, a ANS considerou apenas participantes (tanto operadoras de planos de saúde quanto prestadores de serviços) que tivessem informado mais de 6 meses de resultados apurados, consecutivos ou não, e para uma amostra relevante de beneficiários, tendo correspondido a esses critérios 24 instituições com apuração de 7 indicadores.

A Tabela 8 informa o número de instituições que enviaram dados dos indicadores à ANS a cada mês do período de análise, considerando somente aquelas que informaram dados ao menos por 6 meses, consecutivos ou não, para os 7 indicadores considerados na Análise Quantitativa. Em seguida, a Tabela 9 informa os resultados obtidos para cada um desses indicadores, respeitados os limites estabelecidos.

² A função de Concierge na saúde é caracterizada por visitas longas, monitoramento contínuo e uma ênfase diferenciada na prevenção e no bem-estar do paciente. Tais características promovem um cuidado individualizado com alta qualidade. Definição extraída de: Serna, D.C. Lifestyle medicine in a Concierge practice: my journey. American Journal of Lifestyle Medicine, 2019.

TABELA 8: NÚMERO DE INSTITUIÇÕES QUE ENVIARAM DADOS DOS INDICADORES DO PROJETO ONCOREDE A CADA MÊS- ABRIL 2017 A ABRIL 2018

Indicador	Abr 2017	Mai 2017	Jun 2017	Jul 2017	Ago 2017	Set 2017	Out 2017	Nov 2017	Dez 2017	Jan 2018	Fev 2018	Mar 2018	Abr 2018
Percentual de Pacientes com Consulta com Oncologista Clínico	12	15	17	18	18	14	18	19	18	19	19	18	15
Disponibilização de Apoio Multiprofissional na Unidade de Atendimento	13	18	18	18	20	17	22	22	21	21	21	20	19
Percentual de Mulheres entre 50-69 Anos que Realizaram Mamografia no Período	8	11	10	10	11	10	11	12	11	11	10	10	9
Percentual de Pacientes entre 50-75 Anos que Realizaram Rastreamento para Câncer Colorretal no Período	5	8	7	7	9	8	10	10	10	9	9	9	7
Tempo Médio entre Diagnóstico e Tratamento	8	11	12	12	11	12	18	17	14	15	16	14	13
Quimioterapia Sistêmica Administrada nos Últimos 14 Dias de Vida	10	13	15	14	14	11	17	17	16	16	16	15	12
Percentual de Pacientes em Tratamento com Laudos Anatomopatológicos ou Citopatológicos, incluindo Estudos de Imuno-Histoquímica e de Patologia Molecular, Completos	8	9	10	11	9	9	12	15	13	11	14	12	11

Fonte: ANS, elaboração própria a partir dos dados enviados pelas instituições participantes do Projeto OncoRede.

TABELA 9: RESULTADOS MENSAIS DOS INDICADORES DO PROJETO ONCOREDE – ABRIL 2017 A ABRIL 2018

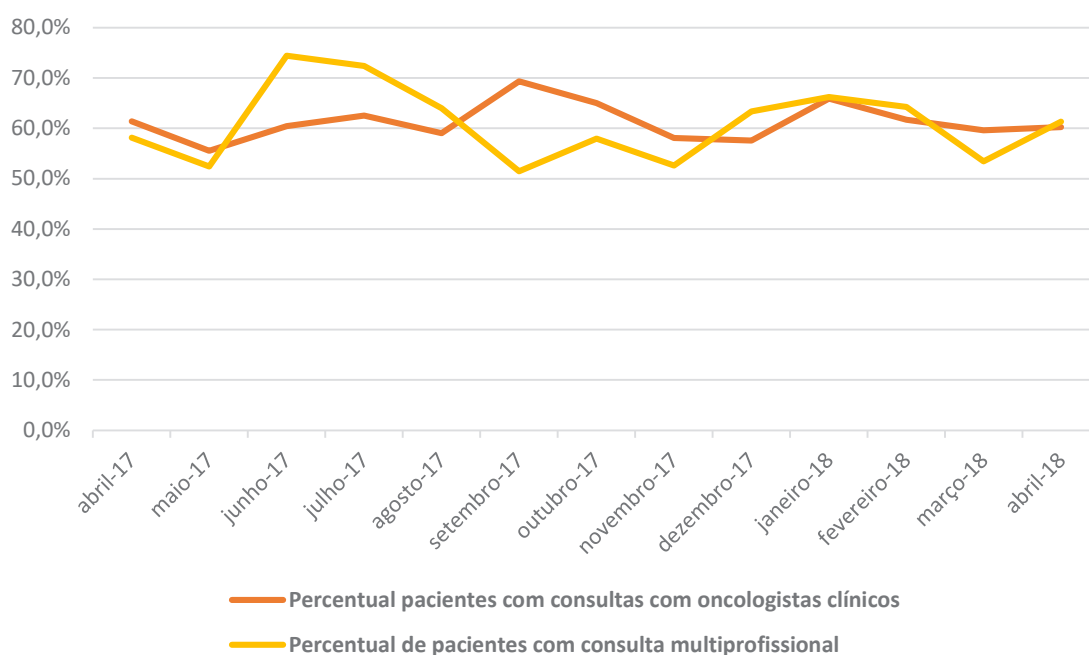
Indicador	Abr 2017	Mai 2017	Jun 2017	Jul 2017	Ago 2017	Set 2017	Out 2017	Nov 2017	Dez 2017	Jan 2018	Fev 2018	Mar 2018	Abr 2018
Percentual de Pacientes com consulta com Oncologista Clínico	61,4%	55,5%	60,4%	62,5%	59,1%	69,3%	65,0%	58,1%	57,6%	65,9%	61,7%	59,6%	60,2%
Disponibilização de Apoio Multiprofissional na Unidade de Atendimento	58,1%	52,4%	74,4%	72,4%	64,0%	51,5%	58,0%	52,6%	63,4%	66,2%	64,2%	53,4%	61,4%
Percentual de Mulheres entre 50-69 Anos que Realizaram Mamografia no Período	9,18%	11,56%	8,99%	9,69%	9,51%	9,70%	10,55%	10,74%	9,09%	10,23%	6,02%	7,23%	9,44%
Percentual de Pacientes entre 50-75 Anos que Realizaram Rastreamento para Câncer Colorretal no Período	3,61%	3,01%	2,36%	3,27%	3,53%	2,70%	3,14%	2,61%	3,45%	6,82%	4,05%	5,73%	5,05%
Tempo Médio em dias entre Diagnóstico e Tratamento	42	49	42	51	50	50	55	43	38	45	31	34	37
Quimioterapia Sistêmica Administrada nos Últimos 14 Dias de Vida	0,53%	0,42%	0,14%	0,18%	0,07%	2,08%	0,93%	0,19%	0,54%	0,31%	0,36%	2,59%	0,79%
Percentual de Pacientes em Tratamento com Laudos Anatomopatológicos ou Citopatológicos, incluindo Estudos de Imuno-Histoquímica e de Patologia Molecular, Completos	81,3%	91,8%	85,0%	83,6%	94,4%	88,9%	92,9%	83,4%	87,9%	91,3%	83,6%	76,7%	94,3%

Fonte: ANS, elaboração própria a partir dos dados enviados pelas instituições participantes do Projeto OncoRede.

Portanto, os indicadores efetivamente monitorados foram: percentual de pacientes com consultas com oncologistas clínicos, percentual de pacientes com consulta multiprofissional, percentual de pacientes que receberam administração de quimioterapia infusional nos últimos 14 dias de vida, percentual de pacientes com laudo completo, percentual de mulheres entre 50-69 anos que realizaram mamografia, percentual de beneficiários que realizaram exames de rastreamento para câncer colorretal e tempo médio entre o diagnóstico anatomopatológico e o início do tratamento. Deve ser notado, porém, que uma parcela significativa das instituições não monitorou seus dados de modo efetivo, isto é, foi constatado que somente cerca de metade das operadoras e/ou prestadores que iniciaram o Projeto enviaram seus indicadores mensalmente.

Os Gráficos de 2 a 7, reproduzidos abaixo, sistematizam o monitoramento dos indicadores informados tanto pelos prestadores, como pelas operadoras.

GRÁFICO 2. PERCENTUAL DE PACIENTES COM CONSULTAS COM ONCOLOGISTAS CLÍNICOS E PERCENTUAL DE PACIENTES COM CONSULTA MULTIPROFISSIONAL



Fonte: ANS, elaboração própria a partir dos dados enviados pelas instituições participantes do Projeto OncoRede.

A partir do Gráfico 2, percebe-se que o percentual de pacientes com consultas com oncologistas clínicos manteve-se estável, enquanto o percentual de pacientes com consulta multiprofissional, embora tenha também se mantido estável, apresentou uma discreta melhoria quando se considera o início e o fim da apuração, variando positivamente de 58,1% para 61,4%, o que pode ser um indício de que o Projeto tenha interferido beneficemente no tratamento dos pacientes atendidos pelas instituições participantes.

Conforme os dados apresentados na Tabela 10, o percentual de pacientes que receberam administração de quimioterapia infusional nos últimos 14 dias de vida, oscilou de 0,53%, no início do piloto, para 0,79%, ao final. Ao longo do desenvolvimento do Projeto, os picos foram observados no mês de setembro de 2017, quando o percentual de pacientes recebendo quimioterapia no final da vida aumentou para 2,08% e, no mês de março de 2018, que chegou a 2,59%. Embora tenha havido uma discreta variação para cima nos resultados, no período apurado, os valores obtidos encontram-se dentro do esperado na literatura médica. Assim, estes dados demonstram que a maior parte das operadoras e participantes seguem o recomendado no protocolo para tratamento quimioterápico no estágio terminal da neoplasia. Pois, como definido na ficha técnica do indicador, quanto menor o resultado, melhor a prática assistencial, isto é, a ocorrência de administração de quimioterapia infusional para pacientes no final da vida permite avaliar o comprometimento da Instituição com as melhores práticas de cuidado integrado, incluindo o momento adequado para interrupção do tratamento específico.

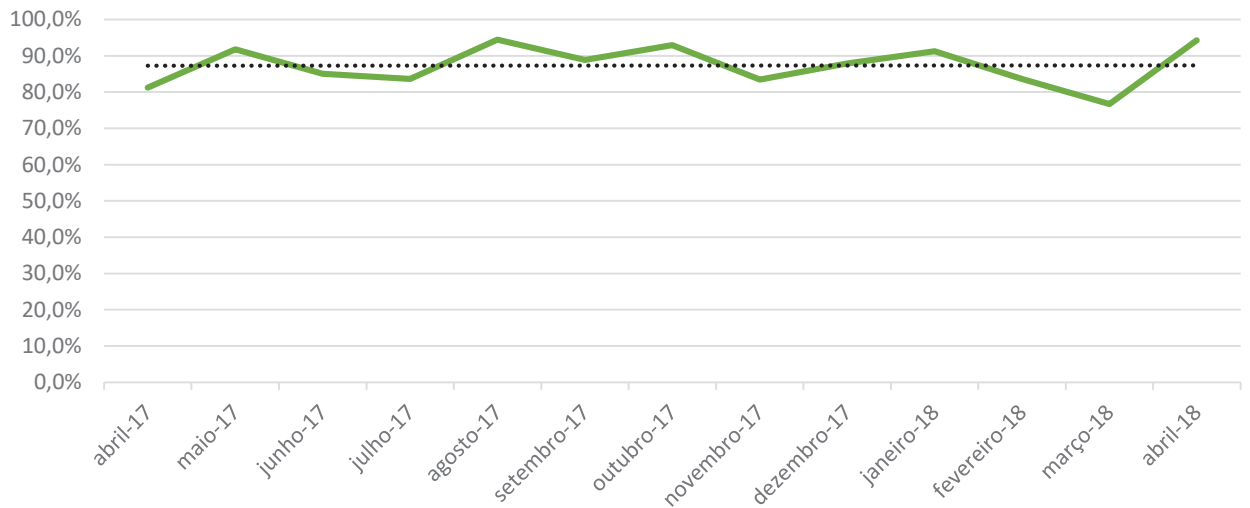
TABELA 10: PERCENTUAL DE PACIENTES QUE RECEBERAM ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA INFUSIONAL NOS ÚLTIMOS 14 DIAS DE VIDA

Mês	Percentual de pacientes que receberam administração de quimioterapia infusional nos últimos 14 dias de vida
Abril/17	0,53%
Maio/17	0,42%
Junho/17	0,14%
Julho/17	0,18%
Agosto/17	0,07%
Setembro/17	2,08%
Outubro/17	0,93%
Novembro/17	0,19%
Dezembro/17	0,54%
Janeiro/18	0,31%
Fevereiro/18	0,36%
Março/18	2,59%
Abril/18	0,79%

Fonte: ANS, elaboração própria a partir dos dados enviados pelas instituições participantes do Projeto OncoRede.

No Gráfico 3, observa-se que o percentual de pacientes com laudo completo aumentou de 81,3% para 94,3% no período analisado. Tal achado sugere resultado significativo de melhoria na qualidade do serviço prestado pelos participantes do Projeto OncoRede.

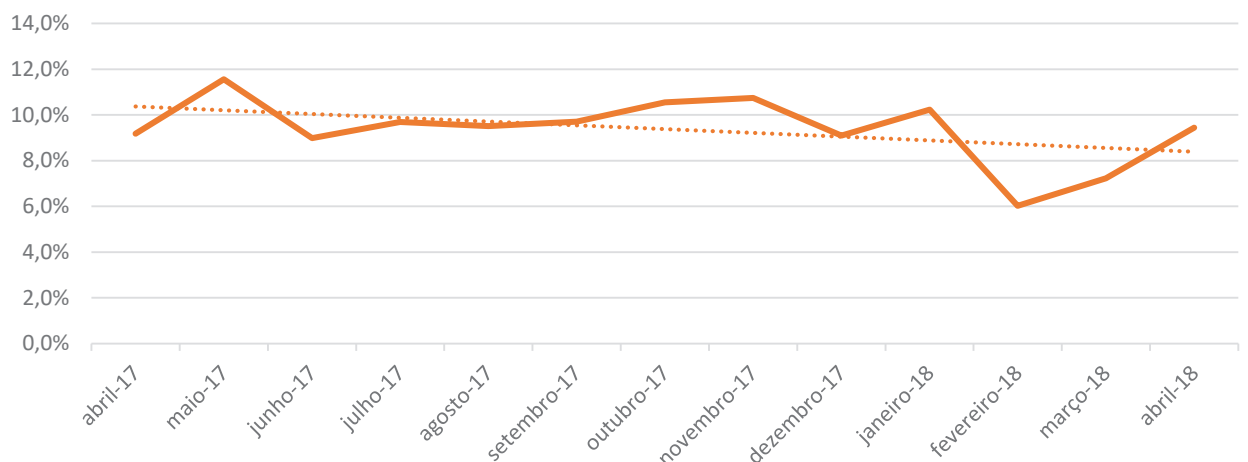
GRÁFICO 3: PERCENTUAL DE PACIENTES COM LAUDO COMPLETO



Fonte: ANS, elaboração própria a partir dos dados enviados pelas instituições participantes do Projeto OncoRede.

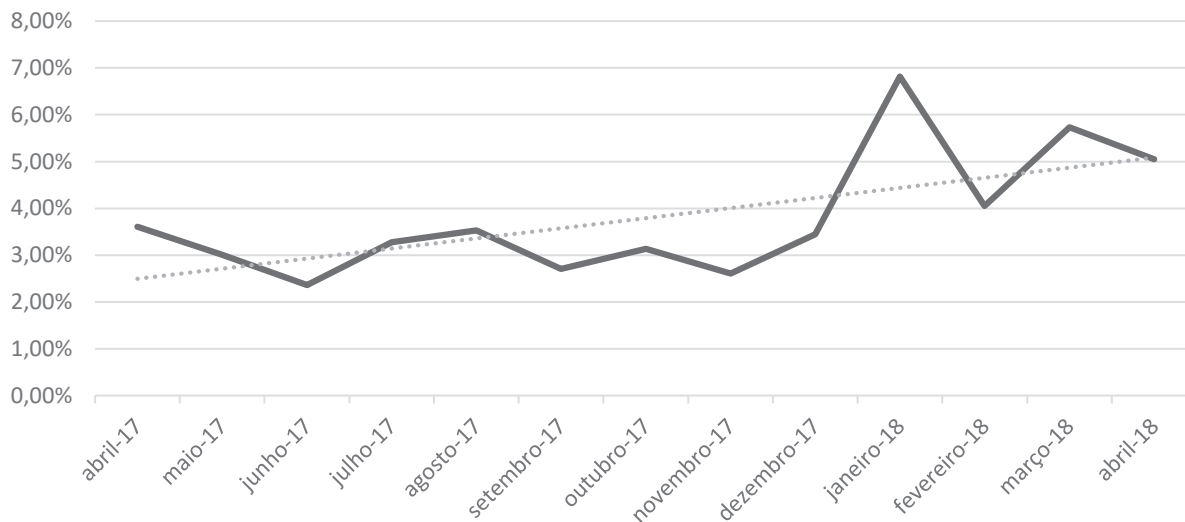
De acordo com o Gráfico 4, o percentual de mulheres entre 50-69 anos que realizaram mamografia manteve-se estável no período, com uma discreta tendência à queda, o que pode indicar que o Projeto não interferiu neste aspecto do processo de cuidado em oncologia, que está associado à prevenção do câncer da mama feminina.

GRÁFICO 4: PERCENTUAL DE MULHERES ENTRE 50-69 ANOS QUE REALIZARAM MAMOGRAFIA



Fonte: ANS, elaboração própria a partir dos dados enviados pelas instituições participantes do Projeto OncoRede.

GRÁFICO 5: PERCENTUAL DE BENEFICIÁRIOS QUE REALIZARAM EXAMES DE RASTREAMENTO PARA CÂNCER COLORRETAL

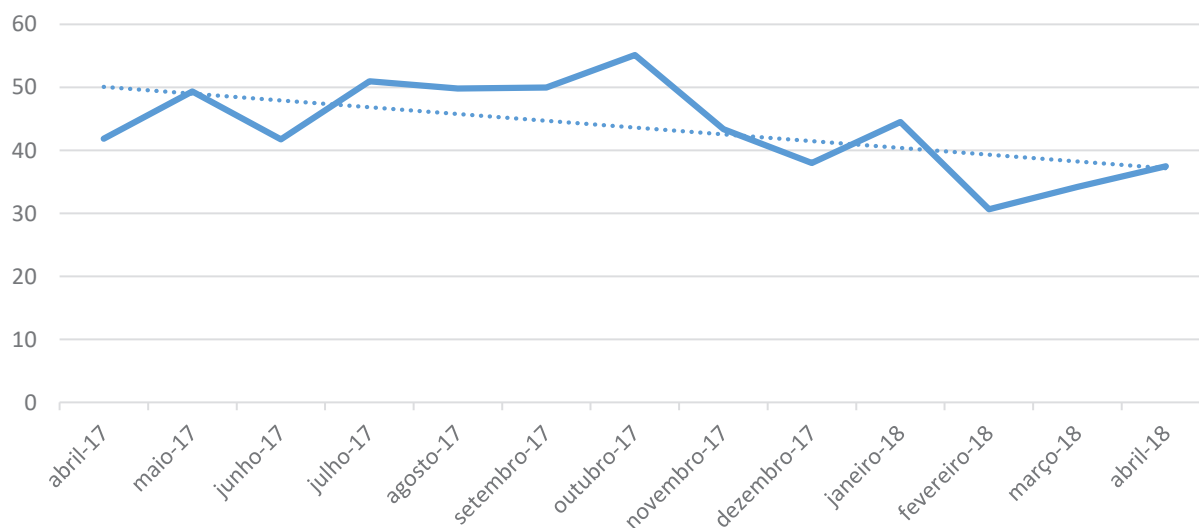


Fonte: ANS, elaboração própria a partir dos dados enviados pelas instituições participantes do Projeto OncoRede.

O Gráfico 5 permite observar que o percentual de beneficiários que realizaram exames de rastreamento para câncer colorretal apresentou melhoria, variando positivamente de 3,61% para 5,05%, o que pode sugerir melhoria no cuidado em oncologia nesta ação que está direcionada à prevenção.

No Gráfico 6 observa-se que o tempo médio, em dias, entre o diagnóstico anatomopatológico e o início do tratamento diminuiu, variando de 42 dias para 37 dias, o que pode indicar uma grande oportunidade para melhoria na qualidade do cuidado em oncologia a partir da implementação do Projeto.

GRÁFICO 6: TEMPO MÉDIO, EM DIAS, ENTRE O DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO E O INÍCIO DO TRATAMENTO



Fonte: ANS, elaboração própria a partir dos dados enviados pelas instituições participantes do Projeto OncoRede.

A partir da análise dos indicadores, reproduzidos nos Gráficos de 2 a 6, somada ao estudo dos dados apresentados na Tabela 10 anteriormente exposta, pode-se inferir que os achados mais relevantes e positivos estão relacionados ao aumento do percentual de pacientes com laudo completo, aumento de beneficiários que realizaram exames de rastreamento para câncer colorretal e redução do tempo médio entre o diagnóstico anatomopatológico e o início do tratamento. Dessa forma, infere-se que, entre os participantes do Projeto, o OncoRede pode ter interferido tanto em ações preventivas como de diagnóstico e tratamento da doença, contribuindo, assim, para seu objetivo, isto é, buscar o cuidado integral do paciente oncológico.

Considerando os resultados informados pelas instituições participantes nos relatórios finais, observados os limites identificados, passaremos à análise qualitativa dos resultados do OncoRede. Vale destacar que esses resultados são autoinformados a partir da experiência de cada participante, descritas no relatório final do Projeto.

Nesse campo de análise, dentre os principais resultados informados de forma textual, podem ser destacados: implantação e consolidação de atendimento multidisciplinar, realizado de forma integrada entre os profissionais envolvidos no cuidado com o paciente; implantação e integração de serviço de cuidados paliativos; dentre os prestadores de serviços, crescimento expressivo do número de pacientes que procuram o estabelecimento; incremento apreciável de programa de assistência psicológica; agilização de resultados anatomopatológicos com a presença de patologista em tempo integral in house; evidente crescimento em percentual de pacientes fidelizados ao serviço; acompanhamento direcionado ao paciente e individualizado, proporcionando maior eficácia da continuidade do cuidado além de maior envolvimento da equipe; compilação de dados epidemiológicos que contribuem para a melhor informação da doença e de pacientes da instituição; sistematização do acompanhamento farmacoterapêutico, nutricional e psicológico de pacientes; e melhor navegação de pacientes, diminuindo o tempo para realização de exames e dirimindo dúvidas e problemas enfrentados por pacientes oncológicos e familiares, favorecendo a continuidade do cuidado.

Outros resultados relevantes apontados foram: reestruturação da coleta de dados; aperfeiçoamento de sistema de informação utilizado para captação dos pacientes oncológicos; aumento da percepção de valor pelo paciente; refinamento da avaliação e resultados voltados para desfechos clínicos; integralidade da atenção direcionada ao beneficiário portador de câncer, reduzindo com isso, a fragmentação do cuidado no tratamento oncológico; fortalecimento da vinculação com o Gerenciador do Cuidado (médico oncologista); monitoramento e coordenação de cuidados e acompanhamento longitudinal por meio de equipe multidisciplinar; conscientização populacional sobre prevenção; agilidade e efetividade no início do tratamento de pacientes assistidos; estrutura de saúde organizada e responsiva, com conforto e segurança para o paciente, além de pessoas atentas e capacitadas e informação acessível.

Diversos desafios foram apontados pelos participantes do Projeto, dentre os quais é importante que sejam considerados os seguintes:

1. Implantação de um navegador específico para direcionamento das demandas do paciente e acompanhamento nos moldes propostos precisou ser modificada no decorrer do período de acompanhamento. Verificou-se a necessidade de fortalecer o trabalho em equipe, contratar mais profissionais para atender a demanda e estabelecer critérios para o desenvolvimento da equipe multidisciplinar.

2. Desenvolvimento de um plano de comunicação efetiva entre oncologistas, equipe de cuidados paliativos e familiares.
3. Ações para o diagnóstico e a detecção precoce de câncer nos pacientes já internados e atendidos nas instituições, incluindo a capacitação do corpo clínico para que estejam alertas quanto à possibilidade de doença oncológica.
4. Obtenção de dados de sobrevida global dos pacientes acompanhados pelo projeto para que assim seja avaliada a efetividade de todo o acompanhamento realizado durante o período.
5. Fortalecimento da articulação da rede assistencial, como o referenciamento dos pacientes oncológicos que realizam tratamento na rede credenciada.
6. Implantação de estratégias para redução do tempo entre diagnóstico e tratamento com base em protocolos clínicos baseados em evidências científicas.
7. Acesso facilitado aos desfechos dos pacientes após a finalização do tratamento e inclusão de dados clínicos nos prontuários que permitam o monitoramento destes desfechos.
8. Acompanhamento dos pacientes oncológicos pós-tratamento, também necessita de um maior tempo, uma vez que a alta desses pacientes se dá conforme o tipo de câncer e após longos anos sem recidiva.
9. Aperfeiçoamento e padronização das informações em saúde, para possibilitar o resgate de informação do paciente de maneira mais ágil e fidedigna.
10. Incremento da dinâmica das operadoras de saúde na autorização de exames e procedimentos necessários para a realização completa do estadiamento e definição de plano terapêutico, facilitando o fluxo de atendimento e tornando mais oportuno, previsível e uniforme o período entre diagnóstico e início de tratamento.
11. Análise dos encaminhamentos para as especialidades oncológicas, maior assertividade e redução do tempo para início de tratamento.
12. Análises anatomopatológicas realizadas na rede credenciada com intervenção para redução do prazo de retorno ao médico assistente e direcionamento do caso ao atendimento especializado
13. Elaboração de estratégias para captação de possíveis pacientes.
14. Obtenção de atuação cooperativa dos prestadores de serviços envolvidos na fase de diagnóstico (imagem, biópsia e patologia) quando participantes de uma rede credenciada fragmentada.

Tais resultados qualitativos são corroborados pela análise quantitativa dos indicadores, que mostra que os achados mais relevantes do OncoRede estão relacionados ao aumento do percentual de pacientes com laudo completo, ao aumento de beneficiários que realizaram exames de rastreamento para câncer colorretal e à redução do tempo decorrido entre o diagnóstico anatomopatológico e o início do tratamento. Como se pode perceber, esses resultados indicam que foram implementadas ações relacionadas à melhoria na qualidade da prevenção, do diagnóstico e do tratamento da doença, o que se alinha ao objetivo do Projeto: buscar o cuidado integral do paciente oncológico.

4. LIMITES E DIFICULDADES

Em primeiro lugar, deve ser destacado que os resultados do Projeto OncoRede devem ser compreendidos levando-se em conta suas limitações, sejam aquelas associadas ao número de instituições participantes como aquelas ligadas à regularidade, quantidade e qualidade dos dados informados pelos participantes do Projeto. O limite relacionado aos dados captados é frequente em projetos onde a participação é voluntária. Para atenuar esse risco inerente, a equipe técnica da ANS instituiu uma série de controles. Desta forma, a rotina do Projeto incluiu a realização de 6 reuniões presenciais e 14 reuniões à distância³, com temáticas que exploravam troca de conhecimentos e experiências entre os participantes, visando identificar boas práticas, dificuldades maiores e possíveis soluções. Esses diálogos abrangeram inclusive problemas do dia-a-dia dos serviços, em abordagem prática. Além disso, a equipe técnica da Agência buscou prestar orientações e esclarecimentos, sob demanda, por telefone ou por e-mail. Paralelamente, foi realizada uma série de visitas técnicas para conhecer *in loco* experiências de destaque. Talvez a dificuldade observada na consistência dos dados para verificação dos resultados pudesse ter sido atenuada com um monitoramento ainda mais próximo por parte da ANS, fosse por reuniões remotas de acompanhamento, fosse por intermédio de auditorias ou de um número maior de visitas técnicas. Entretanto, à época, não foi possível dispor de recursos humanos ou tecnológicos para incrementar esse acompanhamento.

Ainda no que se refere à informação e aos dados referentes ao projeto, pôde-se observar um empenho, por parte dos participantes do Projeto em referir as informações necessárias para o acompanhamento do mesmo. Entretanto, as dificuldades inerentes ao trabalho em avaliação da qualidade, como por exemplo, a necessidade de sistemas de informação preparados e de recursos humanos capacitados para a atividade, podem ter dificultado a coleta e inserção de dados para o acompanhamento do Projeto.

Um limite técnico relevante foi a falta de parametrização inicial dos projetos-piloto especificados por cada participante. Por exemplo, o tamanho da população-alvo variou muito entre os participantes. Se por um lado essa liberdade permitiu registrar diversos tipos de projetos-piloto, por outro dificultou a comparabilidade entre os resultados finais, sobretudo em relação a variáveis como o já citado tamanho da população-alvo. Ademais, essa diversidade tornou difícil adotar uma mesma metodologia de análise das variáveis, sem considerar as especificidades de cada piloto.

Adicionalmente, é importante ressaltar que os projetos-piloto foram observados por apenas doze meses, e que mesmo nesse período foram considerados dados de 6 a 12 meses, o que pode ser considerado tempo exíguo de monitoramento para avaliar a sustentabilidade dos modelos e seus resultados.

Dentre os resultados informados pelas instituições participantes, as principais dificuldades enfrentadas durante o desenvolvimento do Projeto referidas pelas partes foram: problemas com um perfil profissional que pudesse trabalhar de forma integrada com os demais profissionais, atuando como navegador do cuidado; rastreamento evolutivo pós-alta de todas as pacientes que receberam tratamento para câncer de mama; estabelecimento de indicadores de resultados terapêuticos relativos à população assistida; acesso aos beneficiários no momento do diagnóstico para implantação de uma linha de cuidado; participação mais efetiva por parte dos pacientes, principalmente em palestras e nos grupos

³ O histórico das reuniões do Projeto está disponível em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/grupo-tecnico-de-oncologia>, acessado em 17/01/2019, às 16h53m.

de monitoramento, mesmo levando em conta seus quadros clínicos instáveis; preenchimento da planilha de acompanhamento dos pacientes, bem como o adequado preenchimento dos prontuários; e estruturação de uma forma de pagamento das clínicas credenciadas baseada em indicadores (como sobrevida, qualidade de vida, sobrevida livre de progressão, redução do número de quimioterapias realizadas nos últimos dias de vida, etc.).

Outras dificuldades relevantes também destacadas pelos participantes foram: problemas com a Plataforma *FormSUS* para coleta e envio de informações; tratamento e consolidação das bases de dados de oncologia; garantia do vínculo com o médico de referência; confirmação de óbito dos beneficiários; lentidão na liberação e autorização do tratamento pelas operadoras; dificuldade na busca ativa do cliente para início do tratamento rápido; credenciamento da rede prestadora de cuidados oncológicos para se adequar aos requisitos do Projeto OncoRede; carência de serviços ambulatoriais de cuidados paliativos; problemas para acessar pacientes por meio de contato telefônico; direcionamento dos beneficiários precocemente a uma rede de referência; distância do hospital e o local de moradia; mudança de gestão na instituição participante; e ausência de integração entre sistemas de informação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E POSSIBILIDADES FUTURAS

É importante que se ressalte que o Projeto é coerente com a missão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as **operadoras** setoriais - inclusive quanto às suas relações com **prestadores e consumidores** - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Como destacado no trecho inicial desta publicação, o Projeto OncoRede foi uma iniciativa da ANS em parceria com institutos de pesquisa, instituições de referência nacional no tratamento do câncer, representantes de associações de pacientes e demais representantes do setor de saúde suplementar, com a participação de prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde. O objetivo fundamental do OncoRede inicialmente previsto foi implementar um novo modelo de cuidado para a atenção oncológica, articulado e com foco no cuidado integral do paciente beneficiário de plano privado de saúde. Assim, o Projeto OncoRede buscou induzir a adoção de boas práticas para a melhoria da qualidade da prestação de serviços de saúde e de segurança do paciente na atenção ao paciente oncológico, com o triplo objetivo na população-alvo da intervenção: melhorar a saúde dos indivíduos e populações, melhorar a experiência do cuidado (cuidado mais seguro, eficiente, eficaz, a tempo e centrado no paciente), além de realizar estas tarefas com redução do custo per capita. Ao final, chegou-se a uma série de experiências com diferentes modelos possíveis, todas orientadas pela integralidade do cuidado.

O principal compromisso e meta do Projeto OncoRede foi minimizar os efeitos deletérios do cuidado fragmentado ao paciente oncológico na saúde suplementar. A partir de um cuidado mais integrado, objetivou-se a melhoria da qualidade e da coordenação do atendimento prestado desde a porta de entrada do sistema e ao longo do *continuum* do cuidado. A partir dos resultados observados, pode-se considerar que esta meta foi parcialmente alcançada, o que indica que o Projeto teve uma orientação eficaz e factível.

A Tabela 11 sistematiza os aspectos que simultaneamente foram considerados como principais resultados e desafios na realização do Projeto. Tais elementos foram bastante citados pelos participantes, entendidos como desafios por alguns e considerados como resultados por outras instituições, que conseguiram implementar tais mudanças. A compreensão desses fatores e os resultados apurados são fundamentais para que a iniciativa sirva de base para futuras ações da ANS para o aprimoramento da atenção oncológica.

TABELA 11: PRINCIPAIS RESULTADOS E DESAFIOS IDENTIFICADOS DO PROJETO ONCOREDE

Resultados e Desafios do Projeto OncoRede
Navegação do cuidado
Ações para o diagnóstico e a detecção precoce do câncer
Redução do tempo entre diagnóstico e tratamento
Aperfeiçoamento e padronização das informações em saúde
Atuação cooperativa dos prestadores envolvidos na fase de diagnóstico (imagem, biópsia e patologia)

Resultados e Desafios do Projeto OncoRede

Consolidação da equipe multidisciplinar

Plano de ação para captação de possíveis pacientes

Fortalecimento da articulação da rede assistencial

Integralidade da atenção direcionada ao paciente

Fonte: ANS, elaboração própria a partir dos relatórios enviados pelas instituições participantes do Projeto OncoRede.

A iniciativa da ANS está inserida na busca da melhoria da qualidade do cuidado em oncologia, que, segundo Hassett et al. (2014), inclui a necessidade de avaliar aspectos transversais e centrados no paciente com câncer e, ao mesmo tempo, desenvolver, validar e implementar formas de avaliação, que representam desafios significativos, tendo em conta que os conjuntos de dados disponíveis podem não fornecer detalhes suficientes para permitir uma ampla avaliação e benchmarks confiáveis podem ser difíceis de identificar, aliados à estrutura compartimentada do sistema de saúde.

Essas dificuldades descritas por Hassett et al. (2014) foram evidenciadas no Projeto OncoRede, o que corrobora o desafio de construir um sistema centrado no paciente, em particular, no paciente com câncer.

Assim, a definição de metas claras para as medidas que são desenvolvidas é essencial para a necessária ponderação entre a padronização da prática e o objetivo de promover cuidado centrado no paciente e, conseqüentemente, melhorar os resultados em saúde.

O Projeto OncoRede, portanto, ao buscar o cuidado integral do paciente a partir do monitoramento de indicadores, contribui por proporcionar subsídios à definição de metas claras para o cuidado em oncologia na saúde suplementar brasileira. Além disso, busca a redução do tempo máximo para o início do tratamento do paciente oncológico, a partir de um rápido diagnóstico, conforme preconiza Gonçalves (2017).

Considerando-se a diretriz de integralidade do cuidado, a partir da adoção de medidas de melhoria e os resultados obtidos pelo Projeto OncoRede, em que pesem os limites destacados, pode-se afirmar que a ANS adquiriu insumos fundamentais para medidas indutoras e regulatórias no campo da atenção oncológica. Aproveitando os resultados observados e a expertise adquirida durante o Projeto OncoRede, a Agência pretende agora criar uma Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica, nos moldes do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, instituído pela Resolução Normativa nº 440, de 2018.

Por fim, pode-se considerar que o OncoRede foi uma iniciativa inovadora, com desempenho bastante satisfatório, tendo em conta os resultados obtidos e as dificuldades enfrentadas. Por meio da mudança da lógica do cuidado em oncologia, o Projeto OncoRede foi capaz de mostrar que é possível construir um modelo com menor fragmentação, melhores resultados e orientado pelas necessidades do paciente (Brasil, 2016).

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Projeto Oncorede [recurso eletrônico]: a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/FINAL_publicacao_oncorede3.pdf. Acesso em: 17 out. 2018

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Missão da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos> >. Acesso em: 17 out. 2018.

BRASIL. Diretrizes e guia orientativo para elaboração de Análise Impacto Regulatório – AIR/Subchefia de Análise e Acompanhamento de Políticas Governamentais [et al.]. Brasília: Presidência da República, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em:< <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.

BRAY, F. et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 0, p.1-31. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21492>. Acesso em: 24 out.2018 .

GONÇALVES, C. Uma receita para a inovação nas pesquisas sobre câncer. *Ciência e Cultura*, v. 69, n. 1, p. 06-08, 2017. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252017000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 out. 2018.

HASSETT, M. J. High-priority topics for cancer quality measure development: results of the 2012 American Society of Clinical Oncology Collaborative Cancer Measure Summit. *Journal of Oncology Practice*, v.10, n.3, p.160-166, 2014. Disponível em: < <http://ascopubs.org/doi/pdfdirect/10.1200/jop.2013.001240>>. Acesso em: 17 out. 2018.

NAGAI, H.; KIM, Y. H. Cancer prevention from the perspective of global cancer burden patterns. *Journal of Thoracic Disease*, v. 9, n. 3, p. 448-451, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5394024/>>. Acesso em; 24 out. 2018.

PANIS, C. et al. Revisão crítica da mortalidade por câncer usando registros hospitalares e anos potenciais de vida perdidos. *Einstein (São Paulo)*, v. 16, n. 1, eA04018, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082018000100204&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Out. 2018.

QURESHI, Z. P.; GANZ, P. A.; BENNETT, C. L. Improving the evidence base for delivery of high-quality cancer care. *JAMA Oncology*, v. 3, n. 8, p.1029-1031, 2017.

WINDHOLZ, E. L. *Governing through Regulation. Public Policy, Regulation and the Law*. New York: Taylor & Francis, 2017.

7. ANEXOS

ANEXO 1: FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PROJETO ONCOREDE – ANS



FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PROJETO ONCOREDE - ANS



Março de 2016

ASTEG/DIRAD/DIDES/ANS
Versão 02/05/2017

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.

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 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:

ASTEG/DIRAD/DIDES/ANS
Versão 02/05/2017

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

ASTEG/DIRAD/DIDES/ANS
Versão 02/05/2017

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 Patologists (CAP – 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);

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

ANEXO 2: FORMULÁRIO DE ENVIO DE INDICADORES DO PROJETO ONCOREDE

12/12/2018

FormSus



Formulário fora do período de validade!

Data Inicial: 09/03/2017

Data Final: 20/08/2018

Em caso de dúvida entre em contato com:

Nome: Daniele Silveira

Email: daniele.silveira@ans.gov.br

Telefone: (21) 2105-0108

Formulário de Envio dos Indicadores de Monitoramento do OncoRede

Formulário de Envio de Indicadores do Projeto OncoRede

Favor ler atentamente as informações abaixo:

O Projeto OncoRede nasceu de uma iniciativa da ANS, que congregou um conjunto de pesquisadores e estudiosos do tema, da qualidade na atenção à saúde, dos custos e gastos em saúde e da remuneração e financiamento do setor, para construir esse Projeto inovador e de grande relevância para a Saúde Suplementar do país.

Este Formulário é para envio dos dados relativos aos indicadores de monitoramento dos pilotos do OncoRede, em implementação por operadoras e prestadores de serviços.

Preencha os dados com atenção e salve periodicamente, pois o FormSUS pode interromper a sessão no meio do preenchimento.

Orientamos às instituições que não iniciaram a coleta de dados ou não iniciaram os pilotos que deixem os dados em branco para os indicadores não coletados ou não monitorados. O uso do 0 (zero) no formulário nos induzirá a entender que não houve nenhuma ocorrência para o indicador naquele período.

Informações adicionais e dúvidas sobre o preenchimento do Formulário podem ser enviadas para o e-mail: oncorede@ans.gov.br

Identificação do Respondente

1) Você é uma Operadora ou um Prestador de Serviço?

- Operadora
 Prestador de Serviço

2) Mês de Envio dos Dados:

3) Amplitude do Projeto:

- Prevenção e Detecção Precoce / Diagnóstico
 Navegação de Pacientes
 Atenção Hospitalar
 Quimioterapia e/ou Radioterapia
 Cuidados Paliativos e de Transição

4) Tipos de Neoplasias abrangidas pelo Projeto:

- Neoplasia Maligna da Mama
 Neoplasia Maligna da Próstata
 Neoplasia Maligna de Cólon e Reto
 Neoplasia Maligna de Pulmão
 Outras Neoplasias

5) Indique em caso de outras neoplasias:

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=30752

1/4

6) População Total de Pacientes assistidos pela instituição no mês de referência:

Número de pacientes oncológicos assistidos.

7) População-alvo do Projeto Piloto:

Informe o número estimado de pacientes do Piloto

8) Data de Início do Piloto:**Bloco I - Dados Cadastrais do Prestador****9) Número do CNES:**Link para consulta ao CNES: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp**10) CNPJ: :**

Digite somente os números do CNPJ.

11) Nome Fantasia do Prestador:**12) Razão Social do Prestador:****13) Representante do Prestador no Projeto:****14) E-mail de Contato do Representante do Prestador no Projeto:****15) Telefone de Contato do Representante do Prestador no Projeto:**

Evite informar número de celular. Recomenda-se que seja informado o telefone fixo do prestador.

16) Tipo de Prestador de Serviço:

- Hospital Geral
- Hospital Especializado em Oncologia
- Serviço de Apoio a Diagnose e Terapia (SADT)
- Clínica de Especialidade em Oncologia
- Unidade de Radioterapia
- Unidade de Quimioterapia
- Serviço de Cuidados de Transição (Atenção Domiciliar, Reabilitação, Cuidados Paliativos)
- Consultório Isolado
- Unidade de atendimento exclusivo à Cuidados Paliativos em Oncologia

Bloco I - Dados Cadastrais da Operadora**17) Número do Registro ANS:****18) Nome Fantasia da Operadora:****19) Razão Social da Operadora:****20) Modalidade da Operadora:**

- Medicina de Grupo
- Cooperativa Médica
- Filantropia
- Autogestão
- Seguradora Especializada em Saúde
- Administradora de Benefícios

21) Representante da Operadora no Projeto:

22) E-mail de Contato do Representante da Operadora no Projeto:

23) Telefone de Contato do Representante da Operadora no Projeto :

Indicador 1 - Percentual de mulheres entre 50-69 anos que realizaram mamografia no período

24) Numerador - Número de mulheres que realizaram mamografia no período:

25) Denominador - Número de mulheres com idade entre 50 e 69 anos participantes do Piloto no período:

Indicador 2 - Percentual de pacientes entre 50-75 anos que realizaram avaliação para câncer colorret

26) Número de beneficiários que realizaram exames de avaliação para câncer colorretal no período:

27) Denominador - Número de beneficiários com idade entre 50 e 75 anos participantes do Piloto no período:

Indicador 3 - Tempo médio entre diagnóstico e tratamento do câncer no período

28) Numerador - Somatório do número de dias decorridos entre a data do diagnóstico anatomo-patológico e a data de início do tratamento oncológico (QT, RXT, HT ou IMUNO):

29) Denominador - Total de pacientes oncológicos com tratamento iniciado no período:

Indicador 4 - Percentual de Pacientes com Laudo Completo (Cito, Histolog e Imuno) no período

30) Numerador - Número de pacientes com Laudo Completo (Cito, Histolog e Imuno) no período:

31) Denominador - Total de pacientes iniciando tratamento oncológico específico (QT, RXT, HT ou IMUNO) no período:

Indicador 5 - Quimioterapia sistêmica nos últimos 14 dias de vida no período

32) Numerador - Número total de óbitos em que os pacientes receberam administração de quimioterapia infusional nos últimos 14 dias de vida, no período:

33) Denominador - Número total de pacientes em quimioterapia infusional, assistidos pelo projeto, no período:

Indicador 6 - Disponibilização de apoio multiprofissional na unidade de atendimento no período

34) Numerador - Número de casos com consultas multiprofissionais no período:

Incluir consultas com profissionais não-médicos. Exemplo: serviço social, psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, etc .

35) Denominador - Total de pacientes em tratamento oncológico específico (QT, RXT, HT ou IMUNO) no período:

Indicador 7 - Percentual de Pacientes em Consulta com Oncologista Clínico no período

36) Numerador - Número de pacientes que tiveram consultas com oncologistas clínicos em 30 dias:

37) Denominador - Número total de pacientes em tratamento oncológico específico, assistidos pelo programa ou pela instituição, no período:

ANEXO 3: MODELO DE TERMO DE ACOMPANHAMENTO DE INOVAÇÕES EM QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE - OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

TERMO DE ACOMPANHAMENTO DE INOVAÇÕES EM QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE - PROJETO ONCOREDE - OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE

A instituição _____, CNPJ nº _____, doravante denominada simplesmente _____, com sede à _____, CEP _____, neste ato representada na forma prevista em seu Estatuto Social pelo Sr. / Sra. _____, carteira de identidade nº _____, expedida pelo _____, em ____/____/_____, e CPF nº _____, assume as obrigações descritas no presente TERMO DE ACOMPANHAMENTO DE INOVAÇÕES EM QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE com a **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**, autarquia especial, instituída pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº 03.589.068/0001-46, sediada na Av. Augusto Severo, nº 84, Glória, CEP nº 20021-040, Rio de Janeiro, RJ, doravante denominada simplesmente **ANS**, neste ato representada por sua Diretora de Desenvolvimento Setorial, Sra. **MARTHA REGINA DE OLIVEIRA**, carteira de identidade nº 10.170.839-4, expedida pelo IFP, em 10/09/2007, e CPF nº 072.023.127-27, designada pelo Decreto s/nº de 12 de agosto de 2014, publicado no D.O.U de 13/08/2014.

1. OBJETO

A INSTITUIÇÃO será acompanhada pela ANS por meio da DIDES - Diretoria de Desenvolvimento Setorial e se compromete a participar na qualidade de Piloto do Projeto de Indução da Qualidade dos serviços de atenção à saúde no setor suplementar brasileiro, no que concerne à estrutura e organização da atenção e cuidado à Saúde do paciente oncológico, doravante denominado Projeto OncoRede.

A INSTITUIÇÃO será acompanhada pela ANS por meio de reuniões periódicas, monitoramento de dados a serem encaminhados seguindo modelos de coleta e envio de informações a serem definidos pelo Grupo Técnico de Oncologia, bem como, eventualmente, por visitas e reuniões *in loco*.

2. COMPROMISSOS TÉCNICOS:

A INSTITUIÇÃO se compromete a:

- a) Ter vontade política forte de colocar os interesses dos pacientes oncológicos como prioritário no desenho de estratégias e ferramentas de organização da atenção à saúde do paciente;
- b) Aplicar o plano de trabalho apresentado como projeto piloto à ANS quando da candidatura à participação no Projeto OncoRede, de modo a contribuir com o redesenho do modelo de prestação e remuneração de serviços no cuidado à saúde do paciente oncológico a partir do estímulo a adoção de boas práticas pelo setor de saúde suplementar;
- c) Implantar localmente o referido plano de trabalho, comprometendo-se a fazer alterações específicas, mensuráveis dentro de sua instituição, para alcançar estes objetivos responsabilizando-se por sua execução, e aplicar a matriz de indicadores para monitoramento dos Pilotos proposta pela ANS;
- d) Estabelecer uma equipe de liderança para conduzir a mudança dentro da instituição e monitorar resultados;
- e) Garantir os recursos financeiros e de pessoal necessários para a implantação do plano de trabalho, em especial o tempo de dedicação ao projeto;
- f) Garantir a participação das lideranças do projeto e das equipes de profissionais nas reuniões e demais atividades propostas pela ANS;
- g) Compartilhar com a ANS as lições aprendidas, e demais informações, documentos e esclarecimentos técnicos solicitados e relacionados ao Projeto OncoRede, para contribuir com a construção conjunta de modelos de diagnóstico, tratamento e cuidado inovadores;
- h) Divulgar os resultados do Projeto Piloto para as lideranças da instituição e para demais instituições participantes do piloto;
- i) Compartilhar informações sobre as mudanças de melhoria dentro de sua instituição;
- j) Concordar em participar das avaliações e pesquisas conduzidas ao longo do piloto;
- k) Fornecer dados que permitam a composição e a análise dos indicadores definidos pela ANS para o monitoramento do Projeto OncoRede;
- l) Permitir acesso e divulgação dos dados monitorados ao longo do Projeto OncoRede pela ANS e Ministério da Saúde;
- m) Receber os técnicos da ANS em eventuais visitas técnicas;
- n) Identificar as etapas específicas para a divulgação e sustentação da mudança dentro de sua instituição; e
- o) Propor melhorias no processo estabelecido e reportar à ANS.

3. DIVULGAÇÃO DOS DADOS E INFORMAÇÕES

3.1. A INSTITUIÇÃO não poderá divulgar materiais e informações compartilhadas no âmbito do presente TERMO, exceto por expressa autorização da ANS, bem como informações sigilosas que venham a ter acesso no cumprimento deste TERMO.

3.2. A INSTITUIÇÃO responsabiliza-se integralmente pelas obrigações que vier a contrair perante terceiros, durante e em virtude da execução do TERMO, isentando a ANS de quaisquer responsabilidades decorrentes desse fato.

4. PUBLICIDADE INSTITUCIONAL E PROMOCIONAL

4.1. A INSTITUIÇÃO somente poderá realizar a publicidade institucional ou promocional das ações executadas no âmbito do presente TERMO com caráter exclusivamente educativo, informativo ou de orientação social, após concordância expressa da ANS;

4.2. Qualquer ação de publicidade institucional ou promocional relacionada ao objeto deste Termo deverá, obrigatoriamente, destacar a participação dos signatários, observado o disposto no art. 37, §1º, da Constituição Federal, na Instrução Normativa nº 2, de 16 de dezembro de 2009, da Secretaria de Comunicação Estratégica de Governo (Secom), e em normas específicas da ANS;

5. VIGÊNCIA E RESCISÃO

5.1. O presente TERMO é firmado por prazo determinado de 6 (seis) meses, contados da assinatura deste instrumento, podendo ser acrescido, alterado e prorrogado pela ANS.

5.2. O descumprimento pela INSTITUIÇÃO do presente TERMO, bem como a prática de qualquer ato incompatível com os princípios que norteiam a Administração Pública, no que couber, poderá ensejar a exclusão da INSTITUIÇÃO do Projeto OncoRede pela ANS, independentemente de interpelação judicial, devendo a INSTITUIÇÃO inadimplente arcar com eventuais perdas e danos.

5.3. A INSTITUIÇÃO poderá a qualquer tempo solicitar sua exclusão do Projeto OncoRede, mediante notificação escrita à ANS, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem prejuízo à manutenção do acompanhamento dos pacientes atendidos no âmbito do Projeto OncoRede pela operadora.

6. MODIFICAÇÃO

6.1. A INSTITUIÇÃO está ciente de que a tolerância ou transigência no cumprimento das obrigações descritas no presente TERMO não constituirá novação, renúncia ou modificação do pactuado, e que o fato será de mera liberalidade, renunciando o direito invocá-la em seu benefício.

7. CASOS OMISSOS E DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. A INSTITUIÇÃO deverá dirimir dúvidas porventura existentes referentes a este TERMO mediante consulta, de forma expressa, à ANS, vedada a solução tácita.

7.2. O presente TERMO não estabelece entre a INSTITUIÇÃO e a ANS quaisquer vínculos, tais como qualquer forma de sociedade, associação, parceria, representação, relação de emprego ou responsabilidade solidária ou conjunta, tampouco outorga quaisquer poderes ou autoridade para a INSTITUIÇÃO agir em nome da ANS.

8. SOLUÇÃO DE CONFLITOS E FORO

8.1. As questões decorrentes da execução do presente TERMO, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas no Foro da Justiça Federal, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro/RJ.

A INSTITUIÇÃO assume todos os compromissos previstos no presente TERMO, e o assina, com a ANS e na presença de 02 (duas) testemunhas, em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Rio de Janeiro,

Representante Legal da Operadora

Martha Regina de Oliveira
Diretora de Desenvolvimento Setorial

Testemunhas:

1ª _____
Nome:
CPF:

2ª _____
Nome:
CPF:

ANEXO 4: MODELO DE TERMO DE ACOMPANHAMENTO DE INOVAÇÕES EM QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE – PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

TERMO DE ACOMPANHAMENTO DE INOVAÇÕES EM QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE – PROJETO ONCOREDE – PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A instituição _____, CNPJ nº _____, doravante denominada simplesmente _____, com sede à _____, CEP _____-_____, neste ato representada na forma prevista em seu Estatuto Social pelo Sr. / Sra. _____, carteira de identidade nº _____, expedida pelo _____, em ____/____/_____, e CPF nº _____, assume as obrigações descritas no presente TERMO DE ACOMPANHAMENTO DE INOVAÇÕES EM QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE com a **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**, autarquia especial, instituída pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº 03.589.068/0001-46, sediada na Av. Augusto Severo, nº 84, Glória, CEP nº 20021-040, Rio de Janeiro, RJ, doravante denominada simplesmente **ANS**, neste ato representada por sua Diretora de Desenvolvimento Setorial, Sra. **MARTHA REGINA DE OLIVEIRA**, carteira de identidade nº 10.170.839-4, expedida pelo IFP, em 10/09/2007, e CPF nº 072.023.127-27, designada pelo Decreto s/nº de 12 de agosto de 2014, publicado no D.O.U de 13/08/2014.

1. OBJETO

A INSTITUIÇÃO será acompanhada pela ANS por meio da DIDES - Diretoria de Desenvolvimento Setorial e se compromete a participar na qualidade de Piloto do Projeto de Indução da Qualidade dos prestadores de serviços de atenção à saúde no setor suplementar brasileiro, no que concerne à estrutura e organização da atenção e cuidado ao paciente oncológico, doravante denominado Projeto OncoRede.

A INSTITUIÇÃO será acompanhada pela ANS por meio de reuniões periódicas, monitoramento de dados a serem encaminhados seguindo modelos de coleta e envio de informações a serem definidos pelo Grupo Técnico de Oncologia, bem como, eventualmente, por visitas e reuniões *in loco*.

2. COMPROMISSOS TÉCNICOS:

A INSTITUIÇÃO se compromete a:

- a) Ter vontade política forte de colocar os interesses dos pacientes oncológicos como prioritário no desenho de estratégias e ferramentas de organização da atenção à saúde do paciente;
- b) Aplicar o plano de trabalho apresentado como projeto piloto à ANS quando da candidatura à participação no Projeto OncoRede, de modo a contribuir com o redesenho do modelo de prestação e remuneração de serviços no cuidado à saúde do paciente oncológico a partir do estímulo a adoção de boas práticas pelo setor de saúde suplementar;
- c) Implantar localmente o referido plano de trabalho, comprometendo-se a fazer alterações específicas, mensuráveis dentro de sua instituição, para alcançar estes objetivos responsabilizando-se por sua execução, e aplicar a matriz de indicadores para monitoramento dos Pilotos proposta pela ANS;
- d) Estabelecer uma equipe de liderança para conduzir a mudança dentro da instituição e monitorar resultados;
- e) Garantir os recursos financeiros e de pessoal necessários para a implantação do plano de trabalho, em especial o tempo de dedicação ao projeto;
- f) Garantir a participação dos profissionais nas reuniões e demais atividades propostas pela ANS;
- g) Compartilhar com a ANS as lições aprendidas, e demais informações, documentos e esclarecimentos técnicos solicitados e relacionados ao Projeto OncoRede, para contribuir com a construção conjunta de modelos de diagnóstico, tratamento e cuidado inovadores;
- h) Divulgar os resultados do Projeto Piloto para as equipes assistenciais, corpo clínico e lideranças da instituição;
- i) Compartilhar informações sobre as mudanças de melhoria dentro de sua instituição;
- j) Concordar em participar das avaliações e pesquisas conduzidas ao longo do piloto;
- k) Fornecer dados que permitam a composição e a análise dos indicadores definidos pela ANS para o monitoramento do Projeto OncoRede;
- l) Permitir acesso e divulgação dos dados monitorados ao longo do Projeto OncoRede pela ANS e Ministério da Saúde;
- m) Receber os técnicos da ANS em eventuais visitas técnicas;
- n) Identificar as etapas específicas para a divulgação e sustentação da mudança dentro de sua instituição; e
- o) Propor melhorias no processo estabelecido e reportar à ANS.

3. DIVULGAÇÃO DOS DADOS E INFORMAÇÕES

3.1. A INSTITUIÇÃO não poderá divulgar materiais e informações compartilhadas no âmbito do presente TERMO, exceto por expressa autorização da ANS, bem como informações sigilosas que venham a ter acesso no cumprimento deste TERMO.

3.2. A INSTITUIÇÃO responsabiliza-se integralmente pelas obrigações que vier a contrair perante terceiros, durante e em virtude da execução do TERMO, isentando a ANS de quaisquer responsabilidades decorrentes desse fato.

4. PUBLICIDADE INSTITUCIONAL E PROMOCIONAL

4.1. A INSTITUIÇÃO somente poderá realizar a publicidade institucional ou promocional das ações executadas no âmbito do presente TERMO com caráter exclusivamente educativo, informativo ou de orientação social, após concordância expressa da ANS;

4.2. Qualquer ação de publicidade institucional ou promocional relacionada ao objeto deste Termo deverá, obrigatoriamente, destacar a participação dos signatários, observado o disposto no art. 37, §1º, da Constituição Federal, na Instrução Normativa nº 2, de 16 de dezembro de 2009, da Secretaria de Comunicação Estratégica de Governo (Secom), e em normas específicas da ANS;

5. VIGÊNCIA E RESCISÃO

5.1. O presente TERMO é firmado por prazo determinado de 6 (seis) meses, contados da assinatura deste instrumento, podendo ser acrescido, alterado e prorrogado pela ANS.

5.2. O descumprimento pela INSTITUIÇÃO do presente TERMO, bem como a prática de qualquer ato incompatível com os princípios que norteiam a Administração Pública, no que couber, poderá ensejar a exclusão da INSTITUIÇÃO do Projeto OncoRede pela ANS, independentemente de interposição judicial, devendo a INSTITUIÇÃO inadimplente arcar com eventuais perdas e danos.

5.3. A INSTITUIÇÃO poderá a qualquer tempo solicitar sua exclusão do OncoRede, mediante notificação escrita à ANS, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem prejuízo à manutenção do acompanhamento dos pacientes atendidos no âmbito do OncoRede.

6. MODIFICAÇÃO

6.1. A INSTITUIÇÃO está ciente de que a tolerância ou transigência no cumprimento das obrigações descritas no presente TERMO não constituirá novação, renúncia ou modificação do pactuado, e que o fato será de mera liberalidade, renunciando o direito invocá-la em seu benefício.

7. CASOS OMISSOS E DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. A INSTITUIÇÃO deverá dirimir dúvidas porventura existentes referentes a este TERMO mediante consulta, de forma expressa, à ANS, vedada a solução tácita.

7.2. O presente TERMO não estabelece entre a INSTITUIÇÃO e a ANS quaisquer vínculos, tais como qualquer forma de sociedade, associação, parceria, representação, relação de emprego ou responsabilidade solidária ou conjunta, tampouco outorga quaisquer poderes ou autoridade para a INSTITUIÇÃO agir em nome da ANS.

8. SOLUÇÃO DE CONFLITOS E FORO

8.1. As questões decorrentes da execução do presente TERMO, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas no Foro da Justiça Federal, Seção Judiciária do Rio de Janeiro/RJ.

A INSTITUIÇÃO assume todos os compromissos previstos no presente TERMO, e o assina, com a ANS e na presença de 02 (duas) testemunhas, em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Rio de Janeiro,

Representante Legal do Prestador

Martha Regina de Oliveira
Diretora de Desenvolvimento Setorial

Testemunhas:

1ª _____
Nome:
CPF:

2ª _____
Nome:
CPF:

ANEXO 5: MODELO DE RELATÓRIO FINAL A SER ENVIADO PELAS INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES DO PILOTO

1. Nome do Projeto e Responsável atual (inserir os contatos do responsável- telefone e e-mail)
2. População Abrangida – em relação ao total da população
3. Tipos de Câncer atendidos pelo projeto
4. Duração efetiva do Projeto (destacar a data inicial e a data final)
5. Medidas de melhoria implementadas durante o Piloto
6. Indicadores Monitorados efetivamente durante o Piloto
7. Principais Resultados Esperados e Principais Resultados Obtidos
8. Desafios / Mudanças em curso que necessitam de maior tempo de acompanhamento para observar resultados
9. Principais dificuldades identificadas na realização do Projeto

Orientações para o envio do Relatório:

1. Solicitamos que o Relatório seja conciso, contendo de 7 a 10 páginas.
2. O texto deve ser escrito em fonte Times New Roman, 12, com espaço 1,5 linhas.
3. O documento poderá compor, em parte ou na íntegra, o Relatório Final de Avaliação da Implementação do Projeto OncoRede a ser divulgado pela ANS.

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e
confira os endereços.



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



*Use a opção do código
para ir ao portal da ANS*



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



[@ANS_reguladora](https://twitter.com/ANS_reguladora)



[ansreguladoraoficial](https://www.youtube.com/ansreguladoraoficial)



[company/ans_reguladora](https://www.linkedin.com/company/ans_reguladora)



Av. Augusto Severo, 84 - Glória , 20021-040 - Rio de Janeiro/RJ