



PROJETO ONCOREDE

A (RE)ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO
ONCOLÓGICA NA SAÚDE SUPLEMENTAR



Martha Oliveira et al.

PROJETO ONCOREDE

A (RE)ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA NA SAÚDE SUPLEMENTAR





2016. 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 www.ans.gov.br

Versão online

Elaboração, distribuição e informações

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES

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 Desenvolvimento Setorial – DIDES

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

Diretoria de Gestão – DIGES

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Projeto Gráfico

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/PRESI

Fotografia (capa) – istock photos

Ficha Catalográfica

P 964p Projeto Oncorede [recurso eletrônico] : a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar / Martha Oliveira ... [et al.] . – Rio de Janeiro : Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016.
3.9MB ; ePUB.

ISBN:

ISBN (online):

1. Saúde Suplementar. 2. Oncologia. 3. Neoplasias. 4. Atenção à saúde. I. Oliveira, Martha. II. Scaff, Alfredo. III. Franco, Ana Lucia da Silveira. IV. Pancini, Anna Laura Roquette. V. Hornburg, Beatriz. VI. Baldotto, Clarissa. VII. Silveira, Daniele Pinto da. VIII. Braga, Everardo. IX. Soares, Fernando Augusto. X. Escobar, Graziela. XI. Szejder, Henry. XII. Goldberg, Leticia Lazaridis. XIII. Holtz, Luciana. XIV. Kowalski, Luiz Paulo. XV. Pazos, Maria Elisa Cabanelas. XVI. Teich, Nelson. XVII. Nascimento, Rosemary. XVIII. Chojniak, Rubens. XIX. Serrano, Sandra. XX. Andrade, Victor Piana de.

CDD 368.3822

Catálogo na fonte – Biblioteca ANS

“O câncer começa e termina nas pessoas.
Em meio às abstrações científicas,
às vezes esta verdade fundamental pode ser esquecida [...].
Médicos tratam doenças, mas também tratam pessoas, e
esta precondição de sua existência profissional por vezes
os empurra em duas direções ao mesmo tempo.”

June Goodfield

AGRADECIMENTOS

Há um provérbio africano que diz: “Se você quer ir rápido, vá sozinho; se quiser ir longe, vá acompanhado”! Ao longo da concepção e da elaboração do **Projeto OncoRede** contamos com a colaboração, envolvimento e dedicação de muitas pessoas e instituições que acumularam um importante conhecimento sobre o universo do cuidado oncológico.

Por isso, todo o nosso agradecemos às instituições colaboradoras na construção deste importante Projeto:

- AC Camargo Cancer Center
- Grupo COI/UHG/AMIL
- Fundação do Câncer
- Instituto Oncoguia
- Optum
- Sociedade Brasileira de Patologia (SBP)
- Sociedade Brasileira de Citopatologia (SBC)
- Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR)

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS, FIGURAS

INTRODUÇÃO – CONTEXTO E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CÂNCER NO MUNDO E NO BRASIL

Tabela 1. Ranking dos 20 Cânceres mais Frequentes no Mundo.....	14
Tabela 2. Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número* de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária - Brasil.....	16
Gráfico 1. Taxas de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes em mulheres, em 2013, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000 mulheres, Brasil, entre 1979 e 2013.....	17
Gráfico 2. Taxas de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes em homens, em 2013, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000 homens, Brasil, entre 1979 e 2013.....	17

CAPÍTULO 1 – O OLHAR DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Figura 1. Resultados da Enquete realizada no Facebook do Instituto Oncoguia.....	24
--	----

CAPÍTULO 2 – PROPOSTA DE MODELO DE ATENÇÃO AO CÂNCER NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Figura 1. Acompanhamento Longitudinal do Paciente Oncológico no Sistema de Saúde.....	28
Figura 2. Fluxograma do Paciente Oncológico Identificação de Necessidades na Reorientação do Cuidado	29

CAPÍTULO 3 – SCREENING E DIAGNÓSTICO PRECOCE

Tabela 1. Recomendações de Screenings Populacionais para Cânceres Rastreáveis, no Brasil, na União Européia e nos Estados Unidos.....	34
Figura 1. Fluxograma do Screening de Pacientes para Teste de HrHPV - Holanda.....	36
Figura 2. Fluxograma do Screening de Pacientes para HPV Positivo - Espanha.....	37
Figura 3. Fluxograma do Screening em Colpocitologia Oncótica – Suécia.....	37
Figura 4. Fluxograma do Screening em Colpocitologia Oncótica – Estados Unidos.....	38
Tabela 2. Comparação dos Métodos de Screening Populacional de Câncer de Colo do Útero.....	39
Tabela 3. Recomendações para Rastreamento Mamográfico.....	42

CAPÍTULO 4 – DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

Figura 1. Processo diagnóstico multidisciplinar integrado para produção dos elementos necessários à elaboração do plano terapêutico.....	48
Figura 2. Processo de elaboração do diagnóstico anatomopatológico completo adequado à decisão terapêutica	51
Figura 3. Fluxograma de Pacientes sob Screening Colpocitológico – Diretrizes do Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS) - Brasil.....	54
Figura 4. Fluxograma da Busca Ativa para Screening em Colpocitologia Oncótica.....	55
Figura 5. Fluxograma do Processo Diagnóstico do Paciente com Câncer.....	56

CAPÍTULO 5 – O ASSISTENTE DO CUIDADO (“A NAVEGAÇÃO”)

Figura 1. Matriz que relaciona as atribuições de um Assistente do Cuidado por categoria.....	60
Figura 2. Modelo teórico que relaciona paciente e sistema de saúde.....	62
Tabela 1. Programa de treinamento proposto aos Assistentes do Cuidado.....	64
Figura 3. Proposta de implantação do Programa Nacional de Navegação do Paciente Oncológico.....	65
Tabela 2. Indicadores propostos segmentados por grupos.....	67
Figura 4. Coordenação ao Cuidado do Paciente Oncológico.....	68
Figura 5. O Papel do Assistente do Cuidado Modelo do Navegador da Sociedade Americana de Câncer...	68

CAPÍTULO 6 – AS DIMENSÕES DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Figura 1. Etapas que determinam o tratamento de um paciente com diagnóstico de câncer.....	71
Figura 2. Procedimentos necessários para decisões importantes no fluxo do paciente oncológico.....	72
Figura 3. Intervenções do time multidisciplinar ao longo da linha de cuidado do paciente oncológico.....	75
Tabela 1. Modelos de composição de times multidisciplinares.....	75
Tabela 2. Exemplos de sítios para consulta a linhas de cuidado nacionais e internacionais.....	76
Tabela 3. Princípios Gerais para o Desenvolvimento de Linhas de Cuidado em Oncologia.....	76

CAPÍTULO 7 – CUIDADOS PALIATIVOS E OUTRAS MEDIDAS DE SUPORTE

Tabela 1. Níveis de Educação em Cuidado Paliativo.....	83
--	----

CAPÍTULO 8 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL E DEFINIÇÃO DE INDICADORES

Tabela 1. Ficha Técnica dos Indicadores do Cuidado Oncológico.....	98
--	----

CAPÍTULO 9 – MODELOS DE REMUNERAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS ONCOLÓGICOS

Gráfico 1. Comparativo da Média de Gastos em Saúde Per Capita – Dólar PPP - World Bank - 2013.....	103
Figura 1. Metodologia da Ferramenta Inpatient Grouper (IPG).....	105
Tabela 1. Tipologia dos Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) - Remuneração de Prestadores de Serviços classificação.....	106
Tabela 2. Modelos Inovadores de Remuneração na Atenção Oncológica.....	108

ANEXOS

ANEXO I. Ficha de Plano de Tratamento para o Paciente.....	113
ANEXO II. Proposta de Dados Mínimos do Paciente Oncológico.....	114

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO – CONTEXTO E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CÂNCER MUNDO E BRASIL.....	13
Daniele Pinto da Silveira e Martha Oliveira	
CAPÍTULO 1 – O OLHAR DO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	21
Luciana Holtz	
CAPÍTULO 2 – A PROPOSTA DO MODELO DE ATENÇÃO AO CÂNCER NA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	27
Martha Oliveira	
CAPÍTULO 3 – SCREENING E DIAGNÓSTICO PRECOCE.....	31
Maria Elisa Cabanelas Pazos e Alfredo Scaff	
CAPÍTULO 4 – DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO.....	45
Beatriz Hornburg, Victor Piana de Andrade, Rubens Chojniak e Rosemary Nascimento	
CAPÍTULO 5 – O ASSISTENTE DO CUIDADO (“A NAVEGAÇÃO”).....	59
Anna Laura Roquette Pancini, Fernando Augusto Soares e Leticia Lazaridis Goldberg	
CAPÍTULO 6 – AS DIMENSÕES DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO.....	71
Clarissa Baldotto e Luiz Paulo Kowalski	
CAPÍTULO 7 – CUIDADOS PALIATIVOS E OUTRAS MEDIDAS DE SUPORTE.....	79
Sandra Serrano	
CAPÍTULO 8 – MENSURAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA.....	95
Everardo Braga, Ana Lucia da Silveira Franco, Nelson Teich, Henry Szejder, Graziela Escobar e Alfredo Scaff	
CAPÍTULO 9 – MODELOS DE REMUNERAÇÃO ALTERNATIVOS NO CONTEXTO DA ONCOLOGIA.....	103
Daniele Pinto da Silveira, Leticia Lazaridis Goldberg e Nelson Teich	
ANEXO I – FLUXOGRAMA DO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	113
ANEXO II – PROPOSTA DE DADOS MÍNIMOS DO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	114

APRESENTAÇÃO

“Todo sistema é perfeitamente desenhado para produzir os resultados que gera”. Essa afirmação de Paul Batalden (IHI), consegue sintetizar grande parte do que estamos buscando no Projeto OncoRede.

Que o câncer hoje tem grande relevância dentro da organização e dos custos de um sistema de saúde, todos sabem. E que sua representação aumentará, uma vez que estamos envelhecendo e evoluindo tecnologicamente tanto no diagnóstico quanto no seu tratamento, também.

Mas como esperar resultados melhores tanto assistenciais quanto econômicos na saúde suplementar brasileira, fazendo da mesma forma? Mantendo um cuidado fragmentado, sem organização, sem informação, sem continuidade?

Precisamos fazer DIFERENTE. Precisamos articular toda a rede de cuidados, organizar melhor a transição entre o diagnóstico e o tratamento, melhorar as estratégias de screening e diagnóstico precoce, e medir. Medir resultados, medir custos (temos que falar sobre isso sim) e medir a performance do sistema.

As propostas dessa publicação e desse projeto são trazer ao debate estratégias para reorganizar essa rede de cuidado integral em oncologia e principalmente, trazer o paciente para o centro do sistema e do cuidado.

Boa leitura e mãos à obra!

INTRODUÇÃO – CONTEXTO E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CÂNCER NO MUNDO E NO BRASIL

Daniele Pinto da Silveira e Martha Oliveira

O câncer continua a ser um dos maiores desafios para os sistemas de saúde. Mais de 5 milhões de novos casos de câncer são diagnosticados nos países da OCDE, a cada ano; em torno de 261 casos por 100.000 pessoas¹, (exceto pele não-melanoma). As neoplasias malignas são responsáveis por mais de um quarto de todos os óbitos; e em termos de potencial de vidas perdidas por ano é um problema maior que infarto agudo do miocárdio.

De acordo com o IARC, em 2012, ocorreram 14,1 milhões de casos incidentes de câncer em todo o mundo, 8.2 milhões de mortes por câncer e 32,6 milhões de pessoas vivendo com a doença após 5 anos de diagnóstico². Destaca-se que 57% de todos os novos casos reportados (8 milhões), 65% de todos os óbitos por câncer (5,3 milhões) e 48% dos casos prevalentes após 5 anos do diagnóstico são de regiões de menor desenvolvimento econômico. Na região das Américas, as neoplasias são a segunda causa de morte mais importante, cerca de 1,15 milhão de pessoas morrem a cada ano. A sobrevida é o parâmetro mais amplamente utilizado para avaliar o resultado da qualidade da atenção ao paciente oncológico.

TABELA 1: RANKING DOS 20 CÂNCERES MAIS FREQUENTES NO MUNDO

Ranking	Câncer	Novos Casos Diagnosticados – 2014	% de todos os cânceres (exceto, pele não-melanoma)
1	Pulmão	1.825.000	13,0
2	Mama	1.677.000	11,9
3	Colo e Reto	1.361.000	9,7
4	Próstata	1.112.000	7,9
5	Estômago	952.000	6,8
6	Fígado	782.000	5,6
7	Colo do Útero	528.000	3,7
8	Esôfago	456.000	3,2
9	Bexiga	430.000	3,1
10	Não-Hodkin	386.000	2,7
11	Leucemia	352.000	2,5
12	Pâncreas	338.000	2,4
13	Rins	338.000	2,4
14	Endométrio	320.000	2,3
15	Cavidade Oral	300.000	2,1
16	Tireóide	298.000	2,1
17	Sistema Nervoso Central	256.000	1,8
18	Ovário	239.000	1,7
19	Melanoma	232.000	1,6
20	Vesícula	178.000	1,3

Fonte: Ferlay J et. al. (2014)³; GLOBOCAN (2014)⁴.

Dados mais recentes, publicados no documento da *OECD Health at a Glance 2015*¹, mostram que em muitos países as taxas de mortalidade por câncer nos homens são pelo menos duas vezes maiores do que entre as mulheres, devido em parte a maior prevalência na população masculina de fatores de risco como fumo e consumo excessivo de álcool associado à diagnóstico tardio.

O câncer não é uma única doença, mas na verdade mais de 100 diferentes tipos de neoplasias malignas. Para uma grande parte dos cânceres, o principal risco está relacionado à idade. Embora a genética esteja envolvida entre os fatores de risco, somente 5% a 10% de todos os cânceres são hereditários. Fatores de risco modificáveis como fumo, obesidade, sedentarismo e exposição a contaminantes ambientais explicam cerca de 90% dos casos de câncer⁵. Medidas de prevenção, detecção precoce e tratamento adequado e oportuno continuam a ser linha de frente nas ações de controle do câncer, principalmente, naquelas com vistas a reduzir a mortalidade⁶.

BOX 1: PROGRAMAS NACIONAIS DE CONTROLE DE CÂNCER EM PAÍSES SELECIONADOS (NCCPS) DA OCDE

- Exemplos pioneiros de Programas Nacionais de Controle de Câncer incluem os Estados Unidos - United States' National Cancer Act of 1974 – e a Alemanha - Germany's National cancer Strategy of 1979.
- Bélgica, Itália, Holanda e Suécia são bons exemplos de como pequenas mudanças nas políticas de câncer formaram a base para a implementação de estratégias de controle do câncer mais amplas e integradas.
- Em um sistema de saúde federalizado como a Austrália, as autoridades regionais participaram extensivamente no desenvolvimento do primeiro Programa Nacional em 1996.
- Destacam-se Canadá, Dinamarca, França, Alemanha e Turquia com Programas Nacionais de relevante impacto no controle do câncer e na redução da mortalidade, como resultados das últimas décadas.

Fonte: OECD/European Commission (2013)⁶.

A comparação de estimativas de sobrevida para os cânceres mais prevalentes como mama, colo do útero, colón e reto e pulmão apontam que alguns países da OCDE têm as maiores estimativas de sobrevivência nessas quatro localizações. Padrões consistentes de elevada e baixa sobrevida sugerem que diferenças internacionais na sobrevida do câncer não são aleatórios, mas sim o resultado de diferenças sistemáticas na forma como os programas nacionais de controle de câncer são implementados e organizados nos países.

No Brasil, o número de casos novos de câncer esperados em 2016 é de 596 mil. O aumento da expectativa de vida, a urbanização e a globalização são alguns dos fatores que podem explicar as estimativas de incidência do Instituto Nacional de Câncer. Os principais tipos que ocorrerão no País serão, por ordem de incidência, os de pele não melanoma (para ambos os sexos), o de próstata e o de mama. Outros cânceres cuja incidência merece destaque são os do intestino grosso (terceiro mais incidente entre as mulheres e o quarto entre os homens); pulmão (terceiro entre os homens e quinto entre as mulheres), colo do útero (quarto mais comum nas mulheres); estômago (quinto entre os homens e sexto entre as mulheres); e cavidade oral (sexto mais comum entre os homens). Entre os homens, são esperados 295.200 novos casos de câncer, e entre as mulheres, 300.870. Excluindo-se o câncer de pele não melanoma (175.760 casos previstos, que correspondem a 29% do total estimado), esses números caem, respectivamente para 214.350 e 205.960 (INCA, 2016)⁷.

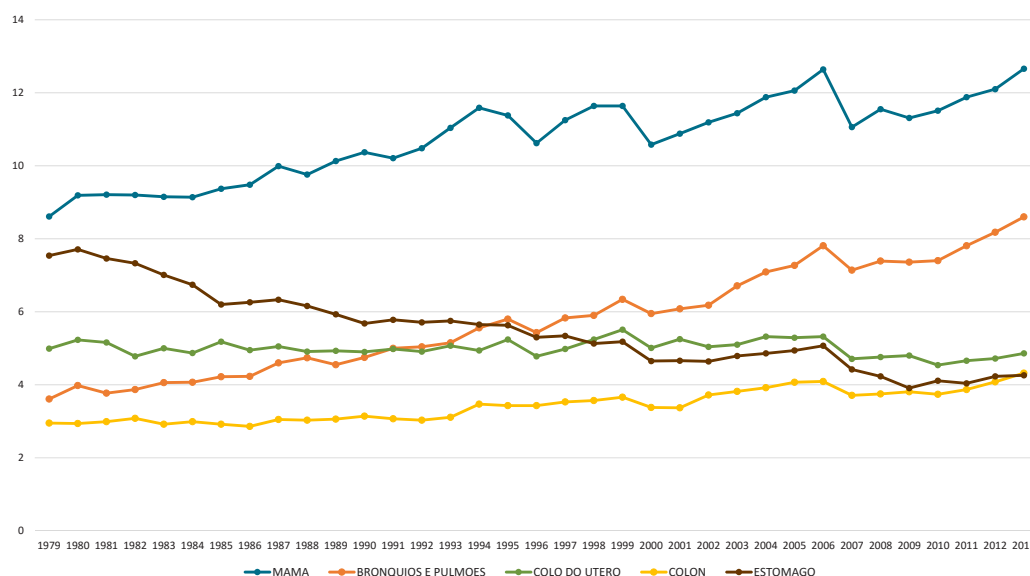
TABELA 2: ESTIMATIVAS PARA O ANO DE 2016 DAS TAXAS BRUTAS DE INCIDÊNCIA POR 100 MIL HABITANTES E DO NÚMERO* DE CASOS NOVOS DE CÂNCER, SEGUNDO SEXO E LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA - BRASIL

Localização Primária	Câncer			
	Homens		Mulheres	
	Estados		Estados	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	61.200		-	-
Mama Feminina	-	-	57.960	56,20
Colo do Útero	-	-	16.340	15,85
Traquéia, Brônquio e Pulmão	17.330	17,49	10.890	10,54
Cólon e Reto	16.600	16,84	17.620	17,10
Estômago	12.920	13,04	7.600	7,37
Cavidade Oral	11.140	11,27	4.350	4,21
Laringe	6.360	6,43	990	0,94
Bexiga	7.200	7,26	2.470	2,39
Esôfago	7.950	8,04	2.860	2,76
Ovário	-	-	6.150	5,95
Linfoma de Hodgkin	1.460	1,46	1.010	0,93
Linfoma não Hodgkin	5.210	5,27	5.030	4,88
Glândula Tireóide	1.090	1,08	5.870	5,70
Sistema Nervoso Central	5.440	5,50	4.830	4,68
Leucemias	5.540	5,63	4.530	4,38
Corpo do Útero	-	-	6.950	6,74
Pele Melanoma	3.000	3,03	2.670	2,59
Outras Localizações	51.850	52,38	47.840	46,36
Subtotal	214.350	216,48	205.960	199,57
Pele não Melanoma	80.850	81,66	94.910	91,98
Todas as Neoplasias	295.200	298,13	300.870	291,54

Fonte: INCA (2016)7.

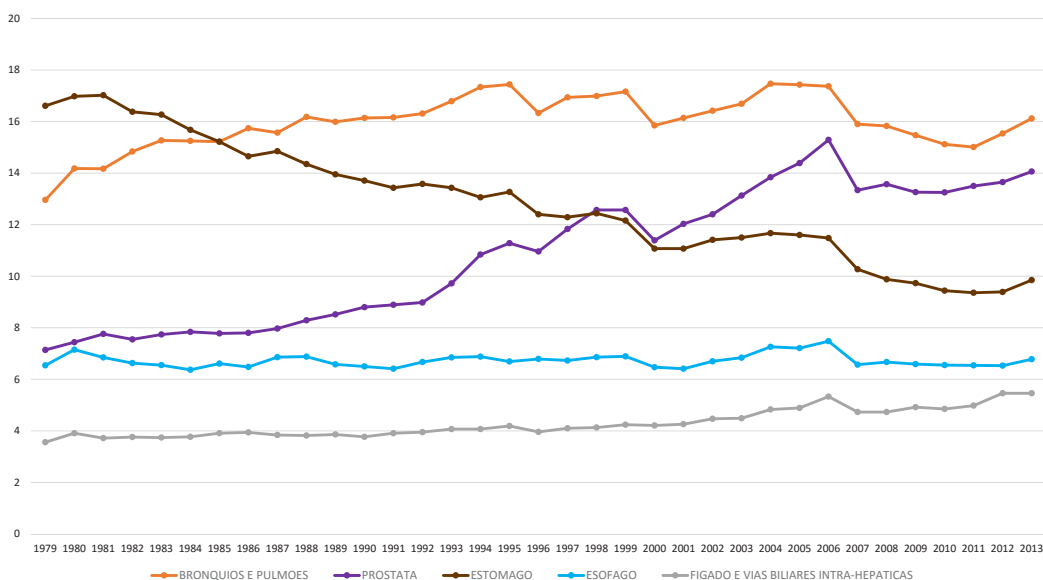
Nota: * Números arredondados para múltiplos de 10.

GRÁFICO 1: TAXAS DE MORTALIDADE DAS 5 LOCALIZAÇÕES PRIMÁRIAS MAIS FREQUENTES EM MULHERES, EM 2013, AJUSTADAS POR IDADE, PELA POPULAÇÃO MUNDIAL, POR 100.000 MULHERES, BRASIL, ENTRE 1979 E 2013



Fonte: INCA (2016)⁷.

GRÁFICO 2: TAXAS DE MORTALIDADE DAS 5 LOCALIZAÇÕES PRIMÁRIAS MAIS FREQUENTES EM HOMENS, EM 2013, AJUSTADAS POR IDADE, PELA POPULAÇÃO MUNDIAL, POR 100.000 HOMENS, BRASIL, ENTRE 1979 E 2013



Fonte: INCA (2016)⁷.

DESAFIOS NA ATENÇÃO AO CÂNCER: O DEBATE ENTRE QUALIDADE E CUSTOS

Os desafios da atenção ao paciente oncológico esbarram também nos custos crescentes do tratamento, principalmente em face da incorporação de novas drogas antineoplásicas e tecnologias. Há que se considerar o prolongamento da sobrevida e os gastos advindos de incapacidades decorrentes da doença (Anos de Vida Perdidos por Incapacidade – DALY), que também têm impactado consideravelmente o aumento dos gastos com câncer nos sistemas de saúde dos países. Quando são considerados todos os elementos do impacto econômico global da morte prematura e incapacidades por câncer, pode chegar a um valor próximo a U\$ 1.16 trilhão/ano.

Os custos do câncer para a sociedade podem ser divididos em custos diretos e indiretos: a) custos diretos podem ser agrupados principalmente nos recursos utilizados para prevenção e tratamento. Os custos indiretos são recursos relativos a anos de vida perdidos por incapacidade para o trabalho, incapacidade permanente e óbito antes dos 65 anos (anos de vida perdidos por morte prematura).

Existem poucos estudos que mensuram e comparam ambos os custos diretos e indiretos do câncer para os sistemas de saúde dos países. Porém, em alguns países os custos indiretos respondem por cerca de 70% a 85% dos custos totais.

Os estudos disponíveis sobre o tema mostram que os custos indiretos com o cuidado oncológico representam de 70% a 85% do total⁶. Por exemplo, no Canadá, o Health Canada estima que os custos indiretos representem 83% dos custos totais, enquanto nos Estados Unidos essa proporção é estimada em 71%. Todavia, é esperado que a participação dos custos diretos no total de gastos com o câncer aumente nas próximas décadas como efeito dos elevados custos com tratamentos de ponta que têm sido rapidamente incorporados pelo mercado.

BOX 2: CUSTOS DIRETOS E INDIRETOS DO CÂNCER E IMPACTO NOS GASTOS EM SAÚDE NOS PAÍSES DA OCDE.

- Os custos indiretos do câncer são responsáveis por mais de 2/3 do total de custos com neoplasias malignas nos países da OCDE.
- Custos diretos das neoplasias respondem por cerca de 7% dos custos em saúde.

Fonte: OECD/European Commission (2013)⁶; Annals of Oncology (2007)⁸

Muitos estudos apontam que os custos diretos da assistência oncológica têm aumentado substancialmente nas duas últimas décadas. Estimativas apontam que nos Estados Unidos o incremento dos gastos passou de 27 bilhões de dólares em 1990 para mais de 125 bilhões de dólares em 2010. Todavia, se os custos da atenção ao câncer crescerem 2% anualmente, o total dos custos projetados para 2020 serão de 174 bilhões de dólares⁸.

Destaca-se que o alto custo do tratamento do câncer, em diversos países do mundo, gera inúmeros problemas financeiros para os pacientes, para as famílias, para os governos e para os gestores de planos de saúde. Nos Estados Unidos, a média de gasto out-of-pocket foi maior que 1.500 dólares per capita entre 2003-2004 para adultos com câncer cobertos por seguro-saúde, sendo que 10% destes tiveram gastos com desembolso direto que excedem a monta de 18.000 dólares. Em um inquérito domiciliar, com adultos diagnosticados com a doença, um quarto dos entrevistados relataram ter usado toda ou quase toda sua reserva financeira durante o tratamento. Embora, na pesquisa, 4 de 5 oncologistas tenham reportado preocupações acerca do fato de o pagamento direto do tratamento poder influenciar o plano de tratamento dos pacientes, menos da metade dos médicos relataram discutir questões relativas aos gastos e pagamento do tratamento^{9,10,11,12}.

Nos países industrializados, o número de pessoas com doenças crônicas continua a crescer, representando um grande desafio e tensionando tanto a estrutura de financiamento quanto a lógica de organização dos sistemas e serviços de saúde. Paralelamente, há uma necessidade e demanda crescentes por um redesenho da lógica

de cuidado em saúde, mais voltada para as necessidades do paciente, dentro de uma concepção que tem sido chamada de patient-centered. Diferentes estratégias têm surgido em resposta a esses desafios, em países como Estados Unidos e também na Europa Central, como o conceito de *Accountable Care Organization* (ACO) – considerada um instrumento para implementação de um modelo mais compreensivo de pagamento de prestadores de serviços e de redesenho do modelo assistencial do sistema de saúde, voltado para o controle do crescimento dos gastos em saúde e melhoria da qualidade.

Já há algumas décadas, no contexto internacional, países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Alemanha vêm implementando modelos alternativos de pagamento a prestadores de serviços e utilizando, por exemplo, o pagamento por capitação como importante forma de remuneração de serviços de saúde, principalmente na atenção primária, estando inclusive presente no atual modelo das Accountable Care Organizations (ACOs). Em decorrência desse movimento, muitos prestadores estão investindo na estruturação de serviços que incluem todo o ciclo de cuidado, abrangendo cuidados paliativos e outras modalidades de cuidados de transição como forma de agregar valor à rede de atenção.

REFERÊNCIAS

- ¹ Organisation for Economic Co-Operation and Development. OECD. **Health at a Glance 2015: OECD Indicators**. Organisation for Economic Co-Operation and Development, 2015.
- ² STEWART, Bernard W.; WILD, C. P. **World Cancer Report 2014**. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization, v. 505, 2014.
- ³ FERLAY, Jacques et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, v. 136, n. 5, p. E359-E386, 2015.
- ⁴ FERLAY, J. et al. GLOBOCAN 2012 v1. 0, **Cancer Incidence and Mortality Worldwide 2013**. Lyon, International Agency for Research on Cancer. IARC CancerBase, n. 11, 2015.
- ⁵ Anand et al.
- ⁶ ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. OECD. European Commission. Focus on Health Care. **Cancer Care: Assuring quality to improve survival** ©. OECD Comission, 2013.
- ⁷ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- ⁸ MARIOTTO, Angela B. et al. Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010–2020. **Journal of the National Cancer Institute**, 2011.
- ⁹ AMERICAN CANCER SOCIETY. ACS. **Cancer Facts & Figures 2015**. Atlanta (Ga): ACS, 2015.
- ¹⁰ JONSSON, Bengt; WILKING, Nils. The burden and cost of cancer. **Annals of Oncology**, v. 18, p. 8-22, 2007.
- ¹¹ LUENGO-FERNANDEZ, Ramon et al. Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. **The Lancet Oncology**, v. 14, n. 12, p. 1165-1174, 2013.
- ¹² HANLY, Paul A.; SHARP, Linda. The cost of lost productivity due to premature cancer-related mortality: an economic measure of the cancer burden. **BMC Cancer**, v. 14, n. 1, p. 1, 2014.

CAPÍTULO 1 – O OLHAR DO PACIENTE ONCOLÓGICO

O PACIENTE COM CÂNCER E A IMPORTÂNCIA DE UM SISTEMA DE SAÚDE ORGANIZADO E TRANSPARENTE

Luciana Holtz

Receber o diagnóstico de uma doença como o câncer não é mesmo nada fácil, mas podemos afirmar que hoje, graças aos avanços científicos e tecnológicos, contamos com um arsenal terapêutico completo para ajudar o paciente a enfrentar e superar essa doença.

Acesso a informação de qualidade, a uma boa relação médico-paciente, a tratamento rápido e atual e apoio multidisciplinar são itens essenciais desse arsenal que estão completamente relacionados a sucesso e mais vida com qualidade.

Vale ressaltar que uma boa relação médico-paciente requer um médico atento, que apresente, explique e discuta com o paciente sobre as diferentes opções de tratamento e enfim, que esteja disposto a ouvir e privilegiar as vontades e prioridades dele mesmo.

Para combater e enfrentar o câncer, precisamos desse pacote completo e de estratégias que envolvam o paciente (ou familiar) de diferentes maneiras. Na prática, faz-se necessário um sistema de saúde organizado e responsivo, que seja transparente, com regras claras, com pessoas atentas e capacitadas, além de informação acessível. Perder-se diante de tantas novidades e situações difíceis acarretadas com o diagnóstico de uma doença como o câncer é muito simples e isso pode ter um impacto bastante negativo no resultado do tratamento.

A fixação de prazos e limites para que determinados procedimentos aconteçam, garantindo sequência e agilidade no processo, seria muito importante.

Por inúmeras vezes nos deparamos com pacientes cansados e muito angustiados pois “há tempos procuram pelo médico que descubra o que é aquilo que ele sente” e “a dor ou um determinado sintoma continuam”. Ou mesmo, outros que não conseguem saber onde “aquele exame” deve ser realizado. Existem também pacientes que estão esperando há muito tempo (mais de seis meses) o resultado de uma biópsia ou o início do tratamento e não se deram conta do quanto essa espera é prejudicial e nada fizeram para resolver isso. Um sistema organizado pode dar caminhos, respostas e agilizar processos.

Por outro lado, precisamos de um paciente informado e empoderado (ativo e responsável) que conheça e saiba onde acessar essas informações, que compreenda seus direitos, mas também seus deveres e que participe ativamente dos processos de decisão durante todo o seu tratamento. Isso pode parecer complexo, mas é sim possível.

Segundo o European Patients Forum, empoderar o paciente significa “promover o desenvolvimento e a implementação de políticas, estratégias e serviços de saúde que capacitem os pacientes a se envolver no processo de tomada de decisão e gestão de sua condição de acordo com a sua preferência, enquanto aumenta a consciência sobre os seus direitos e responsabilidades”, “significa capacitar os pacientes para que eles tenham o direito de fazer suas próprias escolhas sobre sua saúde”.

Já há muitos anos existem ao redor do mundo e no Brasil as ONGS que atuam como representantes dos pacientes, educando, apoiando, defendendo direitos e dando voz aos problemas, necessidades e prioridades dessas pessoas. Por meio de diferentes ações educativas, as ONGS oferecem informação de qualidade sobre a doença, tratamentos, direitos e qualidade de vida e focam na importância do autocuidado em saúde durante toda a jornada do paciente e também na prevenção e no pós-câncer.

Barreiras sociais, culturais e educacionais precisam ser citadas pois, muitas vezes, impedem que os pacientes assumam esse papel de responsável pela própria saúde, mas o uso de diferentes estratégias educativas e de apoio ajuda muito.

O acesso a informação de qualidade também é muito importante e isso passa por um cuidadoso drible inicial no Dr. Google e seus milhares de links, muitas vezes sem utilidade alguma para o paciente. Com isso, uma boa conversa com o oncologista e pesquisas em sites e livros com fontes científicas confiáveis pode ser um segundo passo. Alguns pacientes também optam por conversar (virtualmente ou pessoalmente) com quem já passou ou está passando pelo mesmo momento ou tratamento. Isso pode ajudar, lembrando da importância de não se esquecer que cada caso é um caso.

Todos são ótimas fontes de informação de qualidade e podem sim ser muito úteis e preparar para tudo que vem pela frente: exames, tratamentos, escolhas, efeitos colaterais, decisões, altos e baixos emocionais e muito mais. É muita coisa nova e se preparar contando com a ajuda também de um sistema de saúde organizado e acessível faz toda diferença.

DRIBLANDO BARREIRAS COM FOCO NAS NECESSIDADES DOS PACIENTES

Baseando-se em nossa experiência diária via Programa de Apoio ao Paciente do Instituto Oncoguia e inúmeras outras atividades, pesquisas e eventos nos quais ouvimos dúvidas e problemas e orientamos pacientes, destacamos a seguir pontos que nos parecem essenciais para um sistema de saúde que priorize o diagnóstico precoce e o cuidado centrado no paciente.

PREVENÇÃO

Para pessoas saudáveis temos o gigantesco dever e compromisso de torná-las conscientes sobre o cenário do câncer e sobre a importância da prevenção. Isso devemos começar a fazer hoje por meio de:

- Informação acessível e alinhada
- Campanhas de conscientização sobre a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis e que desmitifiquem informações erradas
- Campanhas antitabagismo e de combate à obesidade

DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER

Mais que prioridade porém com muito ainda a ser feito. Em nosso dia a dia encontramos muitas pessoas e ou pacientes desinformados, com muitos preconceitos ou que reportam desalinhamento de mensagens: “Evo ou não fazer tal exame, estou confuso...”, “Onde faço o exame?”, “Não vou fazer pois tem fila mesmo”. Sabemos que o Brasil possui inúmeras realidades e problemas, mas esclarecer essas dúvidas e disponibilizar programas de rastreamento deve ser, sim, nossa meta:

- Definir programas de rastreamento e implementá-los (em especial mama, colo de útero e colorretal)
- Garantir alinhamento de mensagens
- Garantir acesso a exames e especialistas com agilidade

PESSOAS COM SINAIS E SINTOMAS

Com muita frequência nos deparamos com pessoas, com sinais e sintomas que podem ser câncer, perdidas e muito angustiadas por não conseguirem ser atendidas adequadamente, o que infelizmente pode gerar um diagnóstico mais tardio e ou avançado. A criação de estratégias que agilizem o atendimento nesse momento nos parece bem importante. A seguir alguns exemplos:

- Capacitação de especialidades médicas para que “pensem em câncer” e tenham clareza sobre quais exames devem ser solicitados;
- Informação acessível para que as pessoas compreendam o que deve ser priorizado e ou até mesmo qual deve ser o médico que deve ser procurado;
- Disponibilizar listas que facilitem o acesso aos especialistas.

MEU EXAME DEU ALTERADO, E AGORA?

Muitas pessoas se apavoram muitas vezes pelo simples “medo de ser câncer” ou ainda pela falta de informação sobre o que fazer agora. Consideramos que itens simples já ajudam:

- Divulgar muito a importância de pegar os resultados dos exames e retornar para o médico que os solicitou, porque ele precisa orientar sobre próximos os passos;
- Diante de resultados alterados, o encaminhamento para outros exames ou especialistas precisa ser ágil e rápido;
- O processo entre realizar a biopsia e sair o resultado não pode demorar e o paciente precisa estar ciente da importância desse exame: orientações no próprio resultado sobre os próximos passos poderia ajudar.

ESTOU COM CÂNCER, E AGORA?

Sim, esse é o momento mais difícil e que requer muita atenção, orientação e clareza quanto aos próximos passos. Considerando que o paciente está muito fragilizado, a participação dos familiares é muito importante. Porém, como a desinformação é sempre geral quanto mais protocolos pudermos oferecer com as informações claras sobre os processos mais ajudaremos.

Oncologista ou médico especialista deve explicar o que vem pela frente, incluindo todos os exames que ainda serão necessários e com que finalidade

Com o diagnóstico e estadiamento fechado todos os próximos passos já podem ser apresentados e discutidos.

CONHECENDO O “MEU” ONCOLOGISTA

É exatamente assim que os pacientes gostam de falar: meu oncologista!

Consideramos isso bastante positivo. Afinal, essa relação é mesmo bem longa e como toda relação também passará por momentos bons e ruins e por isso merece muita atenção e cuidado.

A opinião sobre o que se espera de um oncologista varia, mas bem pouco. De maneira geral, todos querem um médico atencioso, que compreenda também medos e sentimentos, e que converse. Outros poucos vão além e dizem preferir um médico que fale sempre a verdade e que esteja aberto a discutir sobre o melhor tratamento, pesando riscos e benefícios sempre.

Enquete realizada em 11 de fevereiro de 2016, no Facebook do Oncoguia, mostra esta realidade:

FIGURA 1: RESULTADOS DA ENQUETE REALIZADA NO FACEBOOK DO INSTITUTO ONCOGUIA – O QUE VOCÊ ESPERA DO SEU ONCOLOGISTA?

Que seja comprometido em prescrever o melhor e mais efetivo tratamento para o meu caso, sempre equilibrando riscos e benefícios	151 votos	77,8%
Que seja franco, aberto e que me conte sempre toda a verdade de forma cuidadosa	150 votos	77,3%
Que me pergunte e também me inclua nas decisões do meu tratamento	77 votos	39,7%
Que me ajude diante de situações complicadas para obter meu tratamento, por exemplo, ou que me encaminhe para alguém que possa me ajudar	67 votos	34,5%
Que seja atencioso, converse comigo e saiba da minha vida além do câncer	57 votos	29,4%
Que me explique detalhes do tratamento proposto, incluindo itens como: preço, efeitos colaterais e resultados esperados	57 votos	29,4%
Que use diferentes ferramentas para me explicar sobre a doença e tipos de tratamentos	18 votos	9,3%
Que seja franco e aberto, mas que só me conte a verdade quando eu perguntar	9 votos	4,6%

Fonte: Instituto Oncoguia

COMPREENDENDO OS DIFERENTES TIPOS DE TRATAMENTOS

Oferecer informações básicas e simples sobre os diferentes tratamentos é muito importante, garante que o paciente se prepare e saiba o que o espera nas próximas semanas ou meses.

Ser ativo e responsável requer participação e compreensão de todo o processo. Muito comumente, nos deparamos com pacientes que não sabem seu tipo específico de câncer, não sabem o que é, se há metástase e qual é a quimioterapia que estão tomando.

Conversas educativas sobre os seguintes pontos são indicadas:

- Como devo me preparar para a cirurgia: antes, durante e depois
- O que é a quimioterapia e como é feita?
- Qual o possível impacto no meu dia a dia?
- O que é a radioterapia e como é feita?

Sobre o tratamento com antineoplásico de uso oral consideramos ser de fundamental relevância que vários itens sejam falados:

- Importância da adesão e do uso correto da medicação (incluindo horários corretos e possíveis falhas no uso, que não podem acontecer);
- O recebimento da droga tem que vir acompanhado de explicações, assim como qualquer outro antineoplásico e jamais ser simplesmente enviado à casa do paciente;
- Antecipar efeitos colaterais esperados;
- Solicitar que o paciente anote esses efeitos para que possam discutir durante a consulta;
- Para os medicamentos de longo uso, como é o caso das hormonioterapias, percebemos um certo “cansaço” por parte dos pacientes sobre o uso contínuo versus adaptação com os efeitos colaterais.

OUTRAS INFORMAÇÕES VALIOSAS DURANTE O TRATAMENTO

Como já conhecemos, o câncer impacta diferentes aspectos da vida do paciente e da família, e neste sentido o acesso a informações complementares faz muita diferença:

- Conhecendo meus direitos e deveres e benefícios legais
- Retorno ao trabalho ou aposentadoria?
- A equipe multidisciplinar e de que forma cada profissional pode ajudar
- Manejo de efeitos colaterais
- Apoio emocional: quando, onde e como?
- Atividade física: quando e qual o profissional indicado?

CONVIVENDO COM A DOENÇA AVANÇADA

Hoje, sabemos que isso tem se tornado cada mais comum, possibilitando aos pacientes viver com uma doença crônica que requer cuidados e tratamentos constantes. Para esses pacientes, a questão do acesso ao tratamento é bastante importante pois “Ficar sem o tratamento parece impossível, afinal, como estarei controlando a doença?”, dizem. Outros pontos devem ser contemplados:

- Controle adequado da dor;
- Conversa franca sobre riscos e benefícios dos tratamentos com decisão compartilhada (que pode/deve acontecer em qualquer fase do tratamento);
- Manejo de efeitos colaterais buscando garantir qualidade de vida
- Acompanhamento psicológico e ou psiquiátrico (controle adequado de depressão);
- Informação sobre Pesquisa Clínica.

CUIDADOS DE FINAL DE VIDA

E para aqueles que chegam nessa fase, temos que garantir qualidade de vida com adequado manejo de sintomas, em especial, da dor.

DEPOIS DO CÂNCER, E AGORA?

Apesar do alívio pelo término do tratamento, também encontramos pacientes “perdidos” e confusos em relação ao “E agora?” Desde a básica dúvida de quem é o médico a partir de agora até coisas mais complexas, que envolvem o acompanhamento de outras doenças. Pontos que merecem atenção:

- Definição alinhada sobre o momento da “alta” e o que isso significa
- De que forma deve ser o acompanhamento com o oncologista e com que exames?
- Retorno a outros especialistas deve seguir acompanhado de relatório do Oncologista.
- Diante de quais sintomas deve procurar pelo oncologista?
- Recomendações gerais para essa fase.
- Lembrar que a forma como se cuida tem que ser mais atenciosa e bem monitorada.

São muitos os pontos que merecem a nossa atenção e espero nesse capítulo ter contribuído trazendo para o gestor um pouco das necessidades e prioridades dos pacientes que enfrentam o diagnóstico de um câncer.

CAPÍTULO 2 – PROPOSTA DE MODELO DE ATENÇÃO AO CÂNCER NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Martha Oliveira

Os motivos para se propor um novo modelo de organização assistencial para atenção ao câncer na saúde suplementar já estão evidenciados. Mas como fazer?

Ao longo desta publicação iremos detalhar cada etapa dessa proposta, mas inicialmente vamos descrever os pilares desse modelo:

- 1.) A centralização do cuidado no paciente. Uma total inversão de lógica para 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 compartilhada 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, propomos 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.) Articular toda a rede de estabelecimentos que irão, em algum momento, cuidar desse paciente. Tanto do ponto de vista de organização dos encaminhamentos quanto das informações e da continuidade da linha de cuidado.
- 8.) Instituir o que denominamos “assistente do cuidado”, que desempenharia o papel de “navegar” o 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 estabelecimentos de estruturas de cuidado paliativo e tratamento de suporte, além do debate sobre morte e humanização no fim de vida.

11.) Para que toda essa mudança assistencial seja possível, precisamos definitivamente propor modelos diferenciados de remuneração, que possam dar suporte à nova lógica de cuidado.

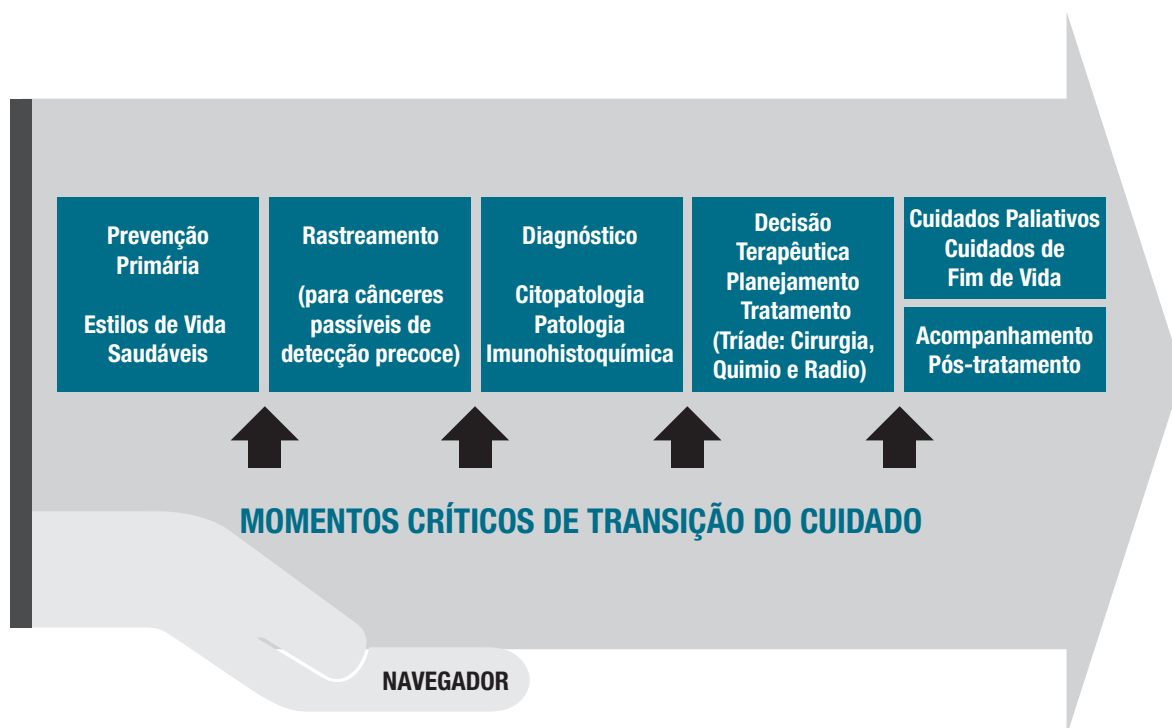
12.) Capacitação e treinamento de profissionais da área da saúde, para a nova proposta e para as novas formas de cuidar aqui descritas.

13.) Debate sobre o Registro de Tumor na Saúde suplementar, visando a um melhor planejamento e monitoramento das políticas nessa área.

Cada ponto aqui destacado é de extrema importância para a organização do modelo como um todo. Sabemos que alguns pontos são mais facilmente realizáveis e outros demandam um esforço maior das instituições envolvidas. Mas certo é que o modelo como está é pouco efetivo e por vezes até deletério para os pacientes oncológicos.

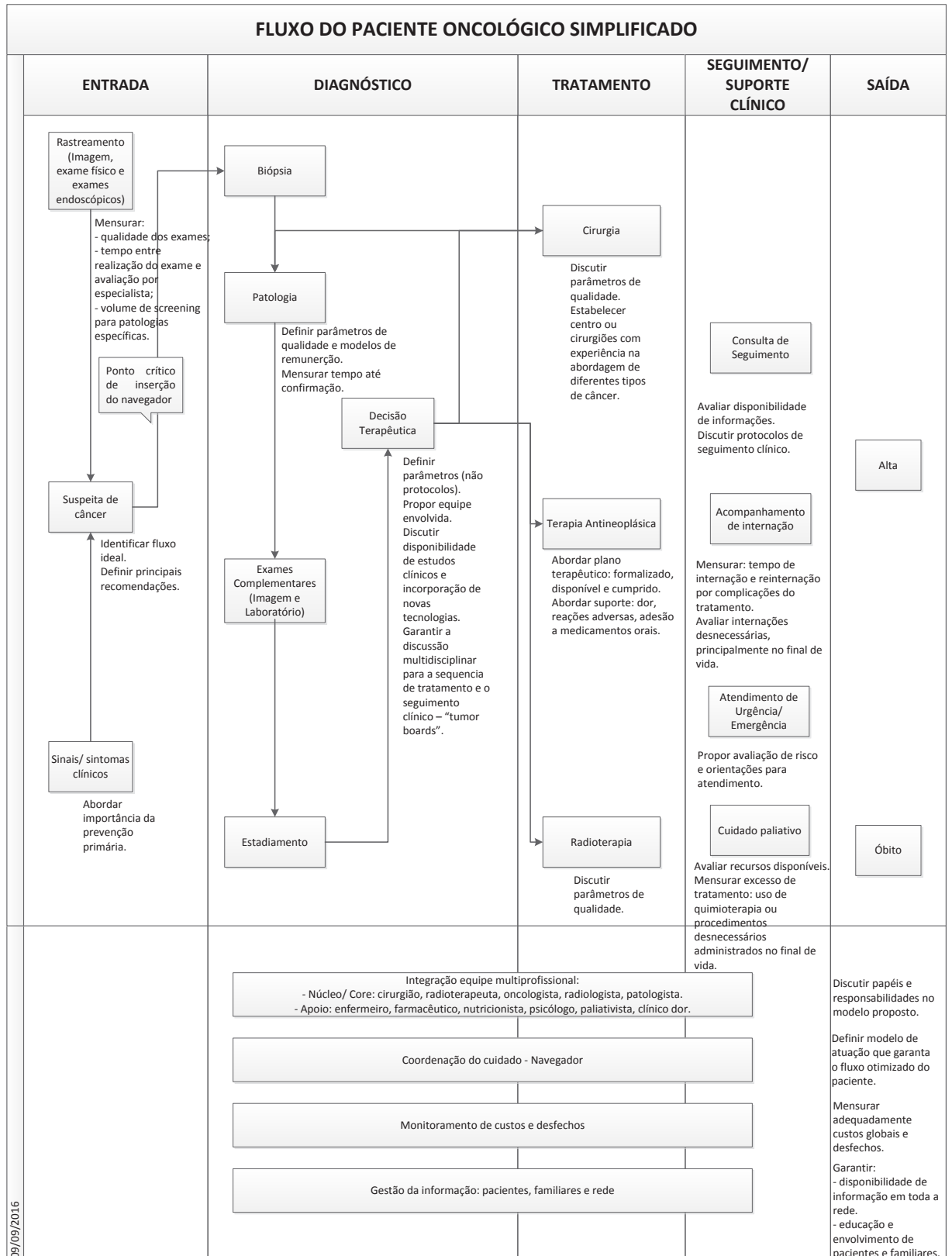
Através desses pilares, que se apoiam em literatura científica internacional, mas principalmente através da mudança de lógica desse cuidado, queremos mostrar que é possível um modelo sem fragmentação, com melhores resultados e muito mais pautado nas necessidades do paciente.

FIGURA 1: ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DO PACIENTE ONCOLÓGICO NO SISTEMA DE SAÚDE



Fonte: Elaboração própria.

FIGURA 2: FLUXOGRAMA DO PACIENTE ONCOLÓGICO IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES NA REORIENTAÇÃO DO CUIDADO



Fonte: Elaboração do Grupo Técnico de Oncologia – ANS.

CAPÍTULO 3 – SCREENING E DIAGNÓSTICO PRECOCE

Maria Elisa Cabanelas Pazos e Alfredo Scaff

Os programas de screening estão fundamentados no conceito de que o diagnóstico precoce, anterior ao aparecimento da sintomatologia está associado a melhores desfechos e redução da mortalidade. No Brasil isso ainda representa um grande desafio. Barreiras de acesso, de processos, fluxos, qualidade e culturais culminam com quadro de subdiagnóstico e subtratamento, comprometendo os resultados. Entretanto, na prática o overdiagnóstico convive em paralelo. Overdiagnóstico e overtratamento em câncer ocorrem toda vez que tumores que jamais se tornariam sintomáticos são identificados e tratados. Esses tumores podem regredir - ou nunca evoluir de uma forma clinicamente significativa - e sua detecção e intervenção não modificam desfechos de mortalidade. As intervenções podem causar danos e consomem recursos do sistema de saúde desnecessariamente. Convivemos com situações antagônicas. Pacientes sendo intensivamente tratados para doenças de bom prognóstico, enquanto outros só chegam ao sistema em estágios avançados da doença.

CONCEITOS:

Screening Populacional é a realização de testes ou exames diagnósticos em grupos populacionais predefinidos por média de risco e assintomáticos com a finalidade de diagnóstico precoce (ex. Ca de mama) e/ou de identificação e controle de riscos (ex. poliposes em câncer colorretal). O objetivo final é reduzir a morbidade e mortalidade pela doença. Podem ser Organizados ou Oportunistas.

Programas de Screening Organizados são sistematizados e voltados para a detecção precoce de uma determinada doença, condição ou risco, oferecidos à população assintomática. Geralmente realizados por sistemas de saúde, pela sua alta abrangência populacional. Essas instituições têm o compromisso e a responsabilidade de prover a todas as pessoas incluídas no programa, busca ativa, realização do teste de screening e, ainda, garantir a continuidade de todo o processo diagnóstico até o tratamento, quando pertinente. Costumam ser mais efetivos pelo maior domínio da informação, dos processos e fluxos.

Screening Populacional Oportunisto, de uma forma geral, ocorre quando a pessoa procura o serviço de saúde por algum outro motivo e o profissional aproveita a oportunidade para rastrear alguma doença ou fator de risco. É o tipo de screening mundialmente mais frequente. A desvantagem é que, além de ser menos efetivo é mais oneroso para o sistema de saúde.

Diagnóstico Precoce em oncologia são ações destinadas a identificar a doença em estágio inicial a partir de sintomas e/ou sinais clínicos. É uma estratégia que possibilita terapias mais simples e efetivas, ao contribuir para a redução do diagnóstico em estágios mais avançados.

Abordagem de Alto Risco: nela, a pessoa é classificada a partir da sua história pessoal e familiar, aplicando-se uma conduta preventiva e/ou de rastreo e diagnóstico precoce apropriada àquele indivíduo. A motivação do paciente e dos profissionais de saúde é alta e existe uma tendência de uso racional do recurso com intervenções que se justificam. Entretanto, do ponto de vista de saúde pública, o impacto é pequeno.

CARACTERÍSTICAS DE UM PROGRAMA DE SCREENING POPULACIONAL CUSTO EFETIVO

- A doença rastreada deve representar um problema de saúde pública importante: alta incidência e prevalência, ter história natural bem estabelecida e estágio pré-clínico bem definido.
- Disponibilidade de teste com alta sensibilidade, baixo custo, seguro e de fácil aplicabilidade, aceito pela população.
- Disponibilidade e garantia de acesso a tratamento efetivo.
- Benefício da detecção e do tratamento precoce deve ser maior do que se a terapia fosse iniciada no momento habitual do diagnóstico. (Princípio da beneficiência e não-maleficiência).
- Implementação eficiente com abrangência de no mínimo 80% da população alvo.
- Programa contínuo.

O planejamento e a decisão de implementar um programa de screening em saúde pública envolve a análise de um conjunto de critérios. Considerar a prevalência da doença na população e definir a população alvo racionaliza a utilização dos recursos.

Certificar-se de que exista um teste de screening adequado de alta sensibilidade, reprodutibilidade, alto valor preditivo negativo e evidências de que os benefícios potenciais do screening superam seus danos físicos e psicológicos.

Avaliar o impacto econômico, custo benefício do programa e certificar-se de que existe garantia de financiamento. Do mesmo modo, a infraestrutura do sistema deve ser capaz de garantir, de forma organizada e sustentável, todas as etapas do programa de screening e as que se seguem. Acesso e qualidade, na confirmação diagnóstica, tratamento e continuidade do cuidado. Fluxos, processos de trabalho definidos, logística. Programas de Screening são uma grande porta de entrada ao sistema de saúde cujo objetivo é o diagnóstico precoce, mas que não se encerram em si. Os desfechos de fato relevantes com redução da mortalidade e morbidade só são alcançados se, após a confirmação diagnóstica, são assegurados acesso ao tratamento e continuidade do cuidado.

Um programa de screening que não atenda a esses critérios é frágil e vulnerável. Resultados ficam comprometidos, à medida que não se traduzem em benefícios à população com melhoria nos desfechos de mortalidade e morbidade. Representam desperdício de recursos e frustração. Segundo um estudo de R. Sankaranarayana², publicado em 2014, a diminuição da incidência e de mortalidade por câncer de colo de útero alcançada em países desenvolvidos, com programas de screening populacionais de citologia e pesquisa de HPV, não foi observada nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Essa diferença foi atribuída a problemas na organização do sistema, dificuldades de acesso e baixa qualidade dos serviços.

Screening ou Rastreamento é um sistema em que se busca identificar precocemente os pacientes com suspeitas de câncer, ou mesmo câncer já estabelecido, de forma a propiciar um tratamento mais efetivo e melhor qualidade de vida.

A qualidade dos serviços de apoio diagnóstico é ponto crítico para um programa de screening e impacta diretamente na sua efetividade. Testes de baixa qualidade são também causa de overdiagnóstico, overutilização de recursos e overtratamento. É fundamental a identificação de problemas, necessidades de melhoria e medidas para garantir padrões mínimos de qualidade assim como investimentos em capacitação e qualificação

dos profissionais. Equipamentos necessitam de manutenção preventiva, calibração etc. Vale ressaltar que a qualidade dos exames de imagem exerce influência determinante. Diante da incerteza da imagem, a investigação sempre prossegue.

Uma situação de erro comumente observada é a classificação BI-RADS de mamografia: imagens mal definidas e/ou mal interpretadas podem classificar uma lesão como sugestiva de malignidade e encaminhar a paciente para biópsia desnecessária. Da mesma forma, pode não ser capaz de detectar lesões pequenas ou caprichosas perdendo a oportunidade de diagnóstico precoce.

Os danos potenciais de um programa de screening estão associados aos falsos resultados. Os casos falso negativo estão principalmente relacionados ao retardo diagnóstico e perda do tempo ótimo de intervenção, diminuindo suas possibilidades de melhores desfechos. Os danos potenciais nos casos falso positivo estão relacionados a ansiedade, eventos adversos e sequelas de intervenções invasivas e tóxicas desnecessárias, caracterizando o overtratamento. Apesar disso, a prática do screening cresce desordenadamente como uma crença. Pessoas leigas e mesmo médicos não estudiosos do tema têm dificuldade em entender a ausência de benefício e a possibilidade de danos à saúde de pacientes submetidos a screenings não efetivos. Além disso, a população em geral, sem capacidade de análise crítica, está sujeita à influência da indústria em promessas de estratificações de risco nem sempre possíveis.

O envolvimento de pacientes e familiares é fundamental para alcançar as metas de cobertura e deve ocorrer através de um processo de tradução do conhecimento capilarizado pela população-alvo. Exemplo histórico ocorreu com a implementação de um programa de triagem infantil para Neuroblastoma em Quebec, no Canadá. Acreditando no benefício do diagnóstico precoce até um ano de vida e com a viabilidade do rastreio por catecolaminas urinárias, 476.694 crianças foram triadas. Entretanto o programa não foi eficaz. Não houve diminuição de mortalidade. Casos que hoje são denominados de Neuroblastoma S (do tipo que regride espontaneamente) sofreram danos pelas intervenções desnecessárias de cirurgia e quimioterapia.

É preciso rever as diretrizes de screening, identificar necessidades e oportunidades, adequar esforços e investimentos na implementação de programas efetivos e evitar que lesões indolentes, com baixo potencial de malignidade recebam a mesma conduta e atenção clínica de lesões invasivas e agressivas.

Em determinados cânceres como o de mama, por exemplo, estratégias para reduzir o excesso de diagnósticos incluem a adequação de parâmetros para indicar biópsia e o desenvolvimento de abordagens de triagem com base no risco individual.

Os danos causados pelo excesso de diagnóstico e tratamento em câncer já é reconhecido como um problema grave, gerando danos aos pacientes e ao sistema de saúde. Medidas vêm sendo discutidas no sentido de minimizá-lo. Em 2012, o National Cancer Institute elaborou um consenso de recomendações sobre overdiagnóstico:

PAINEL: RECOMENDAÇÕES DO CONSENSO DO GRUPO DE TRABALHO EM RELAÇÃO A OVERDIAGNÓSTICO E OVERTRATAMENTO APRESENTADO AO NATIONAL CANCER INSTITUTE

- Reconhecer que o overdiagnóstico existe e que é comum;
- Desenvolver uma nova terminologia para substituir a palavra câncer quando for o caso, quando os dados ou diagnósticos complementares apoiarem a classificação das lesões de baixo risco como lesões indolentes de origem epitelial (IDLEs);
- Criar registros observacionais para IDLEs e desordens de baixo ou incerto risco de progressão para câncer;

- Atenuar overdiagnóstico testando estratégias que reduzem a probabilidade de detecção de lesões sem importância;
- Adotar novos conceitos para a forma de abordar a progressão e prevenção do câncer.

Os *screenings* populacionais considerados mundialmente efetivos são os de câncer de colo uterino, câncer colorretal, nos quais é possível o diagnóstico precoce, a identificação de lesões precursoras, infecção por HPV e polipose respectivamente. O câncer de mama, apesar de algumas controvérsias, também é amplamente utilizado pela detecção precoce, em fases iniciais com bom prognóstico e menor custo.

TABELA 1: RECOMENDAÇÕES DE SCREENINGS POPULACIONAIS PARA CÂNCERES RASTREÁVEIS, NO BRASIL, NA UNIÃO EUROPÉIA E NOS ESTADOS UNIDOS

Tipo de Câncer	Brasil (INCA)	U.E.	NCI / ACS
Colo Uterino	Papanicolau de 25 a 64 anos;	Papanicolau e HPV, de 20 a 65 anos	Pap Teste - HPV test, de 21 a 65 anos
Mama	mamografia de 50 a 69 anos, bianual.	mamografia de 40-50 a 70-75 anos, bianual	mamografia de 40 a 74 anos
Colorectal	não faz*	PSOF ou Colonoscopia 50-60 a 70-75 anos	Colonoscopia ou Sigmoidoscopia de 50 a 75 anos.
Pulmão	não faz	não faz	TC de torax, baixas doses em fumantes de 55 a 74 anos

Fonte: INCA (2011; 2014;2015), IARC (2014; 2015) e NCI (2016).

SCREENING DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Apesar de o câncer cervical ser o mais amplamente rastreado no mundo, ainda ocorrem anualmente cerca de 530 mil novos casos de câncer de colo uterino com 275 mil mortes. Destes, 86% dos novos casos e 88% dos óbitos são registrados em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, onde os programas de screening com base na citologia cervical ou com base na identificação de infecção por HPV não ocorrem ou são mal conduzidos. Nos países desenvolvidos da Europa, América do Norte, Japão, Austrália e Nova Zelândia, os programas de rastreio populacional, adotados como políticas de saúde pública e com alta taxa de cobertura, modificaram o cenário, efetivamente reduzindo a incidência e mortalidade em até 80% nas últimas décadas¹.

O câncer de colo uterino é decorrente da infecção persistente causada por um dos 14 tipos oncogênicos do vírus HPV, principalmente o 16 e o 18. A fase pré-clínica é longa e as lesões precursoras progridem lentamente, podendo se tornar invasivas ao longo de uma a quatro décadas. É assim que o rastreio adequadamente realizado, detectando lesões precursoras, tais como NIC 2 e 3 e adenocarcinoma in situ, pode prevenir e detectar precocemente o câncer de colo uterino^{2,3}.

Por outro lado, essas infecções por HPV também podem regredir e não causar invasão. A importância desta infecção está ligada à modificação da citologia. Até mesmo os mais cancerígenos (16 e 18) levam 5 anos para modificar a citologia. Isso justifica o rastreio populacional iniciar-se após os 25 anos de idade e em intervalos de, no mínimo 3 anos. Como rastreio populacional, não há utilidade no início mais precoce ou a intervalos menores⁴.

A citologia cervical ou Papanicolau foi a primeira a ser introduzida para detecção inicial de câncer cervical e, apesar das suas limitações, ainda é muito utilizada. Na década de 1940 tornou-se popular na rotina do cuidado da mulher.

Entretanto, apesar de sua aparente simplicidade de coleta, coloração e observação microscópica de células descamativas do colo do útero, exige infraestrutura e recursos operacionais para sua implementação sustentável, triagem e continuidade do cuidado necessário, assim como investimentos em educação e treinamento dos profissionais envolvidos, principalmente citologistas e citopatologistas.

A associação desses fatores, baixa cobertura populacional de rastreamento principalmente do tipo oportunístico, sistemas de saúde mal organizados e não integrados na continuidade do cuidado, e a baixa qualidade dos testes se traduzem na diferença de performance dos programas de prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino observada quando comparamos com países desenvolvidos. Evidencia-se, portanto, uma lacuna significativa entre o conhecimento científico adquirido e sua utilização nos países em desenvolvimento.

Diante dessa dificuldade em reduzir a variabilidade de qualidade dos programas de screening populacional utilizando o teste de Papanicolau, foram introduzidas abordagens alternativas de rastreamento com menor influência da variabilidade técnica e algumas possibilitando até autocoleta.

Os testes de triagem abaixo, organizados em combinações e fluxos variáveis, passaram a compor programas de screening populacionais organizados em diversos sistemas de saúde:

- Citologia convencional (Papanicolau)
- Citologia em base líquida
- Inspeção visual com ácido acético (VIA)
- Inspeção visual com solução de Lugol (VILI)
- Teste de HPV.

No Brasil o screening de colo cervical é oportunístico, de baixa abrangência e utiliza a citologia de Papanicolau.

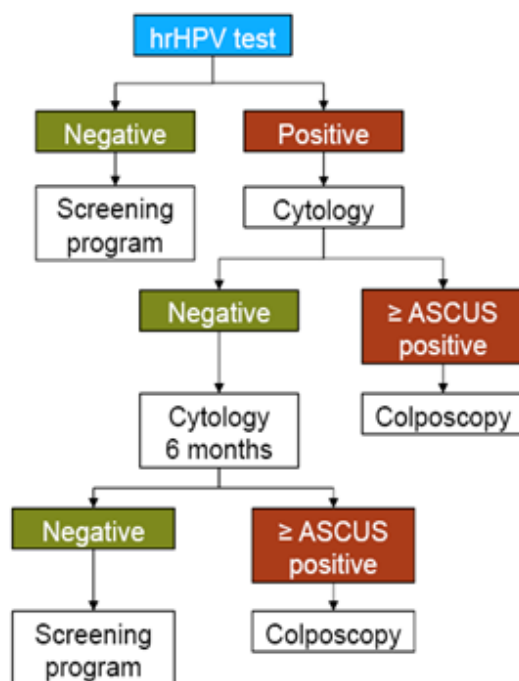
PROGRAMAS INTERNACIONAIS DE SCREENING DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Citamos alguns exemplos de screening de câncer de colo uterino realizados em outros países.

HOLANDA (2011)

- O Conselho de Saúde da Holanda recomendou a transição do programa de screening cervical de citologia para teste hrHPV. As mulheres são testadas aos 30, 40, 50 e 60 anos de idade. Aproximadamente 5% das pacientes são positivas para hrHPV. A genotipagem não faz parte da recomendação formal mas pode ser considerada.

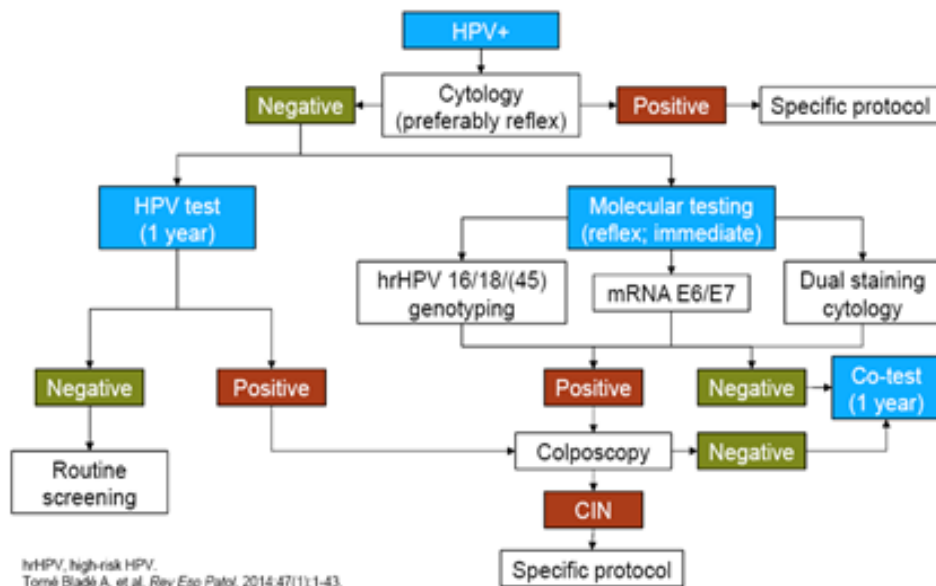
FIGURA 1: FLUXOGRAMA DO SCREENING DE PACIENTES PARA TESTE DE HRHPV - HOLANDA



ESPANHA (2014)

- Mulheres abaixo dos 26 anos não são rastreadas.
- Mulheres entre 26 e 30 anos de idade são rastreadas por citologia a cada 3 anos.
- Para mulheres entre 30 e 65 anos são aceitas 3 opções de rastreamento:
- Teste HPV a cada 5 anos. É a opção preferencial.
- Citologia cervical a cada 3 anos. considerada a segunda opção.
- Co-teste. Aceito mas não recomendado pelo seu incremento no custo sem aumento da efetividade quando comparado ao screening único.
- Mulheres > 65 anos devem ter screening descontinuado se teve citologia cervical e/ou teste HPV negativos nos últimos 10 anos e sem história de NIC por nos últimos 20 anos.

FIGURA 2: FLUXOGRAMA DO SCREENING DE PACIENTES PARA HPV POSITIVO - ESPANHA

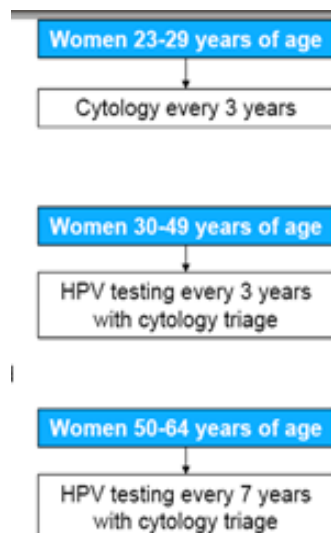


Fonte: Bladé et al. (2014).

SUÉCIA (2015)

- O rastreamento começa mais precocemente.
- Mulheres abaixo dos 23 anos não são rastreadas.
- Mulheres entre 23 e 29 anos são rastreadas com citologia a cada 3 anos
- Mulheres entre 30 e 49 anos são rastreadas com teste HPV a cada 3 anos e co-teste aos 41 anos
- Mulheres com teste HPV positivo são encaminhadas para citologia. Se a citologia for negativa, devem ser re-testadas para HPV em 3 anos, independentemente da idade
- Mulheres com citologia positiva são encaminhadas para colposcopia.
- Citologia deve ser realizada em meio líquido para viabilizar teste HPV na mesma amostra.

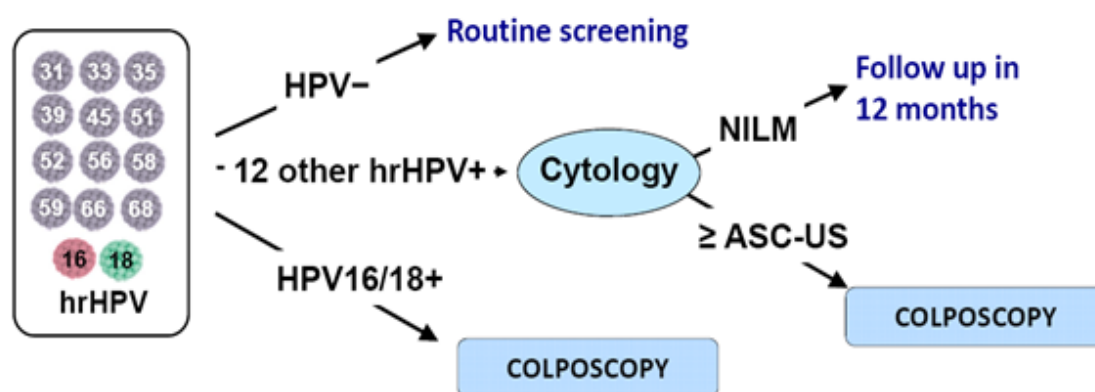
FIGURA 3: FLUXOGRAMA DO SCREENING EM COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA – SUÉCIA



ESTADOS UNIDOS

- O rastreio começa aos 25 anos de idade com citologia ou teste de HPV de alto risco (hrHPV). Mulheres com teste HPV negativo não devem ser re testadas nos próximos 3 anos. Mulheres com HPV 16 e /ou 18 são encaminhadas para colposcopia. Mulheres com os demais 12 genotipos de HPV positivo são encaminhadas para citologia.

FIGURA 4: FLUXOGRAMA DO SCREENING EM COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA – ESTADOS UNIDOS



REINO UNIDO

- O sucesso do programa de screening tornou o câncer de colo do útero, no Reino Unido, relativamente incomum, representando apenas 2% dos casos e a 12ª causa de câncer entre mulheres.
- As mulheres são regularmente convidadas ao screening a cada 3 anos, entre 25 e 49 anos; e a cada 5 anos, entre 50 e 64 anos de idade. A maioria utilizando citologia de base líquida. O grau de discariose pode variar de leve a grave. Mulheres com discariose limítrofe ou leve e HPV positivo e as que têm três amostras inadequadas consecutivas ou que têm um resultado de teste mostrando discariose moderada ou grave, possível invasão ou possível neoplasia glandular são encaminhadas para colposcopia.
- Se HPV negativo, são devolvidas à rotina de screening. Mulheres com discariose limítrofe ou leve e HPV negativas são devolvidas à rotina de screening.

COMENTÁRIOS

Países desenvolvidos, que já tiveram uma grande diminuição da incidência de câncer de colo uterino com a estratégia de screening por citologia (Papanicolau e/ou meio líquido), estão migrando para o screening mais refinado em sensibilidade, por teste HPV começando aos 25 anos, em média, e com intervalos de 3 a 10 anos. Países em desenvolvimento, por motivos econômicos e culturais, ainda têm sua metodologia de screening baseada na citologia. Esta, ainda que menos sensível, é capaz de modificar o panorama atual dessa doença, se conduzido de forma adequada.

SCREENING POPULACIONAL

Risco inicia-se a partir de 8 a 10 anos após o começo da vida sexual.
Idade de corte: 25 ou 30 anos (os programas variam entre essas duas idades).

Screening por:

- Citologia - Papanicolau ou Citologia oncótica em meio líquido
- Detecção de HPV
- Ambos concomitantes

TABELA 2: COMPARAÇÃO DOS MÉTODOS DE SCREENING POPULACIONAL DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

	Facilidades	Dificuldades	intervalo
Citologia cervico vaginal oncótica (Papanicolau)	• Cultural • Menor custo	• Variabilidade na qualidade da análise • Menor sensibilidade que detecção do HPV 9 a coleta de células pode não ser representativa do todo, ficando de fora áreas com lesões	2 exames no primeiro ano, seguido de bianual se ok
Citologia oncótica (em meio líquido)	• Maior custo em relação ao Papanicolau	• Menor variabilidade de análise • Possibilidade de testes moleculares sem nova coleta	
hrHPV (14 genotipos de alto risco)	• Maior sensibilidade • Possibilidade de auto coleta para grupos refratários	• Maior custo	A cada 3 ou 5 anos, se negativo
Co teste (citologia + HPV)	• praticidade	• Muito maior custo sem correspondente incremento de efetividade	

Fonte: Elaboração própria.

CÂNCER DE CÓLON E RETO

Epidemiologicamente, a maior parte das estatísticas adota o termo câncer colorretal (CCR) como aquele que acomete o cólon, a junção retossigmóide, o reto e o canal anal. No Brasil, o INCA adota esta metodologia e a utiliza nas estatísticas envolvendo incidência e mortalidade.

Trata-se de um câncer muito frequente no mundo. É o terceiro mais comum no Reino Unido, nos Estados Unidos^{5,6,7}. No Brasil, as estimativas de incidência para 2016 são de 16,84 casos novos a cada 100 mil homens e de 17,10 para cada 100 mil mulheres, com variações regionais importantes.

Em alguns países, observa-se um aumento de incidência enquanto em outros, sua diminuição. Esta diferença está relacionada, entre outros fatores, com a implementação de programas de screening de sucesso. No Brasil, segundo os dados do INCA, a incidência tem sido crescente.

A razão pela qual existe tanta influência do rastreamento sobre os desfechos está na história natural da doença. Cerca de 80% dos casos surgem em pólipos adenomatosos, cuja prevalência aumenta consideravelmente nas faixas etárias mais avançadas. Cerca de 10% dos pólipos adenomatosos maiores de 1 cm sofrem malignização, num período de 10 anos. Sua identificação e ressecção de fato previne a doença maligna potencial. Esse desenvolvimento lento da lesão é geralmente silencioso e pouco sintomático. Consequentemente, o diagnóstico é realizado em fases já avançadas da doença, com piora do prognóstico.

A doença no cólon atinge de forma semelhante ambos os sexos, mas o de reto é mais comum nos homens. São fatores de risco importantes: a idade (diretamente relacionado), a história familiar de CCR e CCR hereditário, história pessoal de adenomas e de doença inflamatória intestinais. Além disso, estilo de vida, alimentação, atividade física são fatores importantes na prevenção. O consumo de carne vermelha, bebidas alcoólicas e sedentarismo estão associados ao maior risco.

A avaliação de risco pessoal, onde esses e outros riscos são considerados segue outro protocolo, que não será tratado aqui pois não é um screening populacional de média de risco.

Assim, no caso do câncer colorretal, o objetivo do programa é identificar e tratar o CCR precocemente e, dependendo do método utilizado, suas lesões precursoras. Representa um bom exemplo de programa de screening populacional. É um importante problema de saúde pública; existem terapias efetivas contra a doença; a detecção e tratamento precoce das lesões precursoras ou do câncer em fase inicial levam à redução da prevalência e mortalidade pelo CCR. Além disso, possui teste screening não invasivo, alta sensibilidade e de baixo custo, que é a pesquisa de sangue oculto nas fezes.

É consenso, entre os diversos guidelines e programas, a idade de início do rastreio: aos 50 anos de idade. As diferenças ficam por conta da idade de sua interrupção, a escolha do teste a ser utilizado e sua frequência.

TESTES DE RASTREIO CCR:

- Pesquisa de sangue oculto nas fezes. Periodicidade anual ou bianual. É o método mais utilizado como screening populacional.
- Pelo método guáiac:
- Por imunoquímica⁸: apresenta menor percentual de falso positivos por ser específico para Hemoglobina humana e, portanto, não sofre interferência da dieta, o que o torna mais aceito. Não é sensível a hemorragias do trato gastrointestinal superior. É mais sensível que o método guáiac, sendo capaz de detectar 0,006 mg de Hb humana por grama de fezes (contra 0,3 do método guáiac). Por tudo isso apresenta menor percentual de falso positivo, o que tende a compensar seu custo pela diminuição de exames sequenciais desnecessários.

RETOSSIGMOIDOSCOPIA:

- Pode localizar lesões envolvendo o reto e o cólon descendente, sendo considerado um exame de complexidade intermediária. Pode também ser utilizado em associação com a pesquisa de sangue oculto nas fezes. Como método de rastreamento populacional, pode minimizar as limitações que cada um apresenta isoladamente. Periodicidade de 5 anos

COLONOSCOPIA:

- Método invasivo que permite o exame visual de todo o cólon e reto. É considerado o método mais sensível, mas também de maior complexidade, e custo mais elevado. Requer sedação e preparo adequado do intestino. É mandatório na continuidade de investigação para casos positivos de rastreio com sangue oculto nas fezes. Periodicidade de 10 anos.

- Certamente um teste de triagem que é capaz de prevenir o CCR (colonoscopia) é o mais desejável mas, de fato, o teste de triagem ideal é aquele que melhor puder ser efetivamente implementado e isso depende de um conjunto de fatores: garantia de acesso, capilaridade populacional, aplicabilidade e reprodutibilidade, custo sustentável e preferência dos pacientes.

SCREENING DE CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama (CM) é o tipo de câncer não cutâneo mais comum e a segunda causa de morte por câncer entre mulheres em todo o mundo, mantendo-se como um problema e um desafio em saúde pública. Apesar de todos os avanços terapêuticos baseados em diagnóstico molecular tumoral, a principal estratégia para a melhoria do desfecho continua sendo o diagnóstico precoce, em fases iniciais do câncer.

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou mais de 57.960 novos casos em 2014 e a taxas de mortalidade continuam elevadas⁹. O screening de câncer de mama tem como objetivo o diagnóstico precoce da doença, melhorando os desfechos de mortalidade. Diversos estudos têm demonstrado que a mamografia está associada à diminuição da mortalidade por câncer de mama. Entretanto, controvérsias e questionamentos sobre os riscos do rastreamento mamográfico e a idade ideal de corte nos screenings populacionais são crescentes.

A implementação de programas efetivos de rastreamento, com cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado, reduziu a mortalidade por câncer de mama em 30% nos EUA e 36% na Suécia¹⁰.

As evidências do impacto do rastreamento na mortalidade por essa neoplasia justificam sua recomendação pela Organização Mundial da Saúde¹¹. Em contrapartida, o rastreamento mamográfico também está associado ao risco de resultados falso-positivos, overdiagnosis e tratamentos desnecessários. Estima-se que entre 2 e 2,5 vidas são salvas para cada caso de overdiagnosis¹².

Como dito, um importante tópico envolvendo as discussões sobre rastreamento é a idade ideal para iniciá-lo. Embora haja consenso estabelecido de que o rastreio mamográfico seja eficiente para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, a sua eficácia para mulheres com idade entre 40 e 49 anos ainda é questionada. Poucos estudos têm focado a triagem na faixa etária entre 40-49 anos. Em alguns, o resultado é favorável ao início do rastreamento aos 40 anos e em outros, não. É possível que isso esteja relacionado com a epidemiologia genética da população estudada. Não existe esse tipo de estudo no Brasil.

Importante observar que em mulheres jovens a multiplicação das células tumorais ocorre mais rapidamente, em função de características próprias do tumor nessa faixa etária. É necessário garantir método diagnóstico precoce nesse grupo de pacientes no qual a mamografia tem menor sensibilidade.

TABELA 3: RECOMENDAÇÕES PARA RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO

Organização e ano de recomendação	Recomendação
Norwegian Breast Cancer Screening Program (Noruega), 2010	Mamografia a cada 2 anos para mulheres com idade de 47 a 73 anos
US Preventive Services Task Force (Estados Unidos), 2009	Mamografia a cada 2 anos para mulheres com idade 50 a 74 anos
United Kingdom National Health Service Breast Screening Program (Reino Unido), 2010	Mamografia a cada 3 anos para mulheres com idade de 47 a 73 anos
Canadian Task Force on Preventive Health Care (Canadá) 2011	Mamografia de rotina para mulheres com idade de 50 a 74 anos
National Cancer Institute (Estados Unidos), 2012	Mamografia a cada 1 ou 2 anos para mulheres com idade > 40 anos
BreastScreen Australia Program (Austrália), 1996	Mamografia a cada 2 anos para mulheres com idade de 50 a 69 anos
American Cancer Society (Estados Unidos), 2013	Mamografia anual iniciada aos 40 anos de idade
SBM, CBR, FEBRASGO (Brasil), 2012	Mamografia anual entre 40 e 69 anos de idade
National Centre for Screening Monitoring (Itália), 2005	Mamografia a cada 2 anos para mulheres com idade de 50 a 69 anos

Fonte: Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM); Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR); Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria.

REFERÊNCIAS

- ¹ KOUTSKY, L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. **American Journal of Medicine**. 102(5A):3-8, 1997.
- ² WINER, Rachel L. et al. Development and duration of human papillomavirus lesions, after initial infection. **Journal of Infectious Diseases**, v. 191, n. 5, p. 731-738, 2005.
- ³ HOLOWATY, Philippa et al. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 91, n. 3, p. 252-258, 1999.
- ⁴ NOBBENHUIS, Mariëlle AE et al. Cytological regression and clearance of high-risk human papillomavirus in women with an abnormal cervical smear. **The Lancet**, v. 358, n. 9295, p. 1782-1783, 2001.
- ⁵ HEWITSON, Paul; WOODROW, Chris; AUSTOKER, Joan. **Evidence summary: patient information for the NHS bowel cancer screening programme**. NHS Cancer Screening Programmes, 2008.
- ⁶ NATIONAL HEALTH SYSTEM. NHS. **NHS Cancer Screening Programmes**. NHS Bowel Cancer Screening Programme, 2009.
- ⁷ AMERICAN CANCER SOCIETY. ACS. **Colorectal Cancer Facts & Figures 2011-2013**. Atlanta: ACS, 2013.
- ⁸ CASTIGLIONE, Guido et al. Screening for colorectal cancer by faecal occult blood test: comparison of immunochemical tests. **Journal of Medical Screening**, v. 7, n. 1, p. 35-37, 2000.
- ⁹ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- ¹⁰ PETO, Richard et al. UK and USA breast cancer deaths down 25% in year 2000 at ages 20-69 years. **Lancet**, v. 355, n. 9217, p. 1822, 2000.
- ¹¹ STEWART, Bernard W.; WILD, C. P. **World Cancer Report 2014**. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization, v. 505, 2014.
- ¹² LEE, Warwick; PETERS, Gudrun. Mammographic screening for breast cancer: A review. **Journal of Medical Radiation Sciences**, v. 60, n. 1, p. 35-39, 2013.

CAPÍTULO 4 – DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

O DIAGNÓSTICO DO CÂNCER COMO PORTA DE ENTRADA NO SISTEMA DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Beatriz Hornburg, Victor Piana de Andrade, Rubens Chojniak e Rosemary Nascimento

Quando o assunto é oncologia, o prognóstico ou plano terapêutico só pode ser discutido após a emissão do diagnóstico, contendo o órgão de origem, o tipo do tumor e seu estadiamento. Outras muitas informações podem ser necessárias para a definição detalhada do tratamento em cada situação. Assim, o laudo anatomopatológico, no caso dos tumores sólidos, ou o laudo da medicina laboratorial no caso das leucemias, é o ponto para onde convergem diversas ações, desde uma suspeita de neoplasia, e a partir do qual partem outras diversas ações no cuidado com o paciente.

Uma vez que o paciente entrou no cuidado oncológico a qualquer momento do seu seguimento clínico, após o tratamento de primeira linha, ele poderá retornar à condição de suspeito para neoplasia e precisar de novo esforço diagnóstico similar àquele original com nova investigação clínica, por imagem ou endoscopia, que leve à biópsia e novo diagnóstico anatomopatológico.

Da mesma maneira, é crescente a proporção de cânceres detectados através de exames de imagem para rastreamento e também como achado incidental de exames de imagem realizados por outras indicações não relacionadas. Desta forma, muitas das suspeitas de câncer são hoje entidades exclusivamente radiológicas. Eventualmente, diante das evidências clínicas e de imagem, um diagnóstico inicial de um tumor ou sua recorrência pode ser firmado pelos achados de imagem sem a necessidade da comprovação histológica (exemplo: o diagnóstico inicial de hepatocarcinoma em estágio avançado e algumas metástases sistêmicas), balanceados os riscos de abordagem invasiva e a acurácia do método de imagem em cada caso. A interpretação correta de um exame de imagem pode poupar investigações adicionais e intervenções desnecessárias em alterações de características típicas e seguramente benignas ou garantir a continuidade da investigação de lesões sutis com características sugestivas de malignidade agressiva. Exames de imagem podem ainda ser utilizados como forma de monitorar alterações com baixa suspeita para malignidade ou cânceres de baixo potencial agressivo nas estratégias de seguimento ou vigilância ativa adotadas em determinados contextos clínicos.

A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO MULTIDISCIPLINAR NO DIAGNÓSTICO

O laudo anatomopatológico é um exame baseado em análise interpretativa e subjetiva do profissional médico patologista e, portanto, ato médico que necessita de informes clínicos, laboratoriais, estudos de imagem ou endoscópicos para sua correta interpretação, em especial com a evolução dos métodos de investigação que oferecem ao patologista amostras cada vez menores, desprovidas de aspectos macroscópicos relevantes. É papel dos patologistas reunir todas as informações do caso para elaborar um diagnóstico objetivo contendo todas as informações necessárias à elaboração do plano terapêutico.

Portanto, aproximar dos patologistas todos os demais profissionais médicos envolvidos com as etapas pregressas à elaboração do laudo anatomopatológico é uma condição absolutamente necessária para a qualidade do cuidado ao paciente. Podem ser incluídos nesta lista desde o médico que detém a história clínica do indivíduo e suas hipóteses, o radiologista, o endoscopista, o cirurgião ou outros que detenham os aspectos topográficos e macroscópicos das lesões suspeitas. Em resumo, o plano terapêutico depende de um conjunto de informações bem definidas e que não estão todas de posse de um único especialista. Os profissionais envolvidos com essas etapas precisam ser capazes de articulação que beneficie o paciente.

OBTENÇÃO DA AMOSTRA DIAGNÓSTICA

Sem amostra não há diagnóstico e sem uma amostra representativa também não há diagnóstico.

A obtenção da amostra depende de uma gama variada de fatores: desde o método de sua obtenção, conservação e transporte até chegar às mãos do médico patologista.

Segundo a Resolução Normativa RN nº 2074 de julho de 2014, a responsabilidade sobre os cuidados com a amostra, até que chegue ao Laboratório de Patologia de forma adequada, é do responsável pela coleta. Isto se aplica, porque, geralmente, um determinado serviço de patologia atende a vários outros serviços de saúde. Torna-se inviável e improdutivo, portanto, fiscalizar pessoalmente todos ao mesmo tempo, visto que a conservação das amostras é relativamente simples, necessitando apenas de alguns cuidados, já bem conhecidos dos profissionais que lidam com a obtenção das amostras, como médicos cirurgiões ou clínicos e seu pessoal de apoio.

Outro aspecto crucial é a performance clínica do paciente, ou seja, se o paciente está, pelo menos, em condições mínimas de ser submetido ao estresse de uma operação para retirada da amostra e qual o tamanho da operação que consegue suportar. É fundamental, portanto, a participação do diagnóstico por imagem no conceito de cuidado integral e multidisciplinar do câncer. Desde o estabelecimento das condições técnicas e humanas para a condução apropriada e segura dos exames, no estabelecimento de protocolos de investigação imaginológica das neoplasias, na incorporação racional de novas tecnologias de diagnóstico por imagem e na interpretação dos achados de exames.

Quando um achado de imagem é considerado suspeito ou mesmo diagnóstico para uma neoplasia maligna, a biópsia por agulha dirigida por métodos de imagem se constitui hoje numa das formas mais utilizadas de obtenção de diagnóstico histopatológico, agilizando e reduzindo a morbidade associada a biópsias mais invasivas. A disponibilidade de procedimentos de biópsia dirigida permite decisões rápidas e seguras, sendo fundamental para o conceito de medicina minimamente invasiva focada no paciente.

Considerados todos os aspectos que podem influenciar a obtenção da amostra, esta pode ocorrer de várias formas, como a seguir:

- Secreções: quando há drenagem espontânea de substâncias não esperadas para o local, a idade ou ciclo hormonal do paciente, por exemplo, a secreção sanguinolenta da papila mamária de uma paciente de 55 anos;
- Fluidos corporais: quando são analisadas amostras de fluidos corporais de excreção normal, como a urina, para pesquisa de células cancerosas, que podem advir de tumores do trato urinário (rins, ureteres, bexiga e uretra); ou de derrames pleurais, peritoneais ou pericárdicos anormais, que podem ser drenados cirurgicamente;
- Raspados: como o do colo uterino para o preventivo do câncer deste órgão, que por vezes pode também detectar câncer do endométrio;
- Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): método em que é usada uma agulha comum de injeção para aspiração de material de lesões de órgãos superficiais como tireoide, linfonodos, mamas, pele e tecido subcutâneo, entre outros. Podem ser guiadas por métodos de imagem, como ultrassonografia e tomografia computadorizada;
- Biópsias: retirada de pequenos fragmentos de tecido de lesões, podendo ser superficiais ou profundas e guiadas por métodos de imagem, como ultrassonografia, tomografia computadorizada, em endoscopias e outros;
- Operações: de grande ou pequeno porte, com ou sem retirada do(s) órgão(s) acometido(s) pela neoplasia, com métodos fechados, como por videolaparoscopia, ou abertos.

Cada um desses métodos, os quais são os mais comumente utilizados na obtenção das amostras, tem sua particularidade, envolve determinado risco ao paciente e são escolhidos pelo médico assistente em conjunto com o paciente, de acordo com vários fatores.

Os espécimes recebidos nos laboratórios de patologia para o diagnóstico oncológico são:

- Espécimes cirúrgicos (biópsia incisional ou excisional)
- Biópsia por punch
- Biópsia endoscópica/colonoscópica
- Biópsia por agulha grossa guiada por ultra-som ou tomografia
- Citologia aspirativa de órgãos superficiais e profundos obtidas através de biópsias por agulha fina guiadas pela palpação, pelo ultrassom, por ecoendoscopia ou broncoscopia
- Citologia exfoliativa de superfícies mucosas e cavidades
- Sangue para pesquisa de mutações germinativas ou DNA tumoral circulante (biópsia líquida).

Entre estes, o estado geral do paciente, a manifestação clínica da neoplasia, a extensão da lesão a um ou mais órgãos, se em sítio superficial ou profundo, tudo isto em correlação com estudos de imagem e demais exames complementares.

A dependência do patologista de informações complementares aumenta sempre que as amostras diminuem de volume ou representatividade do órgão investigado, sendo absolutamente crítica nos espécimes citológicos

Se a interação física para troca de informações não é possível na maioria dos prestadores de serviços para a saúde suplementar devido à fragmentação do sistema atual, é necessário buscar soluções que coloquem um conteúdo informativo mínimo a serviço de todos os que dependem disto para exercer suas especialidades com qualidade. Unidades de cuidado terciário deveriam apresentar maior integração das equipes, com possibilidades de reuniões multidisciplinares para diagnóstico e elaboração de plano terapêutico multidisciplinar e, por isto, poderiam exibir maior agilidade e qualidade no cuidado do paciente.

O desafio de integrar especialidades que cuidam de um mesmo paciente, mas que estão fisicamente distantes, pode ser vencido por um sistema de troca de informações onde cada profissional insira aquelas mais relevantes para os demais envolvidos e que possa também acompanhar os desfechos dos casos onde esteve envolvido em alguma etapa. Desnecessário dizer que o sigilo dos pacientes deve ser preservado. Na inviabilidade deste sistema de informações mínimas compartilhadas existir como ferramenta virtual, os participantes do cuidado do paciente, na etapa diagnóstica, deveriam se organizar para criar formulários de informações mínimas a serem transferidas entre profissionais, de forma a garantir a qualidade do cuidado ao paciente e o diagnóstico completo e útil ao plano terapêutico.

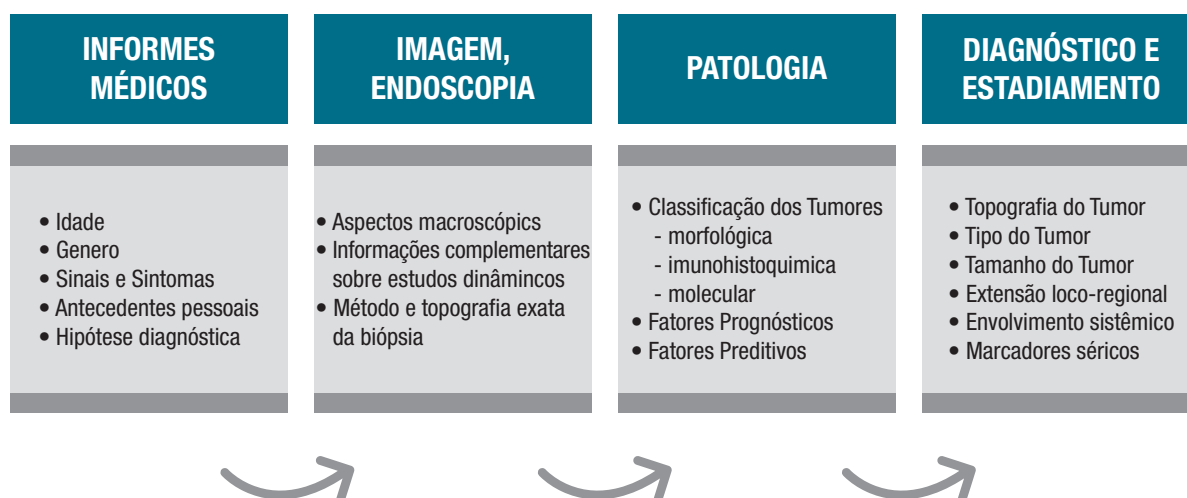
O laudo do diagnóstico e as informações sobre o estadiamento devem ser encaminhados ao médico solicitante e/ou ao Assistente do Cuidado do paciente na sua jornada de cuidado oncológico integrado para garantir a segurança do paciente e a elaboração do plano terapêutico. É responsabilidade dos envolvidos no diagnóstico certificar que os laudos positivos para malignidade foram recebidos por aqueles com capacidade para encaminhar o cuidado do paciente.

O diagnóstico anatomopatológico, elemento fundamental para a identificação do paciente oncológico e elaboração do plano terapêutico, é emitido por um patologista, mas é composto por informações advindas de todos os profissionais envolvidos com o paciente desde a suspeita clínica e faz sentido tratar a etapa diagnóstica como uma tarefa multidisciplinar que depende intrinsecamente da integração dos profissionais.

Da mesma forma, os laudos da patologia clínica e da radiologia também precisam dessa composição de informações para o melhor manejo do paciente.

Assim o **LAUDO INTEGRADO** é um dos instrumentos que podem ajudar a organizar melhor o cuidado do paciente oncológico

FIGURA 1: PROCESSO DIAGNÓSTICO MULTIDISCIPLINAR INTEGRADO PARA PRODUÇÃO DOS ELEMENTOS NECESSÁRIOS À ELABORAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO



Fonte: Elaboração própria.

PROPOSTA DE REGISTRO DE TUMORES DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

É importante a criação de um Registro de Tumores do Sistema de Saúde Suplementar que nos auxilie na uniformização da linguagem, na mensuração dos índices de sucesso de cada proposta diagnóstica e terapêutica e na gestão dos recursos deste sistema.

Os patologistas representam uma comunidade pequena dentro do cenário médico nacional que concentram uma fase fundamental do cuidado do paciente oncológico e podem contribuir muito para a criação de um registro nacional de tumores da saúde suplementar, por representar a etapa de identificação de um novo caso oncológico. A partir da identificação da topografia, tipo do tumor e estadiamento patológico, informações complementares necessárias para um registro útil poderiam ser adicionadas pelos clínicos, radiologistas ou cirurgiões quanto ao estadiamento; pelos cirurgiões, oncologistas clínicos e radioncologistas quanto ao plano terapêutico e terapias de fato executadas e desfechos clínicos.

Um Registro de Tumores do Sistema de Saúde Suplementar, deve conter informações estruturadas mínimas que nos permitam avaliar a qualidade das etapas do diagnóstico e tratamento, bem como mensurar seus efeitos a longo prazo.

A seguir, a proposta de dados mínimos para composição deste Registro:

- Gênero
- Data de Nascimento
- Performance Status no diagnóstico
- Diagnóstico
 - Código dos prestadores envolvidos no diagnóstico
 - Data do diagnóstico da neoplasia
 - Tipo da amostra
 - Topografia do tumor
 - Tipo do Tumor
 - Tamanho do Tumor
 - Estadiamento clínico/patológico (T, N, M)
- Tratamento realizado
 - Código dos prestadores envolvidos no tratamento
 - Data do primeiro tratamento
 - Cirurgia: conservadora ou radical
 - Quimioterapia convencional: esquema
 - Hormonioterapia: esquema e dose
 - Terapia-alvo: esquema e dose
 - Radioterapia: esquema e dose
- Seguimento
 - Data da última informação
 - Data da 1ª recorrência
 - Código dos prestadores envolvidos no cuidado paliativo
 - Data do suporte paliativo exclusivo
 - Data do óbito

Dentro do processo de elaboração do diagnóstico oncológico há uma grande heterogeneidade entre os casos. Há doenças com diagnóstico baseado puramente em aspectos morfológicos microscópicos, outros que dependem de estreita correlação com achados complementares, como no caso dos tumores ósseos que um mesmo

aspecto histológico pode representar neoplasias benignas ou malignas a depender do aspecto radiológico, até outras doenças que entre os critérios vigentes internacionais utilizam a caracterização molecular para a classificação final dos tumores.

O avanço no entendimento das neoplasias tem aumentado a complexidade das classificações das doenças na tentativa de oferecer aos pacientes informações mais detalhadas sobre o prognóstico e sobre as modalidades terapêuticas mais eficazes em cada caso. Com isso aumenta constantemente o volume de informações que os patologistas são exigidos a fornecer nos seus laudos anatomopatológicos. Exemplo: um tumor de mama diagnosticado há 30 anos tinha seu tratamento definido com um laudo que informasse apenas a natureza maligna da lesão: carcinoma ductal invasor. Hoje, os patologistas ao diagnosticar um câncer de mama por biópsia precisam informar, além da natureza maligna, o tipo do tumor, o grau histológico, a invasão vascular, o status dos receptores hormonais por imuno-histoquímica e HER2 por imuno-histoquímica ou hibridação in situ e o índice proliferativo. Novas variáveis estão a caminho, como a intensidade e tipo do infiltrado inflamatório. Estas variáveis, junto com outras tantas variáveis clínicas e do estadiamento, são necessárias para a elaboração do plano terapêutico.

Em diversos outros cenários a situação se repete, como testes moleculares para adenocarcinomas de pulmão e colorretal. Não se trata apenas de executar estes testes adicionais como uma opção, mas sim, configura-se má prática não os oferecer. Portanto, cabe ao patologista entender as demandas em cada subespecialidade e exercer sua especialidade conforme a ciência determina, compondo o diagnóstico anatomopatológico através da somatória de métodos necessários a cada caso. É prerrogativa e obrigação do patologista, à luz do diagnóstico morfológico, determinar qual teste complementar deve ser aplicado para permitir a elaboração do melhor plano terapêutico em cada caso e o relacionamento com outros profissionais ou operadoras de saúde deve fornecer os elementos facilitadores para que o patologista ofereça o conjunto de suas análises de forma completa e no tempo adequado. Esses conceitos pressupõem que qualidade, custo-efetiva e resolubilidade sejam conceitos correntes nos laboratórios de patologia e que testes reflexos possam ser aplicados nas amostras, sempre dentro da observância dos consensos das respectivas especialidades. Os mesmos conceitos se aplicam aos métodos por imagem que podem depender da complementação entre métodos para uma avaliação completa e útil ao processo diagnóstico.

O diagnóstico anatomopatológico evoluiu à luz das demandas da oncologia e hoje, além da morfologia, o patologista precisa utilizar métodos complementares como imuno-histoquímica, pesquisa de mutações genéticas ou agentes virais; sem eles, o plano terapêutico não pode ser determinado

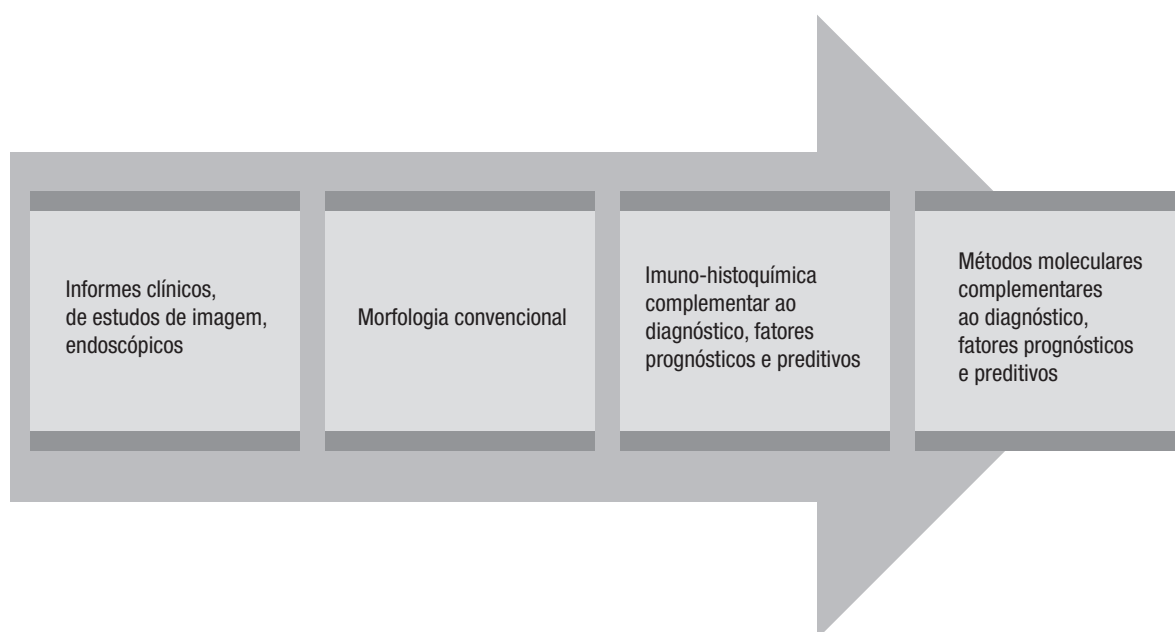
São hoje métodos do laboratório de patologia considerados fundamentais para a decisão terapêutica em pelo menos alguma das subespecialidades da oncologia:

- Métodos morfológicos: histologia e citologia, incluindo colorações histoquímicas específicas
- Imunohistoquímica para pesquisa de sítio primário, classificação de neoplasias, pesquisa de fatores prognósticos e preditivos de resposta terapêutica
- Hibridação in situ - fluorescente (FISH) ou cromogênica (CISH) - para pesquisa de amplificações ou translocações gênicas, ou agentes infecciosos causadores de neoplasias e com implicações terapêuticas
- Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) para pesquisa de alterações genômicas específicas com implicações terapêuticas
- Sequenciamento (piro-sequenciamento, sequenciamento Sanger ou sequenciamento de nova geração) para pesquisa de mutações individuais ou grupos de mutações, bem como investigação de síndromes hereditárias com predisposição ao câncer

A lista acima está colocada em ordem decrescente de aplicação na rotina do diagnóstico oncológico, mas os métodos de sequenciamento vêm ganhando espaço pelas vantagens operacionais e de custo. Obviamente, nem todo laboratório detém todas estas metodologias e não há problema que um laboratório credenciado para

o exercício da patologia em oncologia não ofereça em suas instalações um ou mais destes métodos, mas para o benefício e segurança do paciente, todos os laboratórios precisam organizar uma rede de relacionamento capaz de oferecer a solução completa e não deixar o paciente com parte faltante do seu diagnóstico, sem que este saiba exatamente o que fazer, a quem procurar e onde prosseguir sua investigação. O paciente deve ser informado da necessidade dos exames complementares, da rede laboratorial envolvida no seu diagnóstico e da eventual saída de materiais biológicos para realização de testes fora das dependências onde originalmente foi entregue a amostra.

FIGURA 2: PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO COMPLETO ADEQUADO À DECISÃO TERAPÊUTICA.



Fonte: Elaboração própria.

ESTADIAMENTO

Para a maioria das neoplasias malignas exames de imagem estão envolvidos na avaliação de extensão loco regional e sistêmica da doença. A interpretação desses exames permite melhor estratificação prognóstica, escolha terapêutica e monitoramento da evolução da doença durante e após o tratamento. Na prática, a utilização das ferramentas adequadas de diagnóstico por imagem neste momento tem impacto na definição de chance de benefício de intervenções cirúrgicas e clínicas em cada indivíduo sendo parte fundamental do conceito de oncologia personalizada.

Após o estadiamento inicial, exames de imagem periódicos realizados durante tratamentos não cirúrgicos renovam a avaliação da carga tumoral auxiliando na definição de resposta terapêutica, e na decisão pela continuidade ou interrupção do tratamento. Os protocolos clínicos conduzidos para a avaliação de novas terapias sistêmicas utilizam normalmente critérios objetivos de resposta terapêutica que se apoiam em informações obtidas em exames de imagem. Nesse contexto, o papel do radiologista se torna importante para a condução padronizada dos exames e na interpretação da resposta terapêutica de acordo com os protocolos específicos definidos pelo estudo.

Mais recentemente, novas terapias sistêmicas com diferentes mecanismos de ação têm sido empregadas e diferentes biomarcadores funcionais de imagem e padrões de resposta terapêutica radiológica têm sido

propostos. Dessa forma, para diferentes neoplasias e tratamentos podemos utilizar formas diferentes de avaliação radiológica de atividade da doença. O radiologista pode auxiliar a equipe oncológica multidisciplinar na escolha, na incorporação e na tradução das informações de novos biomarcadores e de novos critérios radiológicos de resposta terapêutica.

PADRONIZAÇÃO E QUALIDADE

Sendo o laudo anatomopatológico o objeto sob o qual se planeja todo o tratamento oncológico, a responsabilidade depositada sobre ele e aquele que o elabora é grande.

Para que haja uniformidade no entendimento do laudo anatomopatológico e que este seja o mais completo possível, é recomendável que haja uma padronização na sua elaboração, no que tange ao paciente oncológico, utilizando-se o laudo sinóptico ou laudo estruturado. Esse tipo de laudo deve conter todas as informações pertinentes a uma determinada neoplasia. A Sociedade Brasileira de Patologia (SBP), com o Manual de Padronização de Laudos Histopatológicos, e o Colégio de Patologistas Americanos (College of American Pathologists - CAP), com os Protocolos de Câncer (Cancer Protocols: http://www.cap.org/web/oracle/webcenter/portalapp/pagehierarchy/cancer_protocol_templates.jsp?_adf.ctrl-state=k2pdp4lik_4&_afLoop=25217500348874#!) trouxe diretrizes para a elaboração desses laudos, conforme o órgão e o tipo de neoplasia.

Preparar os laudos de neoplasias baseados nesses documentos que são rotineiramente atualizados quanto às variáveis de relevância para o tratamento garante que o patologista informe em seus laudos todo o conteúdo necessário. Além disso, quanto maior a uniformidade de informações em relação às neoplasias, melhor o entendimento do seu comportamento, tornando o cuidado do paciente dentro da rede mais efetivo.

É necessário que esses profissionais atuem sobre as melhores práticas, dentro de premissas que visem garantir a qualidade do serviço prestado. Qualidade na prática laboratorial inclui não somente a comprovação da expertise técnica por meio de programas de proficiência como também a demonstração da adequação dos processos e fluxos do laboratório que garantam a identificação correta dos espécimes, o exercício dentro da legislação, em área física adequada, com profissionais capacitados e reagentes dentro dos padrões de qualidade, para que o objeto final atinja seus objetivos e não leve a decisões terapêuticas inadequadas e desfechos clínicos subótimos.

A acreditação e o monitoramento de qualidade junto a programas de avaliação de qualidade credenciados na Agência Nacional de Saúde são desejáveis por observar os pré-requisitos mínimos de qualidade para o funcionamento laboratorial

A segunda opinião em oncologia, incluída aí a revisão de lâminas ou revisão de exames de imagem, é um procedimento padrão que visa a segurança do paciente e deve ser incentivada. O patologista e o radiologista são parte da equipe multiprofissional que decide o tratamento dos pacientes, melhor demonstrado nas suas participações em Tumor Boards nos centros especializados no tratamento do câncer, seja no exterior ou no Brasil. Dentro desse conceito, o grupo de cirurgiões, oncologistas clínicos e radioncologistas envolvidos diretamente na execução do plano terapêutico elaborado devem basear suas decisões na opinião dos profissionais com os quais trabalham diretamente. Em instituições terciárias, onde pacientes chegam para o tratamento com diagnósticos realizados em diferentes centros diagnósticos, muitas vezes sem a integração descrita anteriormente, a revisão dos exames diagnósticos é fundamental, e impacta significativamente as condutas em mais de 10% dos casos⁵. Considerando a gravidade dos diagnósticos, os efeitos colaterais de tratamentos inadequados e os custos envolvidos, a revisão de lâminas e imagens é considerada boa prática com benefícios objetivos ao paciente. O laboratório que pratica a revisão de lâmina tem por recomendação informar o laboratório de origem a sua opinião sobre o caso para registro e discussão quando pertinente.

Os elementos de qualidade mais objetivos que podem ser mensurados para o acompanhamento dos prestadores de serviço em patologia são:

- Tempo para liberação dos resultados
- Percentagem de casos de lesões escamosas indeterminados (ASC)/positivos para lesões escamosas intraepiteliais (SIL)
- Percentagem de casos positivos para lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) confirmados à biópsia
- Percentagem de diagnósticos benignos e malignos em espécimes de biópsia confirmados nos espécimes cirúrgicos
- Percentagem de revisões de lâmina que se confirmam malignos ou benignos
- Percentagem de casos malignos com uso de imuno-histoquímica
- Percentagem de casos malignos com uso de testes moleculares

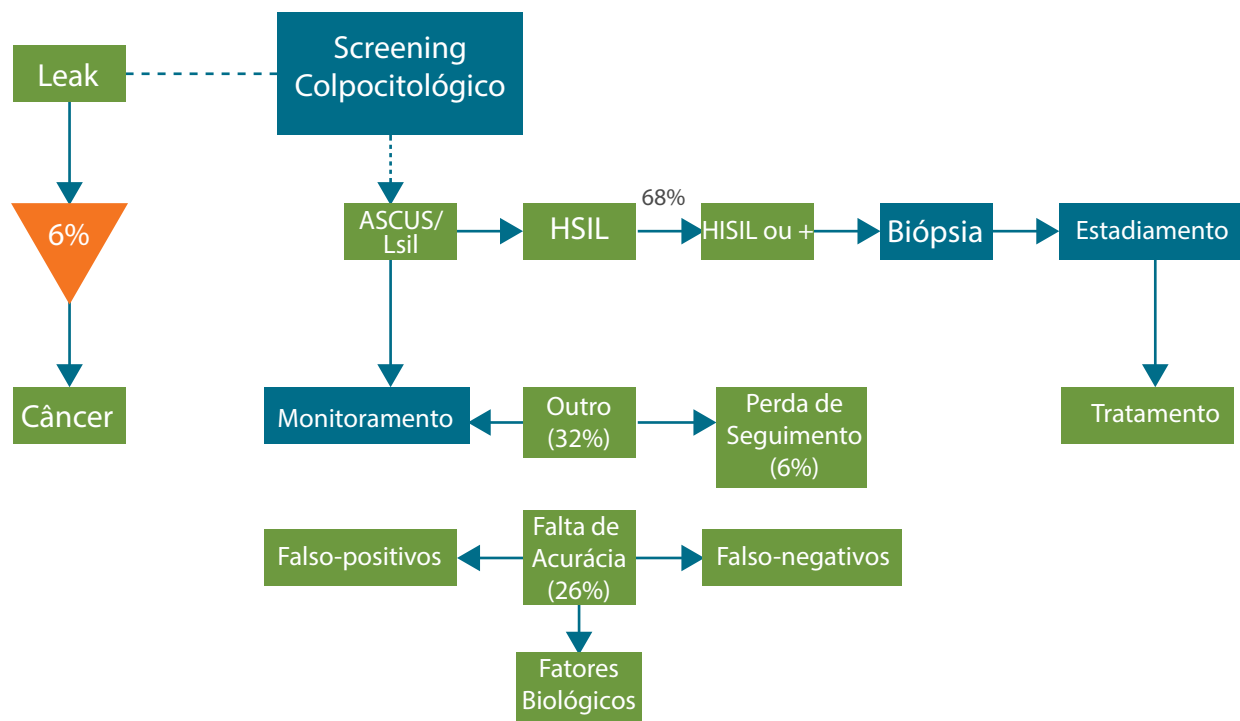
A análise do espécime cirúrgico é parte muito importante do cuidado do paciente por fornecer dados adicionais e contribuir para o controle da qualidade diagnóstica. É necessário criar mecanismos de troca de informações entre os prestadores de serviço envolvidos com o diagnóstico, sejam eles patologistas, radiologistas, endoscopistas, etc e aqueles detentores das informações contidas nos espécimes cirúrgicos. O mesmo rigor deve ser seguido pelos patologistas para utilizar as classificações e os laudos estruturados recomendados pelos consensos de especialidades ou sociedades de especialidade (Sociedade Brasileira de Patologia, Sociedade Brasileira de Citopatologia e Colégio Americano de Patologistas, por exemplo). Essa estruturação e a uniformização do vocabulário vão sistematizar a informação e garantir o cuidado ao paciente e a qualidade do registro de tumores.

Os programas brasileiros de prevenção ao câncer de colo uterino e mama são exemplos práticos e, embora o câncer de mama ainda seja a maior causa de morte por neoplasia entre as mulheres, o sistema de prevenção diminuiu consideravelmente as mortes por câncer do colo uterino. Entretanto, apesar de ter as informações relativas à suspeita e diagnóstico, muitas pacientes não têm tido acesso aos meios de tratamento de suas lesões ou, mesmo, são monitoradas depois que recebem seus diagnósticos.

Os serviços de Patologia e Citopatologia detêm as informações sobre esses pacientes que poderiam contribuir para um sistema de busca ativa de pacientes para screening, entretanto percalços nos sistemas de informação e de informática podem dificultar o monitoramento dessas informações de forma a gerar uma busca ativa dessas pacientes.

Considerando o fluxo de pacientes sob screening colpocitológico, sistema já plenamente estabelecido no Brasil, de acordo com diretrizes do Instituto Nacional de Câncer (INCA), estima-se uma perda considerável de pacientes, mesmo aquelas com suspeita de neoplasia ou diagnóstico colpocitológico positivo para lesão intraepitelial ou neoplasia invasora. O fluxograma a seguir mostra os passos do sistema.

FIGURA 3: FLUXOGRAMA DE PACIENTES SOB SCREENING COLPOCITOLÓGICO – DIRETRIZES DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA/MS) - BRASIL



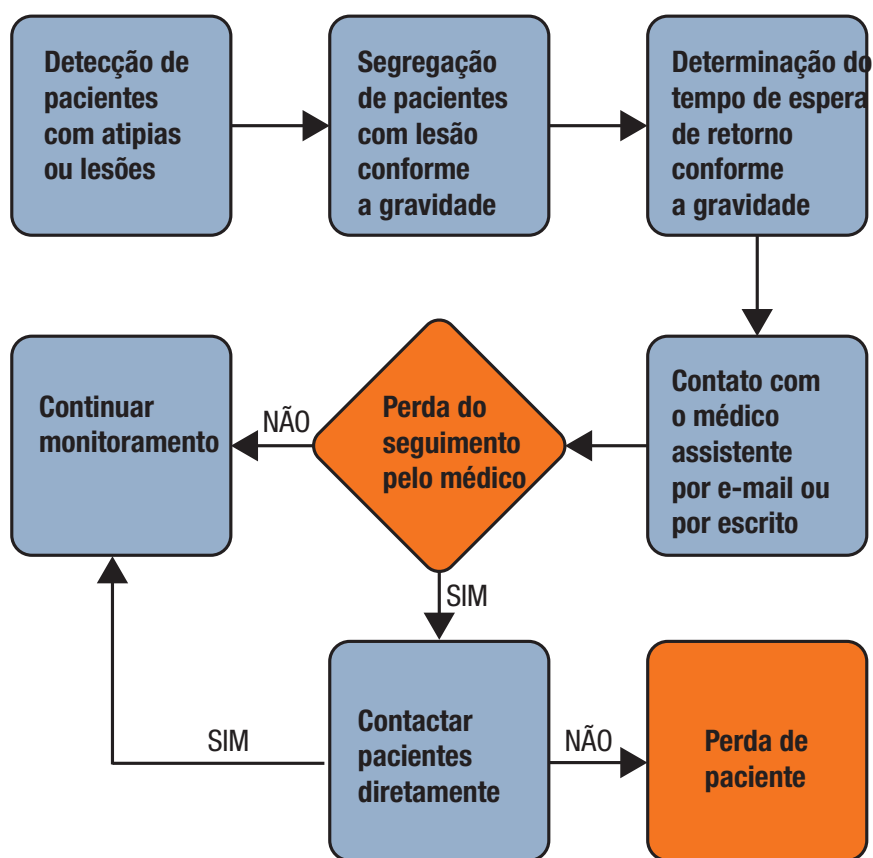
Fonte: adaptado das diretrizes preconizadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS)

Além da perda de seguimento de pacientes com suspeita ou diagnóstico, há aproximadamente 6% de pacientes em faixa etária ou grupo de risco críticos que não passam pelo screening e se apresentam já com neoplasia invasiva aos serviços de saúde. Há ainda, fatores inerentes ao método, como amostragem pouco ou não representativa da lesão, fatores biológicos e fatores humanos, que influenciam a interpretação morfológica dos esfregaços, podendo resultar em falso-positivos e falso-negativos. Portanto, duas vertentes devem ser abordadas para que um maior número de pacientes tenham acesso aos serviços de saúde em fase curativa da neoplasia do colo uterino: controle de qualidade dos exames colposcópicos, no sentido de aumentar a acurácia diminuindo os fatores que, embora inerentes ao método, dificultam o sucesso do tratamento; e a busca ativa de pacientes que tenham a suspeita ou o diagnóstico de neoplasia pelo screening, ou mesmo por biópsias, se considerarmos outras neoplasias, para que continuem o processo de diagnóstico, estadiamento, tratamento e monitoramento pós-tratamento.

Essas medidas acabam por desonerar, em médio e longo prazos, os serviços de saúde, uma vez que detecção precoce aumenta consideravelmente as chances de cura de uma neoplasia, além de os procedimentos serem menos invasivos, o tempo de internação ser menor e a volta do paciente à vida produtiva, mais rápida e prolongada.

Para todos os tipos de câncer, após a detecção dos casos de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas, passados os prazos de espera para entrada de exames ou dados de monitoramento subsequentes no serviço, sugere-se envio de alerta ao médico assistente para que entre em contato com a paciente solicitando retorno ao sistema, de modo a prosseguir com os próximos passos de investigação e / ou tratamento. Tais alertas devem ser registrados.

FIGURA 4: FLUXOGRAMA DA BUSCA ATIVA PARA SCREENING EM COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA



Fonte: Elaboração própria.

PARA ALÉM DA BUSCA ATIVA PARA SCREENING E DIAGNÓSTICO PRECOCE: A GARANTIA DO CONHECIMENTO DO RESULTADO ALTERADO OU SUSPEITO, ATRAVÉS DE BUSCA ATIVA

A instauração de um serviço de busca ativa, para garantir o conhecimento do resultado dos exames alterados, pode ser uma das ferramentas importantes de monitoramento de pacientes portadores de câncer e de organização da rede de cuidados.

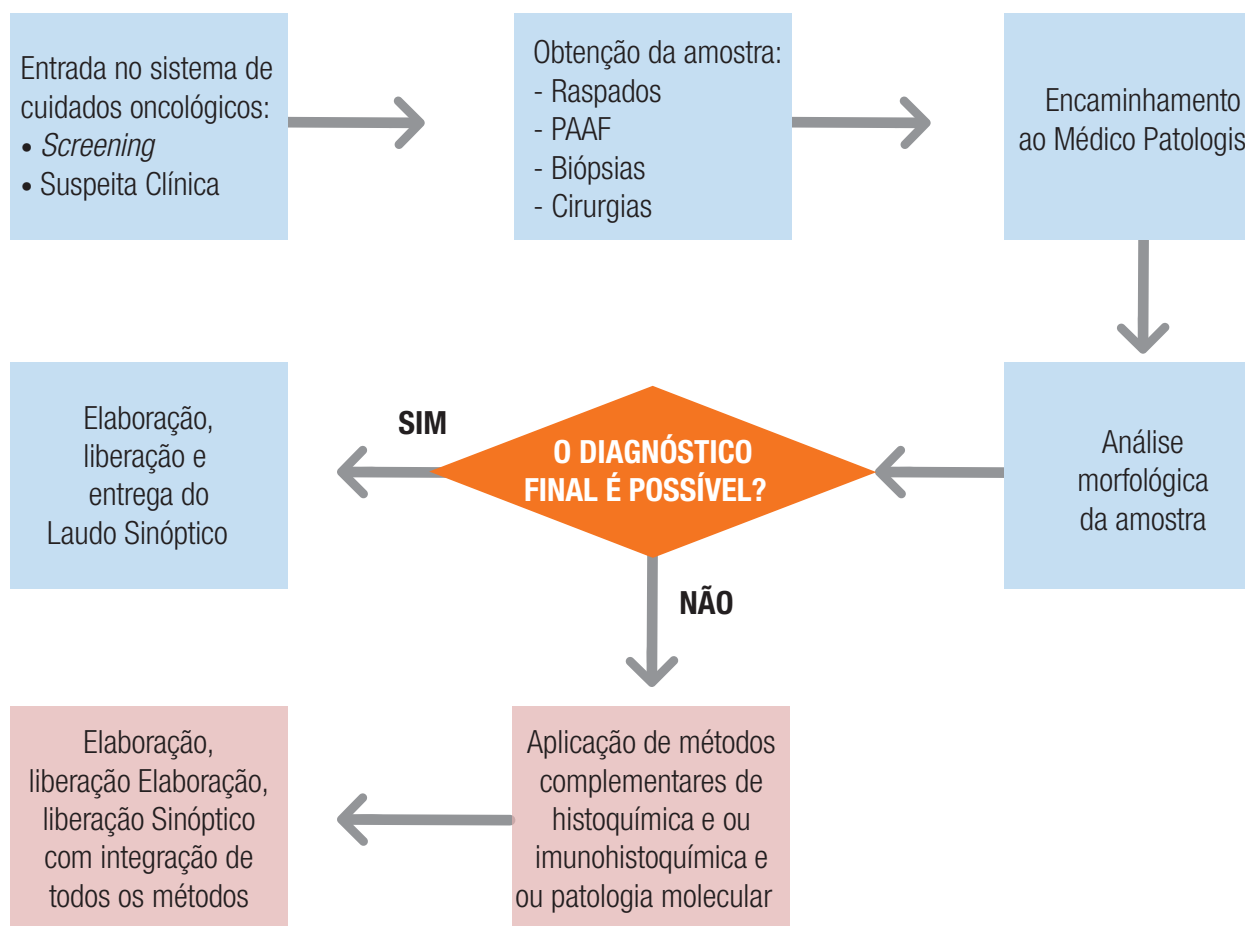
A ideia desse instrumento é que se garanta aos pacientes e médicos solicitantes o acesso a resultados de exames alterados, mesmo que esse paciente não retorne para pegar esse resultado.

Assim, os laboratórios de anatomia patológica ou patologia clínica e clínicas de exames de imagem devem garantir que, após um laudo suspeito ou que diagnostique doença oncológica, se faça a busca desse paciente e de seu médico solicitante para que o resultado chegue em tempo hábil.

Para isso há a necessidade de criação de **alertas para resultados críticos**, e a instituição que realizou o exame deve entrar em contato com o paciente e/ou com o médico assistente, para que se garanta a continuidade do cuidado.

Essa é uma medida relativamente simples, mas que tem um impacto sistêmico importante e que faz parte do conjunto de propostas deste projeto OncoRede, na busca da integralidade dessa atenção oncológica.

FIGURA 5: FLUXOGRAMA DO PROCESSO DIAGNÓSTICO DO PACIENTE COM CÂNCER



Fonte: Elaboração própria.

EM SÍNTESE, O QUE BUSCAMOS NESTE CAPÍTULO:

- Debate sobre a importância da qualidade dos serviços diagnósticos.
- A importância de um laudo diagnóstico integrado (anatomopatologia, imagem, estadiamento, entre outros).
- A necessidade de se articular a partir da suspeita e do diagnóstico todas as etapas do cuidado do paciente oncológico.
- A importância da busca ativa, da garantia do recebimento de resultados críticos pelo paciente e por seu médico assistente.
- A importância do correto resultado das análises patológicas e laudos de imagem para a continuidade do tratamento, com o apoio da utilização das técnicas corretas para cada caso.
- O debate sobre a necessidade de um registro de tumor, para os pacientes da saúde suplementar.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. INCA. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BARRA, Daniela Couto Carvalho; SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal. Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm**, v. 64, n. 6, p. 1141-1149, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. INCA. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

LIMA, Thaís Marques et al. Análise da capacidade diagnóstica dos exames preventivos do câncer de colo uterino. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 5, p. 673-8, 2012.

KHAZAI, Laila et al. Breast pathology second review identifies clinically significant discrepancies in over 10% of patients. **Journal of Surgical Oncology**, v. 111, n. 2, p. 192-197, 2015.

CAPÍTULO 5 – O ASSISTENTE DO CUIDADO (“A NAVEGAÇÃO”)

Anna Laura Roquette Pancini, Fernando Augusto Soares e Leticia Lazaridis Goldberg

1. CONTEXTO

No cenário norte-americano, o conceito de programa de navegação do paciente oncológico é altamente difundido e incentivado, financeiramente, pelos órgãos públicos de saúde, a exemplo do *National Institutes of Health (NIH)* e do *National Cancer Institute (NCI)*.

Estudos comprovam que a navegação é uma estratégia efetiva para melhorar a aderência do paciente à avaliação diagnóstica e ao plano terapêutico, independentemente da etnia, categoria do plano de saúde e formação acadêmica do indivíduo.

Neste capítulo, nos apropriaremos de alguns conceitos e premissas da navegação e utilizaremos o termo “assistente do cuidado”, para denominar esses profissionais, que irão ajudar no desenho do cuidado integral ao paciente oncológico.

2. ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE DO CUIDADO

Em 2010, pesquisadores da Universidade de Chicago e da Universidade de Rochester publicaram um estudo¹ com o intuito de descrever o escopo de atuação dos Assistentes do Cuidado em diferentes programas de navegação. Para isto, foram definidos dois domínios relacionados às atribuições de um Assistente do Cuidado: **(a)** tarefa (do inglês, *task*) e **(b)** rede (do inglês, *network*).

FIGURA 1: MATRIZ QUE RELACIONA AS ATRIBUIÇÕES DE UM ASSISTENTE DO CUIDADO POR DOMÍNIO

		1	2	3	4	5
	Tasks/Network	Patient (S or A)	Provider	Non- clinical staff	Supportive services	Med rec / EMR
A	Navigate <u>with</u> specific patient (tell, inquire, support, coach)					
B	Facilitate <u>for</u> specific patient (bring pt in, coordinate comm, seek advice)					
C	Maintain system for all patients (ID potential pts, build int/ext networks)					
D	Document/Review (record info, actions, results)					
E	Other (do research, provide clinic back-up, do non-nav tasks, socialize)					

As tarefas de navegação (item A da matriz, do inglês, *navigating tasks*) consistem em identificar e mitigar barreiras junto aos pacientes. Consistem em **(a)** explicar ao paciente quando e onde a biópsia será realizada; quais são as etapas deste procedimento; **(b)** perguntar ao paciente quais são as barreiras que encontra para comparecer à consulta médica e explorar suas principais preocupações; **(c)** oferecer suporte e ouvir os temores do paciente sobre o tratamento; **(d)** treinar o paciente, listando perguntas que precisam ser feitas na próxima consulta e indicando a maneira de realizá-las.

As tarefas de facilitação (item B da matriz, do inglês, *facilitating tasks*) incluem **(a)** encontrar pacientes e assegurar que eles comparecerão aos procedimentos agendados; **(b)** coordenar a comunicação, garantindo que a equipe clínica e multiprofissional conheça os próximos passos do processo diagnóstico ou do plano terapêutico; **(c)** integrar a informação, assegurando que os diferentes tipos de dados relacionados à jornada do paciente estão documentados e compartilhados de acordo com a necessidade dos provedores; **(d)** buscar colaboração, contratando os possíveis provedores que podem amenizar os temores do paciente.

As tarefas de manutenção dos sistemas (item C da matriz, do inglês, *maintaining systems tasks*) podem ser descritas como: **(a)** identificar pacientes potenciais, revisando os resultados de testes laboratoriais para assinalar aqueles que necessitam de acompanhamento; **(b)** construir redes de relacionamento e rotinas de encaminhamento, por meio de encontros com médicos para explicar o papel do Assistente do Cuidado e os critérios de encaminhamento a determinado serviço; **(c)** revisar casos e identificar questões que estão em aberto.

As atividades de documentação e revisão da informação (item D da matriz, do inglês, *documenting activities and reviewing information*) abrangem **(a)** documentar as ações do Assistente do Cuidado (etapas realizadas com ou em nome do paciente) no prontuário ou em arquivo destinado ao programa de navegação; **(b)** gerenciar os resultados dos exames (recuperar as informações do paciente em laboratórios, centros de diagnóstico por imagem e demais fontes); **(c)** processar outras informações necessárias (arquivar informação ou outras atividades relevantes relacionadas ao papel do Assistente do Cuidado).

Por fim, outras atividades (item E da matriz, do inglês, *other activities*) são aquelas que, aparentemente, não possuem relação com a navegação. De maneira geral, esta categoria considera atividades relacionadas à pesquisa e à socialização com os demais colegas de trabalho.

O segundo domínio de atribuições de um Assistente do Cuidado considera as categorias de rede com as quais estabelece relações. São elas: (a) paciente; (b) provedores (exemplo: contatar o médico para confirmar o significado do resultado de um exame antes de abordar o paciente); (c) equipe administrativa, como recepcionistas ou administradores que coordenam os serviços de saúde suplementar; (d) prestadores de serviço de suporte, como assistentes sociais, tradutores, equipe de transporte, amigos do paciente e família; (e) sistemas de registro médico eletrônico ou físico. Esta última categoria pode parecer dissonante mas, os sistemas de informação

podem ser considerados como mais um personagem da jornada do paciente, ao qual se deve consultar ou informar antes do processo de tomada de decisão.

3. A RELAÇÃO ENTRE PACIENTE, ASSISTENTE DO CUIDADO E O SISTEMA DE SAÚDE

Em um estudo² publicado por pesquisadores das Universidades de Michigan e Rochester, menciona-se que o sistema de saúde norte-americano é fragmentado e pouco coordenado. Esta configuração faz com que muitos pacientes se sintam confusos sobre o seu diagnóstico, prognóstico, opções de tratamento e próximos passos. Esses problemas se tornam particularmente severos para as populações desfavorecidas e contribuem para que as taxas de mortalidade decorrentes do câncer sejam significativamente superiores.

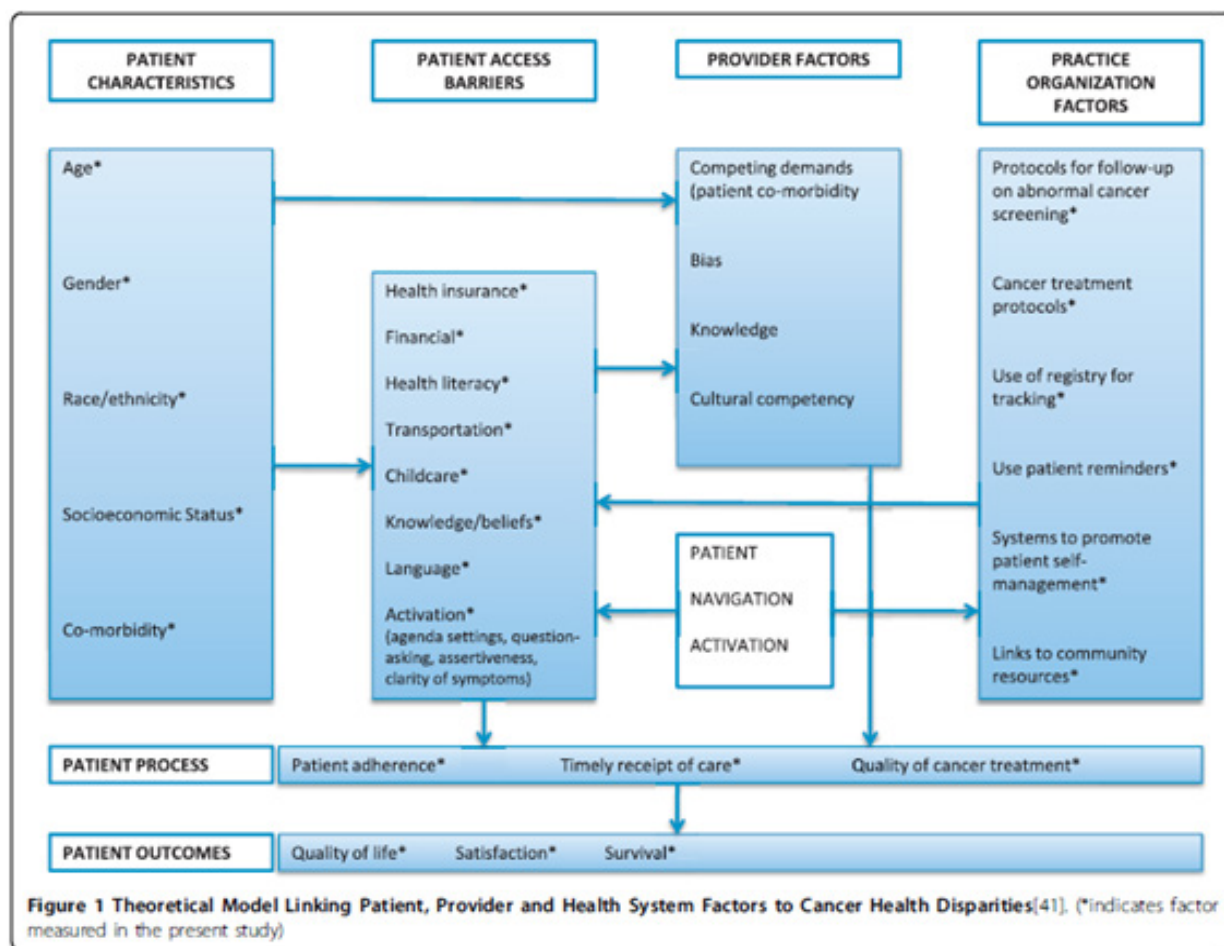
Para concretizar a problemática da relação entre paciente e sistema de saúde, Hendren (2010) propõe um modelo teórico que elenca **(i)** as características do paciente; **(ii)** as barreiras de acesso ao sistema; **(iii)** as circunstâncias do provedor de serviços de saúde e **(iv)** demais aspectos organizacionais.

Como características do paciente são citadas: **(a)** idade, **(b)** gênero, **(c)** raça/etnia, **(d)** estado socioeconômico e **(e)** comorbidade. Junto a elas, devem ser consideradas as barreiras de acesso ao sistema, como acesso à plano de saúde, posição financeira, alfabetização em saúde, acesso à transporte, necessidade de assistência infantil, conhecimento e crenças, língua e capacidade de auto-gestão.

Em paralelo, estão as circunstâncias do provedor de serviços de saúde: **(a)** demandas que competem com diagnóstico de câncer (comorbidades), **(b)** viés ou parcialidade, **(c)** conhecimento e **(d)** competência cultural.

Por fim, o modelo aborda os elementos organizacionais. São eles: **(a)** protocolos para acompanhamento de screenings de câncer anormais, **(b)** protocolos para o tratamento de câncer, **(c)** uso de registro para acompanhamento do caso, **(d)** uso de lembretes para o paciente, **(e)** sistemas para promover a auto-gestão do paciente e **(f)** conexões com os recursos da comunidade.

FIGURA 2: MODELO TEÓRICO QUE RELACIONA PACIENTE E SISTEMA DE SAÚDE



Os programas de navegação do paciente oncológico devem identificar as barreiras de acesso do paciente ao sistema e aplicar os elementos organizacionais apropriados para cada caso. A atuação dos assistentes do cuidado promove maior aderência aos planos diagnóstico e terapêutico, a recepção dos cuidados assistenciais no tempo adequado e maior qualidade no tratamento do câncer. Esse aprimoramento também pode ser verificado por meio de indicadores como qualidade de vida, satisfação do paciente e sobrevida.

4. RESULTADOS DESCRITOS

Em estudo que avaliou o impacto de um programa de gestão de pacientes oncológicos de uma seguradora norte-americana, os autores demonstraram que a participação neste tipo de programa está associada à redução de custo com tratamento médico e maior utilização de *hospice*.

O objetivo principal do programa é ajudar pacientes a entender suas opções terapêuticas (ou seja, curativa X paliativa) e facilitar a tomada de decisões sobre o seu tratamento. O programa também tem como objetivo reduzir consultas de pronto socorro e internações, assim como ajudar os pacientes com tratamentos que aliviem sintomas, complicações e efeitos adversos.

Os enfermeiros do programa trabalham de forma colaborativa com o médico oncologista para identificar lacunas no conhecimento, suporte e gerenciamento dos pacientes. O programa também auxilia os pacientes a navegar o

sistema de saúde e fornece encaminhamentos para especialistas, quando pertinente. Orientação sobre serviços de *hospice* e cuidados paliativos são prestados em circunstâncias apropriadas. As enfermeiras também têm um papel ativo na gestão de custos, através da avaliação dos medicamentos prescritos, comparando-as com protocolos baseados em evidências científicas.

O trabalho sugere que na população avaliada, o custo mensal com tratamento dos pacientes sobreviventes foi 9.8% menor nos que aderiram ao programa quando comparado com o custo dos que não aderiram, durante 6 meses de tratamento. Essa economia foi atrelada à redução das despesas com internações e tratamentos quimioterápicos. Já em pacientes que vieram a falecer em decorrência da doença, o custo foi 28.2% menor durante o último mês de vida. A redução foi atrelada a um custo de internação menor.

5. RECOMENDAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE NAVEGAÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO NO CONTEXTO BRASILEIRO

O sistema de saúde brasileiro retoma parte das características do sistema de saúde norte-americano, como a fragmentação da jornada de cuidado do paciente em diferentes prestadores de serviços de saúde. Além disso, as barreiras de acesso do paciente ao sistema são bastante similares e não existe uma estrutura que consolide esta jornada, eliminando as barreiras de acesso.

Por isso, a realização de programas de navegação do paciente oncológico poderia sanar certas deficiências do nosso sistema, para um tratamento do câncer de melhor qualidade, com maior satisfação do paciente e melhores taxas de sobrevida.

5.1. CONSOLIDAÇÃO DE DETERMINADOS COMPONENTES DA JORNADA DE CUIDADO DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Para garantir a promoção adequada de programas de navegação do paciente, é necessário considerar alguns componentes da jornada de cuidado do paciente oncológico que devem estar consolidados para garantir uma implantação exitosa do modelo.

De maneira geral, os componentes precedentes são: **(a)** o estabelecimento de protocolos estratificados por sítio topográfico e por etapa de tratamento, **(b)** o mapeamento de fornecedores de serviços necessários à execução dos planos diagnóstico e terapêutico definidos nos protocolos, **(c)** a implantação da visão única do paciente, **(d)** a definição do escopo de atuação do Assistente do Cuidado e **(e)** o treinamento dos recursos humanos dedicados à função.

Existem diversos exemplos de protocolos de diagnóstico e tratamento oncológico estratificados por sítio e por etapa de tratamento. No Canadá, por exemplo, o Cancer Care Ontario (CCO)³ desenvolveu os chamados *disease pathway maps*. São mapas de fluxo que permitem uma visualização clara dos protocolos preconizados pela província de Ontario, a interação dos profissionais médicos na consecução dos planos diagnóstico e terapêutico e as principais árvores de decisão atreladas ao perfil de risco do paciente, diagnóstico, progressão do tratamento e seguimento.

A existência de diretrizes governamentais claras para garantir a uniformidade da jornada de cuidado do paciente oncológico é fundamental para a implantação de programas de navegação. Elas estabelecem as principais rotas pelas quais os pacientes devem trilhar, como devem estar alocados os profissionais de saúde, a interação de unidades primárias, secundárias e terciárias de saúde, assim como os principais serviços requeridos para a execução dos processos de prevenção, diagnóstico, tratamento e seguimento.

O mapeamento de fornecedores de serviços necessários à execução dos planos diagnóstico e terapêutico é uma ação decorrente da definição dos protocolos. O mapa deve estar configurado regionalmente, considerando as localidades que registram maior incidência do câncer. E deve apontar a oferta dos serviços listados nos protocolos, sua localidade, uma estimativa da demanda reprimida e a eventual necessidade de fomentar a implantação de novos serviços de saúde para sanar certas deficiências regionais e evitar deslocamentos desnecessários dos pacientes.

Além desse elemento, a instauração da visão única do paciente facilita a gestão em nível nacional dos casos de pacientes registrados em qualquer unidade de saúde e que, por exemplo, apresentam um screening anormal em um processo de rastreamento de câncer. Em geral, o programa de navegação deve iniciar nesta etapa, para garantir que o indivíduo prossiga a investigação diagnóstica e o consequente plano terapêutico, se aplicável.

Por fim, consideradas as etapas da jornada de cuidado do paciente oncológico, deve-se proceder à definição de escopo do Assistente do Cuidado e do treinamento que deve ser ministrado aos recursos humanos dedicados a tal função.

Nos Estados Unidos, os programas de navegação apresentam variações e não existem regras que delimitam o início e o término da atuação do Assistente do Cuidado. De maneira geral, as instituições que optam por estabelecer esses programas, buscam os pontos de inflexão da jornada. Isto é, as etapas em que, habitualmente, o paciente abandona a jornada de cuidado. São elas: **(i)** após o resultado do screening ou do diagnóstico, **(ii)** antes de dar início ao plano terapêutico, **(iii)** durante a execução deste, incluindo os cuidados paliativos e psicossociais e **(iv)** no pós-tratamento (survivorship).

Em um estudo² publicado por pesquisadores das Universidades de Michigan e Rochester, sugere-se um programa de treinamento para o Assistente do Cuidado que inclui temas como habilidades de comunicação e relacionamento, protocolos de tratamento, recursos do entorno (transporte, aconselhamento financeiro, assistência social) e uma revisão sobre a oferta de planos de saúde públicos e privados.

TABELA 1: PROGRAMA DE TREINAMENTO PROPOSTO AOS ASSISTENTES DO CUIDADO

Training Activity	Concepts	Educator(s)
In-House Training		
Cancer Health Disparities Overview	Patient, provider, practice and health system barriers to care	Program director
Research 101	Human subject protection, HIPAA ^a	Project coordinator
Standard Operating Procedures and Case Management		Project coordinator, PN supervisor
Orientation to Participating Health Care Settings	Visit practices; computer medical database training	Project coordinator, PN supervisor
Cancer 101	Physicians teach PN's basics of cancer diagnosis and treatment; shadowing MD's at patient office visits, colonoscopies; observing tumor board conference at cancer center; visit to pathology laboratory	Medical oncologist, surgical oncologist
Interpersonal Communication 101	"How to talk to your doctor", "Patient empowerment", others	PN Supervisor; communications researcher; staff of non-profit agency
Computer Literacy	Email; Microsoft office; computerized calendars; internet searches for resources and patient care guidelines	Project coordinator, research assistants
Domestic Violence	Child protective services and domestic violence lectures	Department of Health and Human Services
Community Resources	Transportation; financial counseling, interpreter services, child care, social work	Social worker from cancer center
Motivational Interviewing	Self-determination and empowerment	Research assistant
End of Life Care	Transition from treatment to palliation	Hospice nurse
Personal Safety	Actions to minimize risk	Police department
The Health System	Review of government and private health insurances	PN supervisor
The Initial Assessment Interview	A semi-structured interview was designed, and PN's learned to conduct it, using the skills of "joining", history-taking, assessment of patient barriers, and making follow-up plans	PN supervisor
External Training		
Cornell Empowering Families Project	New York State program for CHWs. Topics include: relationship and communication skills; cultural competence; working with low-literacy patients; needs assessment; empowerment; CHW self-care	The Cornell Project
Simulated Patient Training	Simulated patients, with video-taping and feedback	Local, private agency that provides standardized patients for medical training
NQVACS ^a Navigator Training Summit	4 day program with navigators from across the US	

^aHIPAA = Health Insurance Portability and Accountability Act; NQ = National Cancer Institute; ACS = American Cancer Society.

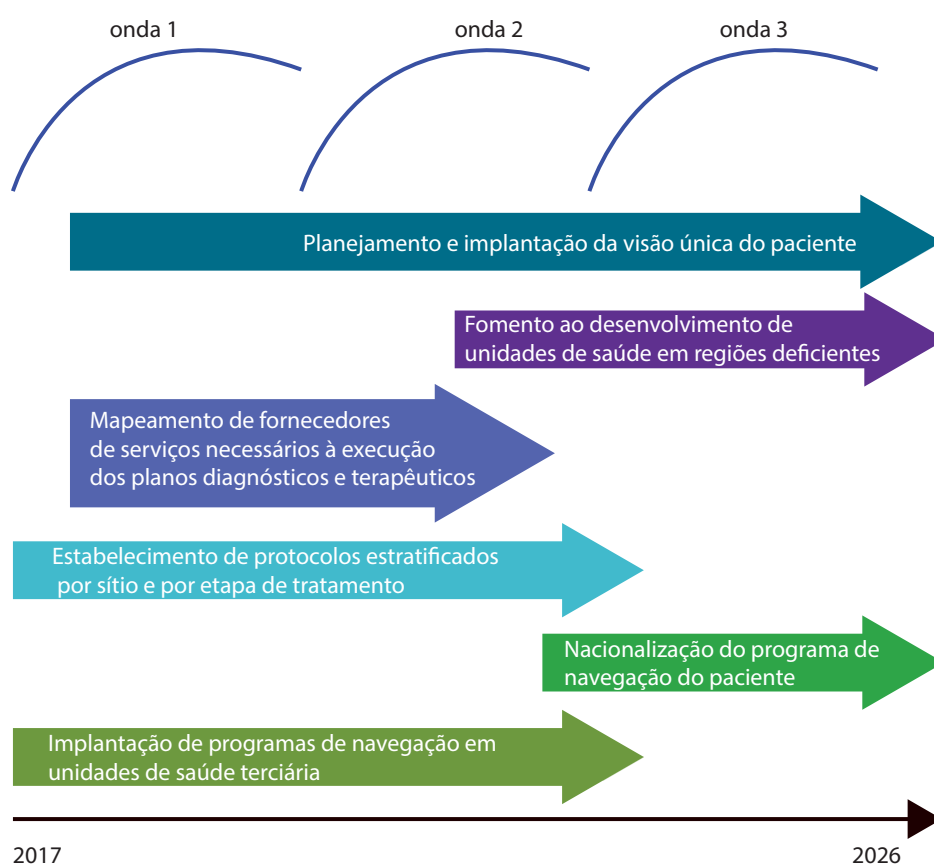
É importante ressaltar que, nos Estados Unidos, não há consenso sobre a formação acadêmica prévia dos candidatos à função de Assistente do Cuidado. É comum encontrar assistentes do cuidado com formação de assistência social, enfermagem, administração, psicologia e, inclusive os sobreviventes do câncer (do inglês, *survivors*).

Assim, considerados os elementos da jornada de cuidado ao paciente oncológico que devem estar consolidados para garantir a implantação exitosa do modelo, pode-se proceder à proposta de implantação de programas de navegação no contexto brasileiro.

5.2. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE NAVEGAÇÃO NO CONTEXTO BRASILEIRO

A proposta de implantação de programas de navegação no contexto brasileiro pondera determinados critérios, como: **(a)** maturidade dos elementos da jornada de cuidado do paciente oncológico, **(b)** grau de concentração dos serviços de saúde necessários ao diagnóstico, tratamento e seguimento do câncer e **(c)** estimativas de implantação das soluções propostas. Com isso, é possível compor uma estratégia faseada de implantação, recorrendo aos recursos atuais que o sistema de saúde brasileiro dispõe.

FIGURA 3: PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE NAVEGAÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO



Fonte: Elaboração própria.

Uma opção de implantação do programa de navegação no Brasil seria através de unidades de saúde terciárias já existentes no país, pois possuem alta concentração dos serviços necessários à execução dos planos diagnóstico e

terapêutico, reúnem boa parte dos procedimentos necessários à jornada de cuidado do paciente oncológico e, em geral, possuem protocolos que orientam a conduta médica e multiprofissional local.

Uma das premissas para que a navegação ocorra é que se tenha um caminho minimamente organizado para que se possa navegar. Não há como navegar no meio do caos de fragmentação e desorganização de sistema.

Assim, outras estruturas institucionais também podem e devem fazer navegação, como operadoras de planos de saúde, empresas especializadas em gerenciamento, organizações ambulatoriais voltadas para o tratamento de câncer, etc.

Mas para qualquer instituição que venha a implantar o projeto de navegação, vale a mesma premissa: é necessária a organização do sistema para navegar.

Posteriormente à implantação, para garantir a disseminação e a maturidade da prática nos centros de atenção ao paciente oncológico – auferidas por meio de indicadores que serão apresentados na próxima seção desta proposta.

Deve-se considerar, como parte do escopo desta atividade, a definição das atribuições do Assistente do Cuidado e o programa de treinamento a ser aplicado. Em paralelo, deve-se promover a elaboração de protocolos por sítio topográfico e por etapa de tratamento em nível nacional. Com as versões preliminares destes protocolos, é possível dar início ao mapeamento de fornecedores necessários à execução dos planos diagnóstico e terapêutico.

Ainda nesta primeira fase, deve-se iniciar a atividade de planejamento prévia à implantação da visão única do paciente, já que se trata de um projeto estrutural que viabiliza não só atuação mais efetiva dos assistentes do cuidado, mas o pleno entendimento da jornada de cuidado do paciente oncológico, quando trafega entre os diferentes fornecedores de serviços de saúde para garantir a plena execução dos planos diagnóstico e terapêutico.

5.3. INDICADORES PROPOSTOS PARA AVALIAR OS PROGRAMAS DE NAVEGAÇÃO (COORDENAÇÃO DO CUIDADO)

Hendren et. al. (2010) propõe um conjunto de indicadores para avaliar os programas de navegação segmentados em seis grupos: **(i)** medidas de resultado primário, **(ii)** conhecimento e alfabetização em saúde, **(iii)** qualidade de vida, **(iv)** condições médicas, **(v)** aderência e **(vi)** interação.

TABELA 2: INDICADORES PROPOSTOS SEGMENTADOS POR CATEGORIAS

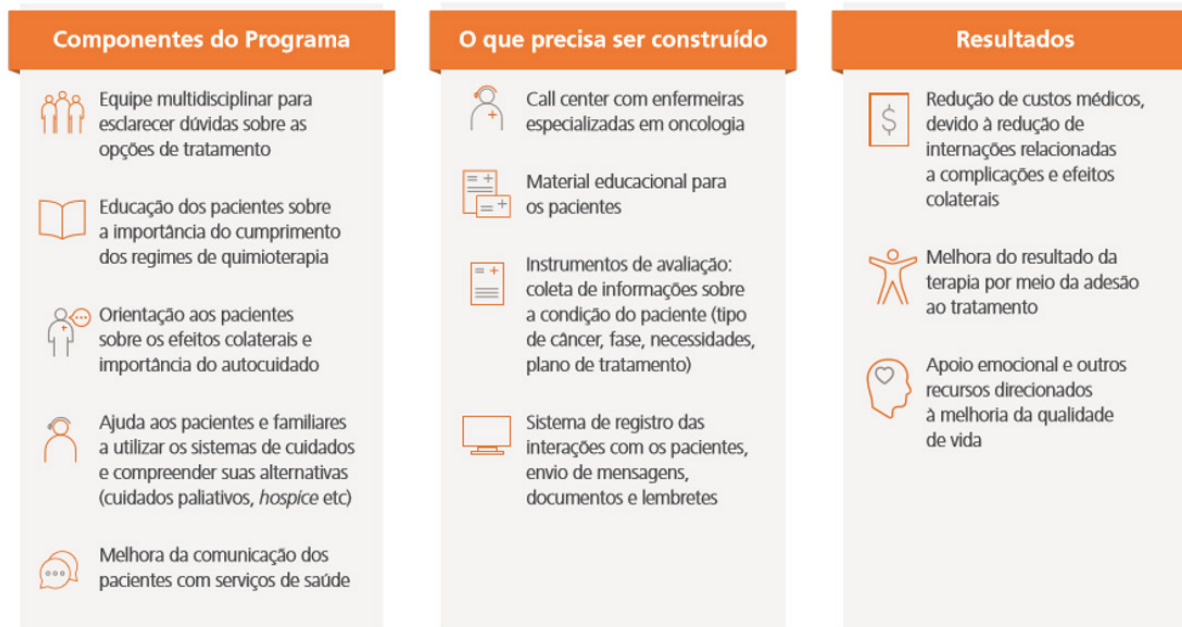
Table 1 Outcome and Other Measures of the Patient Navigation Research Program		
Category	Title	Collection Times (mo)
Primary Outcome Measures		
Time to completion of Treatment	Time to completion of Treatment	
Satisfaction	Patient Satisfaction with Care	0,3,6,9,12
Cost	Cost	
Knowledge/Health Literacy		
Health literacy	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)	0
Knowledge	Breast Cancer Treatment Knowledge	0,3,FU
Knowledge	Colorectal Cancer Treatment Knowledge	0,3,FU
Quality of Life		
Quality of Life	Impact of Events Scale (IES)	0,3,6,9,12
Cancer Related Health Status	Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Cancer (FACT-B)	0,3,6,9,12
Cancer Related Health Status	Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal Cancer (FACT-C)	0,3,6,9,12
Medical Conditions	Charlson Comorbidity	chart review
Adherence		
Adherence	Medical Outcomes Study (MOS) General Adherence Items	0,3,6,9,12
Beliefs	Beliefs about Medication Questionnaire (BMQ)	0,3,6,9,12
Interaction		
Attachment Style	Relationship Questionnaire (Attachment Style)	0
Intensity	Navigator Perceived Time and Emotional Intensity of Patient Navigation	0,3,6,9,12
Self Efficacy	The Communication and Attitudinal Self-Efficacy Scale (CASE)	0,3,6,9,12
Satisfaction	Patient Satisfaction with Navigator	3; FU
Tracking	Patient Navigator Tracking Logs - encounter times, barriers, and actions	Throughout

Fonte: Hendren et. al. (2010)

Os indicadores recomendados para o primeiro grupo são: **(a)** tempo para conclusão do tratamento, **(b)** satisfação do paciente com o processo de cuidado e **(c)** custo. No segundo grupo, consideram-se os seguintes: **(a)** nível de alfabetização do paciente em saúde e **(b)** conhecimento do paciente com relação ao processo de tratamento do câncer. O terceiro grupo, nomeado como qualidade de vida, agrupa estes indicadores: **(a)** IES (*Impact of Events Scale*), **(b)** FACT (*Functional Assessment of Cancer Therapy*). O quarto grupo avalia as comorbidades relacionadas ao câncer. O quinto grupo, por sua vez, pretende mensurar a aderência do paciente ao plano terapêutico, por meio de duas metodologias: *Medical Outcomes Study (MOS) General Adherence Items e Beliefs about Medication Questionnaire (BMQ)*. Por fim, o sexto grupo trata da interação paciente-Assistente do Cuidado, por meio das seguintes medidas: **(a)** estilo de relacionamento, **(b)** intensidade, **(c)** auto eficácia, **(d)** satisfação e **(e)** acompanhamento.

FIGURA 4: COORDENAÇÃO AO CUIDADO DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Um programa de coordenação ao cuidado deve oferecer: assistência personalizada aos pacientes desde o diagnóstico, passando pelo tratamento e cuidados paliativos, se necessário. O programa precisa ser capaz de endereçar as complexidades do tratamento do câncer, baseado em evidências, e estimular a adesão dos pacientes.



Fonte: Optum Internacional.

Certamente, para a implantação do modelo no cenário brasileiro, é possível selecionar parte desses indicadores e agregar outros relevantes para conferir aos principais públicos de interesse uma visão clara dos benefícios do modelo e dos aspectos que necessitam aprimoramento.

FIGURA 5: O PAPEL DO ASSISTENTE DO CUIDADO MODELO DO NAVEGADOR DA SOCIEDADE AMERICANA DE CÂNCER

Fases do Navegador	Navegação Ampla	Navegação do Diagnóstico	Navegação do Tratamento	Navegação Sobreviventes Follow-up
Objetivos dos Serviços	Prevenção Primária	Rastreamento Detecção Precoce	Terapias Antineoplásicas	Cuidados de Suporte e Atenção Terciária
Metas Principais	Incentivo à Vida Saudável Medidas de Prevenção de doenças e agravos	Remoção de barreiras de acesso	Informação Suporte Coordenação do cuidado Desfechos Clínicos Positivos	Maior Sobrevida Com Qualidade de Vida
Melhor Profissional de Referência	Profissionais de saúde; e voluntários da própria comunidade	Assistente Social ou profissional com competências similares	Enfermeira (Navigator)	Enfermeira Clínica (Practitioner)

Fonte: American Society of Cancer Oncology (ASCO).

PONTOS DE DESTAQUE DESTE CAPÍTULO:

1. Para que o assistente de cuidado consiga “navegar” adequadamente o paciente no sistema de saúde, é necessário que esse sistema esteja minimamente organizado. Não há como navegar em um caos de fragmentação e desorganização sistêmica.
2. Quem é o profissional responsável pela navegação? O assistente do cuidado em alguns modelos é um enfermeiro, treinado e capacitado para essa função, mas há descrições de vários outros profissionais que podem realizar essa função, incluindo ex-pacientes (survivors).
3. Capacitação e treinamento desse assistente do cuidado é fundamental. Suas interfaces são inúmeras e sua função bastante específica.
4. Quais instituições podem disponibilizar o assistente de cuidado na saúde suplementar brasileira? Diversas, mas o importante é que se garanta a lógica da integralidade e da continuidade de todo o cuidado.
5. Esse assistente de cuidado tem diversas funções e missões, mas o resultado principal é ajudar o paciente a ter o *continuum* do cuidado de forma facilitada e sem pontos de estrangulamento e abandonos ou atrasos no tratamento.

REFERÊNCIAS

¹ PARKER, Victoria A. et al. Patient navigation: development of a protocol for describing what navigators do. **Health Services Research**, v. 45, n. 2, p. 514-531, 2010.

² HENDREN, Samantha et al. Study protocol: a randomized controlled trial of patient navigation-activation to reduce cancer health disparities. **BMC Cancer**, v. 10, n. 1, p. 1, 2010.

³ Cancer Care in Ontario. **Disease Pathway Management**. Disponível em: <https://www.cancercare.on.ca/ocs/qpi/dispathmgmt/>. Acesso em 19/07/2016.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

AMERICAN CANCER SOCIETY. ACS. **Navigators Help Cancer Patients Manage Their Care**. Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/news/navigators-help-cancer-patients-manage-their-care>. Acesso em 12/07/2016.

Careers in Public Health. **Patient Navigator Careers**. Disponível em: <http://www.careersinpublichealth.net/careers/patient-navigator>. Acesso em 12/07/2016.

ASSOCIATION OF COMMUNITY CANCER CENTER. ACCC. **Patient Navigation**. Cancer Care Patient Navigation. Disponível em: [https://www.accc-cancer.org/resources/PatientNavigation-Q&A.asp#section 10](https://www.accc-cancer.org/resources/PatientNavigation-Q&A.asp#section%2010). Acesso em 12/07/2016.

WU, Charlotte et al. Economic Value of a Cancer Case Management Program. **Journal of Oncology Practice**, v. 10, n. 3, p. 178-186, 2014. CMS.

CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES et al. **New Funding Opportunity Announcement for Navigators in Federally-Facilitated and State Partnership Marketplaces**; 2015.

GPO. **Federal Register**. Proposed Rules. Vol. 78, No. 66 / Friday, April 5, 2013. Disponível em: <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2013-04-05/pdf/2013-07951.pdf>. Acesso em 12/07/2016.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. HealthCare.gov. **Navigator**. Disponível em: <https://www.healthcare.gov/glossary/navigator/>. Acesso em 12/07/2016.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. NCI. **Patient Navigation Research Program (PNRP)**. Disponível em: <http://www.cancer.gov/about-nci/organization/crchd/disparities-research/pnrp>. Acesso em 12/07/2016.

CAPÍTULO 6 – AS DIMENSÕES DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Clarissa Baldotto e Luiz Paulo Kowalski

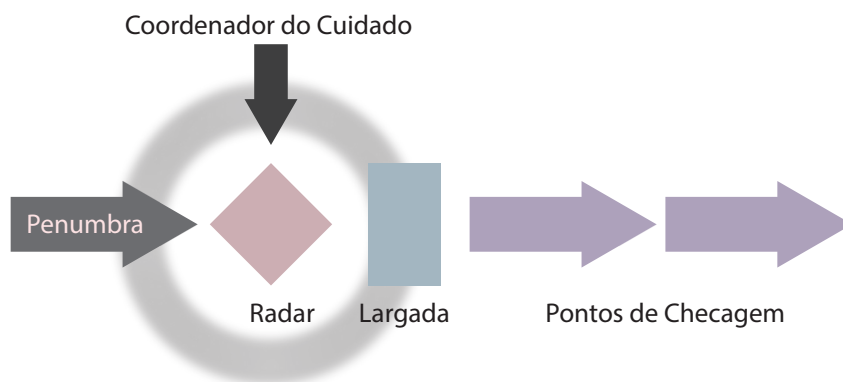
O câncer é um problema de saúde pública mundial, com grande impacto previsto para os próximos anos, principalmente em países em desenvolvimento. No Brasil, para o biênio 2016-2017, foram estimados cerca de 600.000 novos casos¹. Como consequência, assistimos a um aumento do investimento em pesquisa e uma verdadeira revolução no tratamento do câncer. Mas ao contrário do esperado, não há uma correlação imediata com melhoria na qualidade do cuidado e nos desfechos clínicos². Uma das razões é a crescente complexidade, que depende de múltiplas modalidades terapêuticas e capacidade de incorporação tecnológica. Além do impacto em custo, essas mudanças terapêuticas implicam um risco maior para os profissionais e pacientes, inerente à presença de múltiplas opções e à sofisticação do conhecimento. Soma-se a isso o desafio de aumentar a comunicação entre os profissionais, garantir o fluxo da informação e a educação continuada interdisciplinar.

O presente capítulo apresenta sugestões e modelos, destinados a auxiliar o planejamento e acompanhamento terapêutico, a partir dos conceitos de cuidado integral e integrado, aplicáveis a instituições com diferentes níveis de complexidade.

A. CONCEITOS E PREMISSAS

Embora fundamental, o tratamento é apenas uma parte do percurso de um paciente com câncer. Familiares e pacientes não costumam ter essa percepção, mas um serviço especializado no cuidado oncológico necessita buscar essa visão ampla e panorâmica. Para fins didáticos, a trajetória de tratamento do paciente pode ser dividida em algumas etapas, ilustradas na Figura 1.

FIGURA 1: ETAPAS QUE DETERMINAM O TRATAMENTO DE UM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER



Fonte: Elaboração própria.

O primeiro desafio imposto é o fato de que o paciente só passa a ser visto e acompanhado a partir da suspeita ou, na maioria das vezes, do diagnóstico de câncer, apresentado no esquema como “marco zero”. Imediatamente neste momento deve ser instituída a figura do assistente de cuidado, amplamente discutida em capítulo anterior. Cada instituição deve adequar o conceito de assistente do cuidado a seu perfil, mas é imprescindível que o paciente passe a ser conduzido de forma linear e centralizada. Um dos objetivos do assistente do cuidado é garantir que o paciente passe para o próximo passo, a decisão terapêutica ou “largada”, com segurança e o máximo de informações que a embasem. E o marco zero quase nunca é o início da história do paciente. Há em geral um período anterior, caracterizado aqui como “penumbra”, que precisa ser perscrutado. Portanto, o primeiro movimento do assistente de cuidado deve ser acionar o “radar”, promovendo uma busca por informações e procedimentos prévios, averiguando sua qualidade. As seguintes informações são premissas para a tomada de decisão terapêutica:

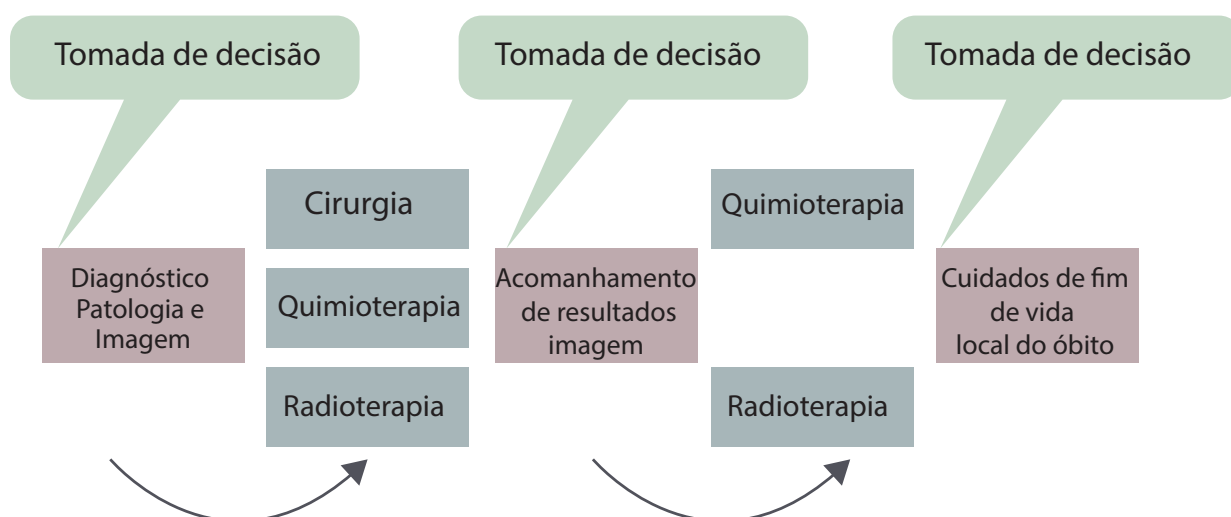
(a) Diagnóstico Anatomopatológico: verificar se já foi estabelecido e qual a confiabilidade do resultado obtido. Definir se há necessidade de revisão ou complementação do diagnóstico (ex: imuno-histoquímica, análise molecular). Este tópico também está detalhado em capítulo anterior.

(b) Estadiamento clínico: envolve parâmetros clínicos e métodos de imagem.

(c) Presença de tratamentos prévios: importante identificá-los e classificá-los como adequados ou não.

A importância desse passo inicial é o fato de que as principais decisões serão baseadas nessas informações (Figura 2), e um equívoco pode levar a prejuízos por todo o tratamento. Outro ponto importante a ser observado é o tempo despendido nesse período (entre o marco zero e o início do tratamento). Estudos mostram que a espera pelo tratamento diminui a satisfação com a unidade de tratamento e a qualidade de vida do paciente. Embora não exista uma definição homogênea, há dados que sugerem um aumento da mortalidade com intervalos prolongados para início do tratamento. De uma forma geral, há um consenso de que o prazo ideal seria de até 30 dias e nunca maior do que 8 semanas³. Esse controle de prazos deve ser respeitado e realizado pelo assistente do cuidado, e utilizado como indicador de qualidade para avaliação dos resultados.

FIGURA 2: PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS PARA DECISÕES IMPORTANTES NO FLUXO DO PACIENTE ONCOLÓGICO



Fonte: Elaboração própria.

B. PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Uma vez que exista diagnóstico ou suspeita de câncer para um paciente, e que sejam obtidas as premissas previamente mencionadas, é a hora de dar a largada no tratamento. Este ponto de partida, chamado de decisão ou planejamento terapêutico determina grande parte das condutas posteriores, e a formação de um time

multidisciplinar é condição sine qua non. Os avanços recentes nos procedimentos cirúrgicos, terapia sistêmica, radioterapia e biologia molecular, aumentaram o volume de terapias multimodais e das interfaces entre diferentes especialidades na definição de um único tratamento. Dados sugerem que na maioria dos casos, a trajetória do paciente é predefinida e preparada neste momento, com poucas modificações ao longo do tempo⁴.

A constituição do time multidisciplinar não significa simplesmente reunir um grupo de profissionais, mas deve carregar o conceito de cuidado integral e integrado. As seguintes garantias são importantes:

(a) Recursos humanos: médicos e outros profissionais que sejam fundamentais para decisões terapêuticas em cada subespecialidade oncológica; (b) Tecnologia: os profissionais envolvidos devem dominar ou saber referenciar o uso das principais tecnologias necessárias aos tratamentos envolvidos; (c) Comunicação: essa talvez seja a característica mais fundamental de um time multidisciplinar. Muitas vezes nos deparamos com instituições que, apesar de contarem com tecnologia e profissionais de diferentes especialidades, não conseguem evoluir para decisões terapêuticas verdadeiramente integradas; (d) Informação: é a base de qualquer decisão. Deve estar integralmente acessível a todos os membros da equipe ao longo do tempo. Também precisa chegar ao paciente sem fragmentação.

Como exemplo, um paciente fumante com uma massa pulmonar e linfonodos no mediastino suspeitos para neoplasia. Para a decisão terapêutica será provavelmente necessária a avaliação de um radiologista para definir o estadiamento clínico, radiologista intervencionista para uma possível biópsia guiada por imagem, patologista para confirmar o diagnóstico e definir a indicação de testes preditivos, oncologista clínico para avaliar a necessidade de terapia sistêmica e investigação molecular, cirurgião torácico para investigação do mediastino e discutir a indicação de cirurgia, radio-oncologista para considerar radioterapia como uma modalidade terapêutica e pneumologista para investigação diagnóstica e preparo pré-tratamento. Esse é um caso típico onde decisões isoladas podem levar a erros no tratamento. Na realidade, quando esses profissionais estão reunidos as opiniões deixam de ser isoladas sobre cada modalidade terapêutica. Passam a ser interdisciplinares, onde cada especialista se torna capaz de questionar a recomendação feita por outro.

FORMAÇÃO E COMPOSIÇÃO DO TIME MULTIDISCIPLINAR

A fase de formação e composição dos times multidisciplinares é desafiadora, pode não ser rápida e sempre necessita de ajustes ao longo do tempo. Um ponto importante e muitas vezes limitante é o fato de que muitas instituições não contam internamente com todos os profissionais e aparatos tecnológicos necessários. Este não deve ser, de forma alguma, um fator impeditivo. Aqui cabe a diferenciação entre espaço físico e o que chamaremos de espaço de discussão. Muitas vezes há uma confusão entre os mesmos, com a ideia de que um espaço físico fragmentado é sinônimo de um espaço de discussão fragmentado. Claro que formar um time em um mesmo local é um facilitador e o que deve ser perseguido. Mas, em última instância, as discussões e decisões do time é que devem ser integradas, mesmo que no contexto de um espaço físico fragmentado.

O segundo conceito fundamental é que times multidisciplinares são tipicamente desenhados com foco em doenças específicas. Desta forma, mesmo que alguns profissionais tratem várias doenças, o espaço de discussão precisa ser dividido por subespecialidades oncológicas (ex: time de neuro-oncologia, time de cabeça e pescoço, etc). Fica mais fácil entender essa premissa quando pensamos nas especialidades cirúrgicas. A presença de um mastologista teria pouco sentido na decisão terapêutica de um paciente com tumor de estômago. No contexto atual, quase todas as modalidades terapêuticas estão evoluindo para subespecialização.

OS PASSOS INICIAIS PARA A FORMAÇÃO DO TIME MULTIDISCIPLINAR SÃO:

1. LISTAR OS PROFISSIONAIS NECESSÁRIOS PARA CADA SUBPESPECIALIDADE ONCOLÓGICA.

Neste momento devem ser elencadas todas as especialidades médicas que, mesmo que em momentos mais pontuais, possam ser necessárias para o plano terapêutico. Uma sugestão de time básico seria: cirurgião, oncologista clínico, radio-oncologista, radiologista, radiologista intervencionista, patologista. Há variações dependendo do tipo de tumor, que devem ser contempladas. Ressalta-se também a importância de integrar outras disciplinas que participarão ativamente do cuidado do paciente ao longo de sua trajetória: enfermagem, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, dentre outras.

2. DESIGNAR E CONTATAR OS RESPONSÁVEIS PARA CADA MODALIDADE TERAPÊUTICA.

É fundamental que exista uma equipe de referência, que participe ativamente e com regularidade das decisões. A formação de um time depende da construção de uma relação de confiança. Portanto as equipes não devem sofrer grandes variações. A rigor todos os pacientes devem ser avaliados sempre pelos mesmos profissionais.

3. LISTAR AS POSSÍVEIS NECESSIDADES TECNOLÓGICAS POR SUBESPECIALIDADE.

O serviço responsável pelo cuidado do paciente deve se preparar e desenhar as linhas de cuidado imaginando que tenha acesso a todos os recursos tecnológicos considerados essenciais. Se não estiverem de fato disponíveis no mesmo local, devem mapear e contatar um outro serviço que possa eventualmente garantir o acesso coordenado.

4. DEFINIR A FORMA DE INTEGRAÇÃO ENTRE OS MEMBROS.

Importante que essa organização seja feita previamente. A ausência de uma definição do fluxo decisório gera fragmentação. A dimensão da integração pode ser presencial ou virtual. O tempo também pode ser coincidente ou sequencial (sendo que neste caso é imprescindível que um médico centralize as discussões e siga o fluxo). Recomenda-se definir uma agenda, um líder (coordenador) e a forma de armazenamento da informação gerada.

INTERVENÇÕES DO TIME MULTIDISCIPLINAR

Embora o momento de decisão terapêutica seja o ponto alto da participação do time multidisciplinar, a atuação pode ser necessária em outros períodos. Modelos de cuidado de câncer apontam que os pacientes assumem rotas individuais de cuidado depois do diagnóstico (dependentes do diagnóstico, características pessoais e resposta aos tratamentos)⁵. Neste sentido é importante o conceito de transição de cuidado. Assim como no planejamento terapêutico, pontos de transição de cuidado exigem decisões, algumas vezes com necessidade de nova participação da equipe multidisciplinar (Tabela 1). Exemplos de transição de cuidado são: (a) mudanças em modalidades terapêuticas de acordo com a evolução da doença (ex: necessidade de reoperação ou radioterapia paliativa); (b) Seguimento pós-tratamento (ex: transferência para cuidado primário, recidiva); (c) Decisão sobre instituição de cuidados de fim de vida ou tratamento paliativo.

FIGURA 3: INTERVENÇÕES DO TIME MULTIDISCIPLINAR AO LONGO DA LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Dimensão	Junta Médica (<i>Tumor board</i>)	Equipe multidisciplinar
Tipos de Casos	Casos novos, complexos	Casos novos, complexos Casos em transição de cuidado
Abordagem	Consultiva e Colaborativa Educativa	Consultiva e Colaborativa
Tempo e Espaço	Reuniões regulares (semanais ou quinzenais)	Agenda pode ser variável, mas planejada
	Presencial	Parcialmente ou totalmente virtual
Processo decisório	Colegiado (consenso) Líder conduz reunião	Médico responsável (consenso entre as opiniões)
Audiência	Pode ser aberto a outros profissionais e ao paciente	Sem audiência

Fonte: Elaboração própria.

O requisito mais importante para garantir a integralidade na transição de cuidado é que a informação sobre os passos do paciente esteja disponível e atualizada ao longo do tempo. A recomendação é que não só o coordenador de cuidado ou o serviço a tenham, mas principalmente garantir ao paciente sua portabilidade. Uma sugestão é que o paciente tenha um plano de tratamento pessoal, como a representada no Anexo 1, permitindo que os profissionais envolvidos no cuidado, assim como o paciente, tenham acesso a informações mínimas e relevantes sobre a decisão terapêutica.

A Tabela 1 compara dois possíveis modelos de integração de times multidisciplinares. Podem coexistir em alguns momentos e também há a possibilidade de adoção de um modelo misto.

TABELA 1: MODELOS DE COMPOSIÇÃO DE TIMES MULTIDISCIPLINARES

Dimensão	Junta Médica (<i>Tumor board</i>)	Equipe multidisciplinar
Tipos de Casos	Casos novos, complexos	Casos novos, complexos Casos em transição de cuidado
Abordagem	Consultiva e Colaborativa Educativa	Consultiva e Colaborativa
Tempo e Espaço	Reuniões regulares (semanais ou quinzenais)	Agenda pode ser variável, mas planejada
	Presencial	Parcialmente ou totalmente virtual
Processo decisório	Colegiado (consenso) Líder conduz reunião	Médico responsável (consenso entre as opiniões)
Audiência	Pode ser aberto a outros profissionais e ao paciente	Sem audiência

Fonte: Elaboração própria.

O modelo recomendado é o de junta médica ou *tumor board*, mas na impossibilidade a segunda estrutura deve ser adotada. Há dados na literatura mostrando que essa é uma prática crescente em países desenvolvidos, e que também é benéfica em áreas remotas, onde há escassez de recursos⁶. Mudanças no diagnóstico ou plano terapêutico podem chegar a 20%-50% dos casos discutidos em times multidisciplinares, particularmente em alguns tipos de tumores, como câncer de mama. Também há o fato de promover o engajamento dos profissionais

e potencialmente contribuir para a organização da estrutura⁷. A definição da formação do time e dos casos a serem discutidos pode ainda ser estratificada, para facilitar a implementação. A decisão terapêutica poderia ser, por exemplo, estruturada para tumores iniciais versus tumores avançados. De uma forma geral, casos de pacientes com doença avançada exigem uma participação maior do oncologista clínico e menor dos outros profissionais médicos, com consequente menor impacto da atuação da junta médica nos desfechos clínicos.

C. LINHAS DE CUIDADO

A decisão terapêutica é o passo inicial da estruturação do cuidado integral de um paciente. Mas para que ela ocorra de forma efetiva e seja implementada é fundamental que exista uma linha de cuidado desenhada. Linhas de cuidado são protocolos e fluxos que orientam os profissionais na condução do tratamento e seguimento dos pacientes. Quando apropriadamente planejadas devem ser detalhadas, baseadas em evidências científicas sobre eficácia, toxicidade e custo, além de considerar práticas locais. O ideal é que cada instituição tenha sua própria linha de cuidado planejada. Mas existem também inúmeros protocolos desenhados que podem ser utilizados ou adaptados (Tabela 2). Outro ponto importante é que devem ser multidisciplinares e integradas. Muitos centros ainda seguem protocolos estanques para terapia sistêmica, radioterapia ou cirurgia. Dessa forma há risco do protocolo remeter à fragmentação do cuidado.

TABELA 2: EXEMPLOS DE SÍTIOS PARA CONSULTA A LINHAS DE CUIDADO NACIONAIS E INTERNACIONAIS

National Comprehensive	http://www.nccn.org
European Society of Medical Oncology:	http://www.esmo.org
American Society of Clinical Oncology:	http://www.asco.org
British Columbia Cancer Agency:	http://www.bccancer.bc.ca
Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica:	http://www.sbec.org.br

Fonte: Elaboração própria.

Alguns estudos já demonstram que a adoção de linhas de cuidado podem reduzir custo, mantendo a qualidade. Como exemplo, um estudo em câncer de pulmão, de não-pequenas células, mostrou que o custo de pacientes ambulatoriais foi reduzido em 35% para aqueles que foram tratados em protocolos, sem modificar os desfechos clínicos principais⁸. A Sociedade Americana de Oncologia Clínica recentemente publicou recomendações para a criação de rotinas e linhas de cuidado em oncologia, aqui adaptadas (Tabela 3)⁹.

Em geral, os protocolos definem momentos críticos onde decisões precisam ser tomadas. Esses pontos de checagem podem sugerir e facilitar a intervenção do time multidisciplinar. Um outro benefício reconhecido é o potencial de estimular atividades educativas e a participação em pesquisa clínica.

TABELA 3: PRINCÍPIOS GERAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE LINHAS DE CUIDADO EM ONCOLOGIA

- Profissionais responsáveis pela assistência aos pacientes devem ter um papel central na revisão e aprovação dos protocolos
- A qualidade da evidência utilizada e o processo contínuo de atualização devem ser robustos e transparentes. Este processo deve garantir que as atualizações sejam realizadas em um tempo curto após as mudanças em informações científicas

- Os profissionais envolvidos na preparação devem relatar os potenciais conflitos de interesse
- Previsões que permitam avaliar o sucesso na implementação do protocolo, como ex. expectativa de adesão pelos profissionais, número de pacientes previstos para seguirem os protocolos por tipo de tumor
- Presença de mecanismos para orientar a comunicação entre profissionais. Ex: arbitragem para casos em que há desacordo do médico com o protocolo, previsão de avaliação individual de casos de tumores ou situações raras (não descritos no protocolo).
- Protocolos devem incluir o cuidado integral do câncer: desde o diagnóstico até o seguimento de sobreviventes e cuidados de fim de vida

Fonte: Adaptado de Zon et al. (2016).

Um dos principais objetivos do planejamento terapêutico e da condução do tratamento através de linhas de cuidado é garantir que o paciente terá acesso a um cuidado integrado, coordenado e baseado na melhor evidência científica e experiência local. Portanto, o coordenador de cuidado deve ser o guardião dos protocolos e utilizá-los como principal ferramenta para exercer suas atividades. O treinamento de toda equipe é um pré-requisito e deve ser feito de forma continuada. A disponibilização da informação e de uma perspectiva de planejamento, ao menos inicial, para o paciente também é altamente recomendável (Anexo 1).

Recomenda-se que exista uma avaliação constante sobre o andamento e efetividade das linhas de cuidado, permitindo revisões e treinamentos. Alguns indicadores sugeridos são: adesão dos profissionais (através da indicação feita nos casos), proporção de pacientes que seguiram o protocolo previsto, tempo entre diagnóstico e início de tratamento, proporção de pontos de checagem alcançados por pacientes, custo, além dos desfechos clínicos clássicos como toxicidade, qualidade de vida e sobrevida. De uma maneira geral a avaliação das linhas de cuidado se confunde com a avaliação global do cuidado e será discutida mais detalhadamente em capítulo posterior.

O tratamento do câncer mudou e ainda vai evoluir muito nos próximos anos. Cada vez mais se torna dependente de múltiplos procedimentos e avanços tecnológicos. Entendê-lo como uma etapa da jornada, que deve ser centralizada no paciente, criando uma integração entre profissionais envolvidos e linhas terapêuticas é essencial para garantir a melhoria e atualização constante na qualidade do cuidado.

PONTOS DE DESTAQUE DO CAPÍTULO:

1. O objetivo deste capítulo não é o discorrer sobre protocolos de tratamento ou utilização de determinadas drogas, terapias ou protocolos. A intenção é mostrar que um tratamento e uma rede de atenção articuladas são determinantes para o desfecho clínico do paciente e também um melhor resultado econômico-financeiro para o sistema.
2. Demonstrar a importância de sistema de informação que permita a continuidade do cuidado e também a articulação dos atores envolvidos no tratamento.
3. Novamente a importância da capacitação da equipe, principalmente no trabalho multiprofissional.
4. Destacar a grande importância da definição de todo tratamento e linha de cuidados através de times interdisciplinares e de grupos de discussão.

REFERÊNCIAS

- ¹ INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- ² FEINBERG, Bruce A. et al. Implementation of cancer clinical care pathways: a successful model of collaboration between payers and providers. **Journal of Oncology Practice**, v. 8, n. 3S, p. e38s-e43s, 2012.
- ³ ELIT L. Wait times from diagnosis to treatment in câncer. **Journal of Gynecologic Oncology**, v. 26, n. 4, p. 246-248, 2015.
- ⁴ FENNEL, Mary L. et al. The organization of multidisciplinary care teams: modeling internal and external influences on cancer care quality. **Journal of the National Cancer Institute**. Monographs, v. 2010, n. 40, p. 72, 2010.
- ⁵ ZAPKA, Jane G. et al. A Framework for Improving the Quality of Cancer Care: The Case of Breast and Cervical Cancer Screening. **Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention**, v. 12, n. 1, p. 4-13, 2003.
- ⁶ EL SAGHIR, NS et al. Global Practice and Efficiency of Multidisciplinary Tumor Boards: Results of American Society of Clinical Oncology international survey. **Journal of Global Oncology**, v. 1, p. 57-64, 2015.
- ⁷ CHARARA, Raghid N. et al. Practice and Impact of Multidisciplinary Tumor Boards on Patient Management: A Prospective Study. **Journal of Global Oncology**, p. JG0004960, 2016.
- ⁸ NEUBAUER, Marcus A. et al. Cost effectiveness of evidence-based treatment guidelines for the treatment of non-small-cell lung cancer in the community setting. **Journal of Oncology Practice**, v. 6, n. 1, p. 12-18, 2010.
- ⁹ Zon, RT et al. American Society of Clinical Oncology Policy Statement on Clinical Pathways in Oncology. **Journal of Oncology Practice**. pii: JOPR009134.

CAPÍTULO 7 – CUIDADOS PALIATIVOS E OUTRAS MEDIDAS DE SUPORTE

Sandra Serrano

INTRODUÇÃO

Há vários desafios para implementar programas voltados para cuidados paliativos oncológicos no Brasil. Há necessidade urgente de educação e formação especializada, inclusão da matéria nas grades curriculares da área de saúde, construção de políticas públicas estruturadas, criação de formas de remuneração e reconhecimento da especialidade.

Descrevemos a seguir um resumo do documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil.

CRITÉRIOS DE QUALIDADE PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS¹

1. NÍVEIS DE ATENÇÃO

Estabelecer uma política nacional é o melhor meio de assegurar um cuidado paliativo adequado e que atinja o maior número de pacientes e familiares. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda três medidas fundamentais, baseadas em política governamental, educação e disponibilidade de medicamentos, as quais apresentam enorme potencial de impacto a um custo pequeno.

Os cuidados paliativos precisam ser planejados em função dos diferentes níveis de atenção, de forma a satisfazer as necessidades locais e assegurar uma formação diferenciada, respeitando-se as realidades regionais. As unidades podem prestar cuidados em regime de internação hospitalar, assistência domiciliar e ambulatorial e abranger um leque variado de situações, idades e doenças.

Deve-se assegurar a continuidade dos cuidados por meio de uma efetiva articulação entre os diferentes níveis existentes e seu espaço geográfico, com definição de fluxos de encaminhamento, cadastramento de pacientes e de unidades assistenciais de referência.

Os cuidados paliativos devem ser planejados em função dos níveis de diferenciação expostos a seguir¹. Neste contexto, a equipe mínima de cuidados paliativos “enfermeiro-médico” poderia assumir o papel de assistente do cuidado (navegador), à semelhança do proposto no projeto “Idoso Bem Cuidado”

2. AÇÃO PALIATIVA

Representa o nível básico da palição e corresponde à prestação de ações paliativas sem recurso ou estruturas diferenciadas e/ou especializadas. Pode e deve ser prestada em regime domiciliar e/ou ambulatorial, no âmbito da rede de serviços básicos de saúde, respeitando o campo de ação das unidades inseridas nessa rede, dentro da competência e capacidade de cada uma. Havendo necessidade de internação hospitalar, a ação paliativa, se dará a partir da articulação entre os diferentes níveis, com fluxo previamente definido¹.

CUIDADOS PALIATIVOS DE NÍVEL I

- São prestados por equipes com formação diferenciada em cuidados paliativos e que estão permanentemente em processo de educação continuada nessa área.
- Organizam-se em equipes móveis que não dispõem de estrutura de internação própria, mas possuem espaço físico para sediar suas atividades.
- Podem ser prestados tanto em regime domiciliar quanto em regime de internação, articulando-se o fluxo com uma unidade assistencial de referência para esse último modelo de cuidados.
- Podem ser limitados à função de aconselhamento, com suporte diferenciado nas dimensões sociais, emocionais e espirituais diferenciados¹.

CUIDADOS PALIATIVOS DE NÍVEL II

- São prestados em unidades assistenciais com internação própria ou em domicílio, por equipes diferenciadas que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas, compreendendo o âmbito de atuação da média complexidade.
- As equipes multiprofissionais com formação diferenciada em cuidados paliativos incluem, além de médicos e enfermeiros, técnicos indispensáveis à prestação dos cuidados em todas as dimensões que os encerram – psicológica, social, emocional e espiritual¹.

CUIDADOS PALIATIVOS DE NÍVEL III

- Somam-se às condições e capacidades próprias dos cuidados paliativos de nível II as seguintes características:
 - desenvolvimento de programas estruturados e regulares de formação especializada e capacitação em cuidados paliativos;
 - desenvolvimento de pesquisa em cuidados paliativos, assim como de protocolos e condutas na área;
 - capacidade, por meio de equipe multidisciplinar completa e diferenciada, de responder e orientar situações de elevada exigência e complexidade em cuidados paliativos.
- São unidades de referência na área, compreendendo responsabilidades em formação, educação continuada, pesquisa, definição de protocolos de conduta e apoio técnico-assistencial nas situações que necessitem do âmbito de atuação em maior complexidade¹.

ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

RECURSOS HUMANOS

A equipe profissional de cuidados paliativos é interdisciplinar, formada por médicos e enfermeiras, com a cooperação necessária de psicólogo e assistente social, cuja dedicação se quantifica em função das necessidades concretas de atenção. Um desses profissionais é nomeado responsável pela equipe.

Considera-se:

- Equipe básica aquela que inclui médico e enfermeiro, com a cooperação de profissionais de serviço social e psicologia;
- Equipe completa, a que incorpora profissionais de trabalho social e psicologia, além de outros (ex.: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional);
- Equipe de referência é aquela que realiza funções de referência na complexidade assistencial associadas à formação avançada universitária e à investigação.

Voluntários e assistentes espirituais representam condição ideal em todos os níveis de atenção e sua presença deve ser estimulada em todas as equipes, desde que adequadamente treinados nos princípios dos cuidados paliativos, para que não haja choque de linguagem e atitudes que estimulem a geração de falsas esperanças e expectativas irreais. O número de profissionais na equipe se estabelece em função dos recursos com que prestam o serviço, da tipologia dos pacientes a atender e dos seus indicadores de atividade.

Equipes monográficas (em câncer, SIDA, geriatria) podem ser formadas em função do volume de pacientes na área e do grau de apoio de serviços de referência na área de atenção. A equipe de profissionais de cuidados paliativos precisa dispor de capacitação avançada, atualização e avaliação periódica de conhecimento e supervisão por órgão oficial e/ou sociedade competente.

As equipes de cuidados paliativos se localizam preferencialmente nas estruturas que permitam oferecer melhor suporte em benefício dos pacientes e de suas famílias. Assim, essas equipes podem atuar em hospitais, centros específicos, na rede básica de saúde ou fazendo parte de um sistema integral de atenção.

A equipe dedica seu tempo às atividades próprias de atenção de pacientes, de forma direta ou como consultora de referência, apoiando outras equipes profissionais. Essas atividades se desenvolvem sob um esquema de trabalho interdisciplinar e suas competências, além da assistência direta. Englobam planejamento e execução de recursos orçamentários, avaliação de qualidade, educação continuada e investigação nas áreas que lhes são próprias. A capacitação, as funções e as responsabilidades de cada membro da equipe são detalhadas por escrito. Além de uma breve definição das competências e responsabilidades do profissional, é conveniente que o plano de trabalho inclua atividades de formação contínua e critérios da avaliação periódica da capacitação e execução profissional¹.

RECURSOS MATERIAIS

Os recursos necessários para o desenvolvimento das atividades em cuidados paliativos são:

- Estruturas assistenciais (consultórios equipados, unidades com leitos de internação adequados, área de convivência para pacientes e familiares, leitos-dia para execução de pequenos procedimentos, etc.);

- Estrutura física para atividades administrativas e da equipe (sala de reunião, área administrativa);
- Estrutura para atendimento domiciliar (transporte, insumos, medicamentos essenciais para solução de crises);
- Comunicação interpessoal;
- Sistema de registro de dados em saúde;
- Acesso aos serviços de apoio de organização;
- Acesso e conexão com diferentes recursos do sistema.

A necessidade de recursos se adapta ao número de profissionais da equipe e às atividades a serem realizadas (internação, consulta, hospital-dia, atendimento domiciliar, consultorias) e depende da estrutura de desenvolvimento da equipe (níveis I, II ou III).

Os espaços físicos que se destinem à comunicação e ao trato com o paciente, o familiar e os cuidadores devem permitir *o respeito à intimidade e à segurança das pessoas*. A unidade de hospitalização deve se organizar de maneira a permitir a presença permanente da família e transmitir um ambiente caloroso e humano.

As equipes de cuidados paliativos precisam dispor de uma estrutura física específica para o trabalho, e que possibilite reuniões interdisciplinares regulares. O espaço de trabalho deve oferecer um sistema de comunicação pessoal acessível para facilitar a troca de informações entre membros da equipe, as interconsultas com pacientes e familiares e a conexão entre os diversos recursos disponíveis.

OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

OBJETIVOS GERAIS

- Atender de forma progressiva às necessidades da comunidade, promovendo o acesso dos doentes aos cuidados paliativos o mais próximo possível das respectivas suas residências nas diversas regiões do País;
- Atender às necessidades dos doentes oferecendo uma gama completa de cuidados paliativos de forma diferenciada, seja em regime de internação, seja no domicílio;
- Promover a articulação entre os cuidados paliativos e os outros serviços de saúde já disponibilizados;
- Garantir a qualidade da organização e da prestação dos cuidados paliativos mediante programas de avaliação e promoção contínua da qualidade;
- Criar condições para a formação diferenciada em cuidados paliativos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Criar equipes móveis de cuidados paliativos de nível I;
- Criar e desenvolver unidades de cuidados paliativos de níveis II e III;

- Criar e desenvolver unidades de cuidados paliativos de nível III com capacidade de diferenciação técnica na área de cuidados paliativos.

FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA EM CUIDADOS PALIATIVOS

É fundamental a existência de diferentes níveis de educação para as diversas profissões da área de saúde, de acordo com as necessidades de cada um e a especificidade de cada profissão. O nível de educação deve ser ajustado ao envolvimento do cuidado paliativo na prática do dia a dia. Não há exigência de todos os profissionais receberem o mesmo nível de treinamento. As funções, relacionadas ao paciente e à equipe, podem diferir no tipo e no número de pacientes que receberão assistência¹.

A **Tabela 1**, descreve três diferentes níveis de educação em cuidado paliativo.

TABELA 1: NÍVEIS DE EDUCAÇÃO EM CUIDADO PALIATIVO¹

Nível I	Básico (não-graduados)	Futuros profissionais da saúde durante a sua graduação em um treinamento inicial.
Nível I	Básico (graduados)	Profissionais da área da saúde formados que trabalham no sistema de saúde normal e que se confrontam com situações que necessitam da abordagem paliativa.
Nível II	Avançado (pós-graduados)	Profissionais formados que trabalham em unidades de cuidado paliativo, ou em ambulatório, ou enfermaria geral e que atuam no desenvolvimento de pessoas.
		Profissionais qualificados que frequentemente se confrontam com situações de cuidado paliativo, como oncologistas, médicos de família, pediatras e geriatras
Nível III	Especialista (pós-graduados)	Profissionais formados que têm sob sua responsabilidade.
		As unidades de cuidado paliativo, ou que oferecem um serviço de consultoria e/ou contribuem de forma ativa para a educação e a pesquisa na área.

Fonte: Elaboração própria.

Parcerias são necessárias entre os locais responsáveis pelo cuidado e os centros encarregados da educação para que essa seja realizada de forma eficiente e introduzida na prática diária. Sem esse tipo de parceria, corre-se o risco de um treinamento desequilibrado entre a teoria e a prática.

Deve-se encontrar um caminho para apoiar a aquisição do conhecimento e das habilidades com um programa de educação em cuidados paliativos que disponha de estrutura coordenada, focada e eficiente. Ao se organizar um

curso e o seu programa, é necessário notar que eles devem se basear em conhecimento ligado às necessidades dos profissionais da área da saúde, da população e à estrutura do sistema de saúde.

Isso implica que, para o desenvolvimento dos programas de educação, sejam observados alguns pontos:

- Cuidado paliativo e medicina paliativa;
- Princípios de aprendizado para adultos;
- Planejamento organizacional;
- Parceria entre os locais de treinamento prático e teórico;
- Conhecimento sobre as políticas públicas de cuidado à saúde e de educação em nível regional.

É importante ainda responder às seguintes questões na preparação dos programas educacionais:

- O treinamento ocorre devido a uma necessidade específica?
- O treinamento leva em conta os recursos potenciais e os meios disponíveis?
- Todos os objetivos, o conteúdo e os resultados são relevantes?
- O método de educação reflete os princípios da educação para adultos?
- Há um método de avaliação claro indicado como parte do treinamento?

O tipo de educação a ser oferecido tem caráter interdisciplinar, pois a equipe de saúde deve estar apta a trabalhar conjuntamente, de forma efetiva. É necessário que se tenha em mente a responsabilidade da equipe como um grupo profissional e o papel de cada um dos componentes para manter a unidade de ação.

A educação de adultos precisa se basear em uma filosofia de respeito mútuo, responsabilidade pessoal e experiência. O processo de aprendizagem, que acontece durante toda a vida, e é embasado em interesse individual, motivação, valores e competência.

Dois elementos chave devem ser priorizados: o auto-aprendizado e o aprendizado baseado em problemas, que são as vias normais. O sucesso do autoaprendizado depende de:

- Diagnóstico das necessidades de aprendizado;
- Formulação de metas;
- Identificação de recursos;
- Implementação das atividades apropriadas;
- Avaliação dos resultados.

Os adultos são motivados para o aprendizado que:

- É percebido como relevante;
- Está construído sobre experiências prévias;
- Implica participação e envolvimento;
- Foca nos problemas;
- Importa em responsabilidade pessoal;
- Possui aplicação imediata na prática;
- Envolve reflexão;
- Baseia-se no respeito mútuo.

Do ponto de vista do cuidado paliativo, o treinamento deverá englobar uma educação continuada, com abordagens multidisciplinares que levem em consideração as habilidades individuais e do grupo. O cuidado implica interação em cinco aspectos que ocorrem no dia a dia da prática paliativa:

- Com o paciente;
- Com a família/cuidador;
- Com a equipe de saúde;
- Com a sociedade;
- Com o sistema de saúde.

Percebe-se a necessidade de desenvolver níveis crescentes de conhecimentos e habilidades embasados na exposição a uma variada dimensão da prática¹.

CONTEUDO PROGRAMÁTICO CONFORME O NÍVEL DE ATUAÇÃO (ALGUNS NÍVEIS DE ATUAÇÃO NÃO NECESSITAM DE UMA ABORDAGEM MAIS PROFUNDA SOBRE DETERMINADO TEMA)

PACIENTE: OBSERVAÇÃO, AVALIAÇÃO E MANUSEIO DOS SINTOMAS

- Avaliação com abordagem multifacetada, com exame físico, diagnóstico diferencial, fisiopatologia da doença, evolução clínica e perfil clínico.
- Sintomas comuns: dor, trato gastrointestinal, dispnéia, anorexia, caquexia, fraqueza, boca seca, confusão depressão.
- Farmacologia paliativa, tratamento dos sintomas mais comuns e efeitos colaterais, observação contínua e avaliação da terapêutica.
- Farmacocinética da droga e interações medicamentosas.
- Rotas de administração de medicamentos.
- Emergências dentro do cuidado paliativo: compressão medular, hemorragia, síndrome da veia cava, hipercalcemia.
- Sintomas complicados: tosse, odor, incontinência fecal, fístulas e problemas de pele.
- Intervenção psicológica e/ou psiquiátrica.
- Papel dos profissionais de fisioterapia e terapia ocupacional.
- Abordagem espiritual do cuidado.
- Medidas de conforto.
- Aspectos multidimensionais da dor.
- Avaliação da dor.
- Manuseio da dor.
- Opções opióides, titulação e toxicidade.
- Rotação de opióides.
- Educação do paciente para o uso de opióides.
- Manuseio da dor em situações especiais: pediatria e pacientes idosos.
- Antecipação da fase final da vida.
- Manuseio dos sintomas do fim de vida.
- Sedação paliativa.
- Cuidados do paciente que está morrendo e da sua família
- Morte, atestado de óbito, cuidado do corpo após a morte, formalidades administrativas.
- Suporte espiritual, rituais e costumes¹.

ATUAÇÃO PERANTE O PACIENTE E SUA FAMÍLIA

- O impacto de uma enfermidade sobre o paciente e a família, o sofrimento espiritual, as modificações da família em crise, o manuseio dos sintomas e os mecanismos para lidar com o fato.
- Consequências sociais da enfermidade e mecanismos de ajuste.
- Formas de dar más notícias: comunicação verbal e não-verbal.
- Conhecimento sobre uma abordagem sistêmica.
- Educação da família, do paciente e dos cuidadores.
- Medidas de suporte para situações difíceis, processos de negociação e prevenção de conflito.
- Processo de luto e perda.
- Cuidados especiais do luto da criança.
- Religiosidade¹.

A EQUIPE

- Responsabilidade de cada membro da equipe, incluindo voluntários e familiares.
- A influência do paciente e da família na dinâmica da equipe.
- Suporte para a equipe¹.

ÉTICA

- Reflexão sobre a jornada de cada um, a jornada da pessoa, o fim da vida e a morte.
- Limitações da medicina e do cuidado, limitações pessoais, síndrome do Burnout.
- Ética, respeito ao paciente, direitos do paciente, dignidade, autonomia, beneficência, não-maleficência¹.

MORTE NA SOCIEDADE: CUIDADOS PALIATIVOS NO SISTEMA DE SAÚDE

- Definições de medicina e cuidado paliativo e implicação na prática clínica.
- Epidemiologia das doenças não-curáveis.
- Qualidade de vida.
- Consentimento informado.
- Aspectos culturais e espirituais da morte e do luto.
- Aspectos legais sobre o fim de vida.
- Como as instituições trabalham?
- Estrutura e modelos de serviços paliativos.
- Desenvolvimento do cuidado paliativo e modelos público e privado de saúde.

Os temas são diversos e ocorrem em várias frentes, sendo necessário ordenar a entrada de cada um deles conforme acontecem os módulos. Sabidamente, só a teoria não resolve, cabe discutir os critérios de aprendizado prático para contemplar os diversos níveis de formação¹.

CUIDADOS AO FIM DA VIDA

A utilização de recursos terapêuticos altamente sofisticados em doenças cujo tratamento é limitado pode gerar situações de extremo desconforto e prolongamento de uma vida já não mais compatível com a qualidade e o conforto. Para tais situações o cuidar prepondera sobre o curar. Faz parte da boa prática médica perceber quando

a doença instalada é incurável e está em evolução, pois, nesse caso, a modalidade de assistência deverá ser voltada para a qualidade de vida, e não para o aumento da sobrevida. O profissional deve ter sensibilidade para não querer curar o incurável nem tratar o intratável, mas deve perceber que, se há um limite para a cura e o tratamento, não o há para os cuidados.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a medicina paliativa é uma especialidade médica que estuda o controle de pacientes com doença ativa, progressiva e avançada, para quem o prognóstico é limitado e a assistência, voltada para a qualidade de vida. A OMS considera paliativos os cuidados totais ativos prestados a pacientes com doença incurável, progressiva e irreversível que não respondem a qualquer tratamento curativo, sendo fundamental o controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicológicos, sociais e espirituais. O enfoque terapêutico é o alívio dos sintomas que comprometem a qualidade de vida, integrando ações médicas, de enfermagem, psicológicas, nutricionais, sociais, espirituais e de reabilitação, incluindo a assistência aos familiares. O principal objetivo da palição é o controle adequado dos sintomas que surgem com o avanço de uma doença incurável que está evoluindo para a morte. Os sintomas que causam qualquer tipo de sofrimento influenciarão a qualidade de vida e o tipo de morte que a pessoa terá¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida é uma sensação de satisfação subjetiva ligada a todos os aspectos inerentes ao ser humano, sejam físicos, psicológicos, sociais e espirituais. A qualidade de vida é boa quando as aspirações individuais são atendidas ou correspondidas pela vivência daquele momento. A melhoria da qualidade de vida, no âmbito dos cuidados paliativos, consiste em reduzir ao máximo o hiato entre o ideal e o possível.

O processo de morte é uma experiência muito marcante para o paciente, seus familiares e para a equipe clínica. Os profissionais não foram treinados para lidar com o sofrimento e a morte, já que essa representa o *fracasso* da atuação médica. Se o paciente sofreu, se sentiu dor, se os seus sintomas foram mal controlados, o trauma dessa experiência acompanhará os familiares pelo resto de suas vidas, possivelmente com repercussões negativas no futuro caso algum deles venha a passar pela mesma experiência. Ao contrário, se o processo de finitude ocorrer de maneira digna, sem sofrimento para o paciente, certamente a família ficará confortada e enfrentará com mais tranquilidade situação semelhante que algum de seus membros venha a experimentar no futuro¹.

CATEGORIZAÇÃO POR NÍVEIS SEGUNDO O RISCO DO PACIENTE

Nos cuidados paliativos, o ingresso dos pacientes nos distintos níveis de atenção se realizará em função das necessidades de unidade de tratamento. Isso não significa passar obrigatoriamente por níveis de menor desenvolvimento para ser assistido nos níveis superiores. O nível de risco nos cuidados paliativos está baseado no grau de sofrimento ou na deterioração da qualidade de vida em relação à doença padecida, e não na probabilidade de morrer. Considera-se a morte um evento natural da vida e esperável dada a evolução da doença. A complexidade clínica ou o nível de risco de um paciente e sua família, ou, ainda, o contorno afetivo podem mudar notavelmente nas diferentes evoluções da doença, determinando a necessidade de atender em distintos níveis de risco. A flexibilidade do sistema deve favorecer a resolução dos problemas e das necessidades e a provisão dos cuidados adaptados a esses diferentes níveis de risco. O maior risco de um paciente ou de sua família, em qualquer das áreas (física, psicológica, social ou espiritual), faz com que fique recomendado um determinado nível, mesmo que nas outras áreas o risco seja menor. Exemplo: um paciente com sintomas físicos controláveis no nível I, mas com sinais de claudicação familiar ou com depressão, com ideias de suicídio, deve ser atendido nos níveis II ou III.

Cada nível tem limites máximos de atenção. Os níveis superiores incluem sempre o que se pode resolver no nível imediatamente inferior. Deve-se promover a continuidade dos cuidados com fácil transferência de um

nível ao outro e disponibilidade de mecanismos de referência e contra referência explícitos. O objetivo é que os diferentes níveis de atenção funcionem como uma rede, com boa comunicação entre si¹.

NÍVEL I

Pacientes com diagnóstico de doença avançada, progressiva e potencialmente mortal em curto ou médio prazo, com um ou mais sintomas físicos, psicológicos, sociais ou espirituais, diferentes graus de sofrimento, em alguns casos severos, mas controláveis com os recursos disponíveis nesse nível¹.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promoção do bem-estar e da qualidade de vida do paciente e de sua família ou do entorno significativo dentro das condições que a evolução da doença permita;
- Detecção das necessidades atuais e potenciais da unidade de tratamento.
- Controle de sintomas físicos que alteram a qualidade de vida e prevenção do aparecimento de complicações e/ou efeitos secundários dos tratamentos instituídos;
- Implementação de intervenções educacionais e terapêuticas nas áreas psicológica e social;
- Disponibilidade de âmbitos e sistemas de acompanhamento e apoio espiritual;
- Prevenção do luto complicado¹.

FUNÇÕES COMUNS DAS DISTINTAS ÁREAS

- Avaliar o grau de sofrimento físico, psicológico, social e espiritual;
- Identificar necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente e da família ou do entorno significativo;
- Implementar medidas ou estratégias de tratamento nas diferentes áreas destinadas a aliviar o sofrimento;
- Habilitar a unidade de tratamento para otimizar sua capacidade de cuidado;
- Prevenir a claudicação familiar;
- Valorar resultados dos tratamentos instituídos;
- Detectar indicadores de risco do luto patológico;
- Coordenar os cuidados entre a equipe interdisciplinar;
- Conceder acompanhamento e educação à comunidade sobre os aspectos gerais da repercussão da doença, da morte ou do luto¹.

ATIVIDADES COMUNS DE DISTINTAS ÁREAS

- Avaliação clínica e instrumental do grau de sofrimento físico, psíquico, social e espiritual;
- Registro da necessidade e da prioridade da unidade de tratamento nas áreas físicas, psicológicas, sociais e espirituais;
- Intervenções terapêuticas farmacológicas e não-farmacológicas destinadas a aliviar o sofrimento;
- Coordenação dos cuidados entre a equipe interdisciplinar;
- Realização de reuniões e entrevistas com a unidade de tratamento para treinamento nos cuidados respectivos;
- Detecção dos fatores do luto patológico durante entrevistas diagnósticas ou de seguimento;
- Utilização de parâmetros clínicos e instrumentos de avaliação para monitorar os resultados das terapêuticas instituídas¹.

FUNÇÕES DA ÁREA MÉDICA

- Estabelecer estratégias de intercâmbio de informação com o paciente e a família que favoreçam a comunicação fluida, aberta e veraz em temas relacionados a diagnóstico, prognóstico e opções terapêuticas;
- Aliviar a dor de acordo com o método da escada analgésica da OMS;
- Prover o controle dos sintomas (p. ex., sintomas digestivos, respiratórios, etc.);
- Indicar o tratamento adequado a cada sintoma segundo as melhores evidências médicas;
- Avaliar de forma permanente a eficácia dos tratamentos indicados¹.

ATIVIDADES DA ÁREA MÉDICA

- Entrevista diagnóstica com o paciente, sua família e/ou o entorno significativo. Realização do exame físico do paciente e registro dos dados em sua história clínica;
- Avaliação de causas, mecanismos e intensidade dos sintomas;
- Indicação do tratamento de acordo com o anterior;
- Controle dos resultados dos tratamentos indicados;
- Implementação de medidas de prevenção de efeitos adversos ou indesejados do tratamento;
- Informação e capacitação do paciente para preservar e estimular seu autocuidado (higiene, cuidados com a pele e a boca, controle das sondas, medicação, etc.);
- Capacitação da família em todas as áreas de atenção ao paciente (higiene, cuidados com a pele e a boca, controle das sondas, medicação, etc.);
- Interconsulta ou encaminhamento a outro nível perante sintomas controlados;
- Interconsulta com outras especialidades perante sintomas físicos, psicológicos ou sociais não-abordáveis no nível em questão¹.

FUNÇÕES DA ÁREA DE ENFERMAGEM

- Realizar um diagnóstico de enfermagem das necessidades;
- Planejar ações de enfermagem segundo a prioridade do paciente;
- Executar técnicas de cuidados básicos de higiene e conforto, alimentação, eliminação, locomoção e reabilitação;
- Administrar medidas de tratamento farmacológico e não-farmacológico;
- Alertar sobre a participação do paciente no processo de atenção estimulando o autocuidado e favorecendo sua auto-estima;
- Criar um ambiente que favoreça a comunicação;
- Educar e supervisionar a família e seu entorno afetivo sobre os cuidados gerais do paciente e a administração do tratamento farmacológico;
- Prevenir complicações e situações de risco;
- Avaliar os resultados implementados¹.

ATIVIDADES DA ÁREA DE ENFERMAGEM

- Entrevista diagnóstica com o paciente, sua família e seu entorno com a finalidade de identificar necessidades das áreas física, psíquica e social;
- Registro dos dados na sua história clínica;
- Avaliação da dor e de outros sintomas utilizados nas diferentes escalas; detecção de problemas

sociais, emocionais, psicológicos e elaboração do diagnóstico de enfermagem;

- Planejamento de ações dos pacientes, da família ou da equipe, segundo ordem de prioridade das necessidades observadas e detectadas;
- Execução de técnicas de cuidados básicos de higiene e conforto, alimentação, eliminação, locomoção e reabilitação;
- Provisão de medidas indicadas para o alívio da dor e do sofrimento, preservando a dignidade da pessoa doente e favorecendo a auto-estima;
- Aplicação de medicamentos indicados por vias de administração oral, retal, subcutânea intermitente, segundo técnicas e procedimentos específicos; observação de efeitos terapêuticos e de eventos adversos;
- Colocação de agulhas e cateteres parentais SC e/ou IV (segundo indicação médica) para administração e controle de medicação ou hidratação; prevenção e detecção precoce de eventuais complicações;
- Administração de tratamentos não-farmacológicos: enemas, cateteres, etc.;
- Informação e treinamento do paciente para preservar e estimular seu autocuidado;
- Treinamento da família ou do entorno nos cuidados gerais;
- Suporte emocional e acompanhamento adequado ao paciente e à família na etapa de agonia;
- Solicitação e administração de recursos materiais necessários à implantação dos cuidados;
- Avaliação dos resultados dos tratamentos implementados mediante a utilização de escalas numéricas, visuais, análogas ou categóricas;
- Registro de todas as intervenções ou atividades realizadas;
- Prevenção de complicações e situações de risco na área física;
- Detecção da situação de crise na área psicossocial, orientando à consulta ou a outros profissionais¹.

FUNÇÕES DA PSICOLOGIA – SAÚDE MENTAL

- Detectar necessidades, condutas e recursos emocionais adaptados ou não ao paciente, à família e ou ao entorno significativo, considerando as diferentes etapas evolutivas;
- Preservar e estimular as funções de autonomia e autocuidado do paciente e da família, mantendo-lhes a auto-estima;
- Detectar fatores de risco e vulnerabilidade psicológica da unidade de tratamento;
- Favorecer o esclarecimento dos processos emocionais normais e esperados nessas circunstâncias, desejos e temores da morte e lutos normais em cada etapa da doença;
- Detectar dificuldades atuais ou potenciais de comunicação entre paciente, família e equipe profissional;
- Realizar diagnóstico diferencial e de níveis de ansiedade, depressão e outros transtornos psíquicos que dificultem a adaptação ativa da unidade de tratamento à situação da doença;
- Propiciar o alívio dos aspectos psicológicos da dor;
- Conter, prevenir e tratar os familiares durante o processo do luto;
- Contribuir para o diagnóstico diferencial entre sintomas psíquicos reativos e/ou derivados da doença física ou do seu tratamento;
- Diagnosticar transtornos psicológicos que requerem interconsulta ou desvio para outro nível¹.

ATIVIDADES DA PSICOLOGIA – SAÚDE MENTAL

- Realização de entrevistas de diagnósticos psicológicos do paciente, da família e/ou do entorno significativo; registro de dados na sua história clínica;
- Programação de entrevistas familiares para favorecer a expressão de emoções e/ou mecanismos defensivos normais, comomedo, ira, negação, etc.;

- Realização de entrevistas individuais ante a constatação do familiar em risco;
- Avaliação da necessidade de interconsulta e/ou derivação psiquiátrica de pacientes ou familiares com transtornos;
- Realização de diagnóstico diferencial entre sintomas devidos ao efeito fisiológico direto da doença médica (DSM-IV/F06) e transtornos mentais que afetam o estado físico (DSM-IV/F54);
- Realização de entrevistas de seguimento psicológico e/ou psicoterapia do paciente e da família e/ou do entorno significativo;
- Realização de ações de psicoprofilaxia por procedimentos e/ou tratamento;
- Diagramação e implantação de intervenções psicoterapêuticas para o tratamento dos aspectos emocionais que acompanham a dor e os outros sintomas;
- Realização de entrevistas de esclarecimento sobre os aspectos de informação ao paciente e à sua família e prevenção da claudicação familiar;
- Implementação de planos de seguimento do luto por meio de entrevistas familiares e/ou individuais e/ou psicoterapêuticas (crianças, adultos, adolescentes);
- Realização de tarefas informativas nas áreas educacionais e outras relacionadas com o paciente e/ou a família;
- Detecção das mudanças e dificuldades nos papéis dos membros da família¹.

FUNÇÕES DA ÁREA DO TRABALHO SOCIAL

- Avaliar o grau de impacto produzido pela doença no paciente, na família e no entorno significativo, a fim de melhorar o diagnóstico social;
- Propiciar uma adequada comunicação com o paciente e sua família para unificar critérios e otimizar os objetivos;
- Incrementar a comunicação entre o paciente e a família e deles com a equipe;
- Promover a adaptação individual e coletiva à nova situação, a fim de propiciar o cuidado do paciente e o autocuidado da família;
- Orientar para a resolução de temas práticos e complicações pelas quais se possa prantejar, trazendo informação, assessoramentos e contatos com recursos idôneos;
- Conter a família durante o processo do luto e facilitar a resolução dos problemas sociais¹.

ATIVIDADES DA ÁREA DO TRABALHO SOCIAL

- Realização da entrevista diagnóstica com o paciente e a família; registro da história clínica;
- Planificação de estratégias de abordagem para o tratamento social;
- Realização de entrevistas de seguimento individual e familiar;
- Realização de entrevistas complementares em domicílio visando o diagnóstico social;
- Interconsultas e/ou derivação ante disfunções sociais não-controláveis no nível atual;
- Conexão com os recursos sociais necessários para a resolução dos problemas detectados (obtenção de medicação, transporte, etc.);
- Utilização de ferramentas de registro e valoração de resultados;
- Realização de entrevistas individuais ou grupais acerca do suporte social no luto.
- Conexão com os recursos sociais necessários para a resolução dos problemas detectados (obtenção de medicação, transporte, etc.);
- Utilização de ferramentas de registro e valoração de resultados;
- Realização de entrevistas individuais ou grupais acerca do suporte social no luto¹.

RECURSOS HUMANOS

O nível I inclui profissionais de diferentes disciplinas de atenção primária ou de especialidades, certificados por suas respectivas entidades, com formação básica em cuidados paliativos segundo currículo que permita adquirir conhecimento, atitudes e habilidades em cuidados paliativos para diagnóstico, tratamento, prevenção e derivação. A formação de pós-graduação teórica e prática dos profissionais deve ser certificada ou recertificada pela autoridade ou sociedade competente.

Os profissionais deverão ser capazes de atender o paciente crônico evolutivo e seu entorno e estabelecer as primeiras medidas-padrão da área em que trabalha. Esses profissionais podem ser:

- médico geral ou especialista, enfermeiro, psicólogo e/ou assistente social;
- voluntários, com prévia seleção e treinamento adequado, representam um recurso opcional recomendado. A dinâmica de trabalho considera a conformação de uma equipe funcional¹.

DEFINIÇÃO DE EQUIPE FUNCIONAL

É aquela cujos integrantes, que reconhecem e promovem os benefícios do cuidado multiprofissional e interdisciplinar, não trabalham exclusivamente em cuidados paliativos nem formam um grupo interdisciplinar permanente, mas, quando assistem um paciente, estabelecem os objetivos e planejam as estratégias de forma conjunta.

A equipe se configura e organiza em função das necessidades de cada paciente/família e inicia suas tarefas com a atividade assistencial de dois ou mais de seus integrantes. O resultado da atuação da equipe é maior que a soma dos trabalhos individuais de cada profissional envolvido.

A equipe conta ainda com instituições de apoio, que provêm recursos de assistência da unidade de tratamento. Esses serviços de apoio são: laboratório, diagnóstico por imagem, farmácia, etc¹.

EM RESUMO

Nesse capítulo, tentamos demonstrar a grande importância de estruturar uma rede diferenciada de cuidados na saúde suplementar brasileira.

Os cuidados paliativos fazem parte dessa estrutura e devem ser pensados e organizados dentro de todos os aspectos aqui descritos.

Também tentamos dar orientações sobre como iniciar essa estruturação, organizar e planejar a equipe.

Precisamos com urgência iniciar o debate no Brasil sobre formas mais humanizadas e planejadas de lidar com o processo do morrer. Esse tema que ainda causa desconforto nos debates, é fundamental para organização de qualquer sistema de saúde, principalmente em países, como o Brasil, cuja população está envelhecendo.

REFERÊNCIAS

¹ MACIEL, Maria Goretti Sales et al. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

CAPÍTULO 8 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL E DEFINIÇÃO DE INDICADORES

Everardo Braga, Ana Lucia da Silveira Franco, Nelson Teich, Henry Szejder, Graziela Escobar e Alfredo Scaff

Com o rápido avanço da ciência médica e da tecnologia, os serviços de saúde perderam a habilidade de prover assistência de alta qualidade a todos os pacientes. Essa afirmação está presente no documento mais emblemático divulgado em 2001 sobre os erros em saúde¹. Este é o contraponto da crença de que mais recursos e tecnologia disponível resultariam automaticamente em assistência e resultados clínicos de qualidade. A análise crítica da assistência evidenciou que a organização do cuidado é fator preponderante para o sucesso de intervenções em saúde.

Gastos em saúde duplicaram nos últimos 30 anos em países industrializados², mas os resultados clínicos não seguiram esta tendência de forma absoluta. Uma das principais razões é a fragmentação dos sistemas de saúde. Nesse sentido, desenvolver uma abordagem focada no fluxo assistencial e na melhoria da qualidade é fundamental para atender as expectativas de pacientes, profissionais e fontes pagadoras. A fragmentação na prestação de serviços ao longo do fluxo do paciente oncológico e a baixa qualidade de serviços prestados impactam em custos elevados nos países em desenvolvimento, sem necessariamente refletir bons resultados clínicos.

Atingir as metas de desenvolvimento do milênio propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)³ requer fundamentalmente uma perspectiva de sistema integrado de assistência.

Por esses motivos, o ponto central para a melhoria da assistência ao paciente oncológico é desenvolver uma lógica que permita aos tomadores de decisão monitorar informações críticas e propor estratégias que efetivamente resultem em integração do cuidado ao longo do fluxo assistencial. O trabalho contínuo no processo vai gerar uma série de mudanças com foco na melhoria da qualidade.

Conhecer os desfechos clínicos relevantes é fundamental para entender o que está sendo oferecido a pacientes e sociedade em termos de qualidade do Sistema de Saúde. Enquanto estruturamos o sistema para obtenção regular desses dados críticos, temos que usar indicadores de processo e de resultado intermediário para a organização do sistema e identificação de pontos de risco. Assim, é possível desenvolver ações de curto e médio prazo para mitigar ou eliminar possíveis impactos na qualidade de vida e na sobrevivência de pacientes oncológicos.

Entendendo a complexidade do câncer, a existência de comorbidades, assistência com baixo nível de padronização e a variabilidade de acesso a novas tecnologias, ainda haverá um longo caminho a percorrer até que indicadores definitivos de desfecho clínico sejam usados para avaliar a eficiência do sistema de saúde atual. Esse diagnóstico permitirá criar programas que resultem em um sistema cada vez mais resolutivo e sustentável.

A Organização Mundial de Saúde divulgou em 2006⁴ um guia orientativo para a implementação de programas de melhoria da qualidade e reorganização de sistemas de saúde. No entendimento da OMS, desfechos clínicos melhores são consequência do aprimoramento da capacidade de as instituições de saúde proverem serviços de qualidade. Ainda de acordo com esse documento, as iniciativas de promoção à saúde devem atender às seis dimensões da qualidade propostas pelo *Institute of Medicine (IOM)*:

Efetividade: é aderente à evidências e resulta em melhores resultados clínicos, considerando a necessidade de indivíduos e da população;

Eficiência: maximiza o uso de recursos e evita desperdícios;

Acessibilidade: garante menor tempo e localização geográfica adequada;

Centrado no paciente: leva em consideração necessidades individuais e cultura da comunidade;

Equitativo: garante padrão de qualidade independentemente de características individuais;

Segurança: minimiza riscos e danos aos usuários.

O desenvolvimento de novos modelos de cuidado deve focar em todas as dimensões da qualidade e obter melhores resultados clínicos por meio da integração da assistência. Assim, para melhorar os resultados assistenciais é necessário extrapolar as barreiras institucionais e entender o fluxo do paciente como um caminho único.

A Figura 1 mostra o fluxo do paciente oncológico e as principais variáveis relacionadas ao diagnóstico e tratamento (cirurgia, tratamento sistêmico, radioterapia, exames, procedimentos, profissionais, instituições, entre outros). O correto entendimento do “caminho” do paciente ao longo do fluxo é necessário para guiar o desenho de programas que criem um sistema cada vez mais eficiente e sustentável.

Em 2008, o *Institute of Healthcare Improvement (IHI)*, divulgou o modelo do Triple Aim⁵, considerando que o desenvolvimento dos modelos de saúde deve buscar três alvos principais simultaneamente: melhorar a saúde da população; melhorar a experiência de cuidado do paciente; e reduzir o custo per capita. A partir daquele momento, os novos modelos assistenciais, e até mesmo os antigos, passaram a buscar um novo direcionamento ao implementar a iniciativa proposta.

Embora nenhum sistema tenha atingido ainda o conjunto ideal de medidas, em 2012⁶ foi publicada uma proposta de indicadores vinculados a estes alvos. Na dimensão de avaliação de saúde, são sugeridos indicadores de mortalidade, expectativa de vida, incidência e/ou prevalência, avaliação de risco. Em relação à experiência do paciente, sugere-se: verificar a disponibilidade para recomendar o serviço, e a adoção das seis dimensões propostas pelo IOM citadas anteriormente. Por fim, o custo *per capita* é avaliado pelo custo total mensal por indivíduo e o nível de utilização de emergências e internação.

No Brasil, as instituições de saúde ainda estão focadas no custo de procedimentos sem necessariamente passar por uma análise de qualidade assistencial. Iniciativas internacionais, sendo a americana um exemplo importante, estão fundamentados principalmente na avaliação de uso de esquemas de quimioterapia, o que é muito pouco para melhorar um sistema de atenção oncológica, que precisa ser abordado levando em consideração todo o ciclo de cuidado.

Um primeiro passo para as instituições de saúde deve ser a definição de protocolos clínicos assistenciais para as patologias de maior prevalência. A partir da padronização da assistência prestada é possível definir e monitorar adesão às boas práticas instituídas e propor ações de melhoria no fluxo assistencial.

Existem alguns campos importantes de direcionamento de indicadores: equipe assistencial; plano de tratamento documentado; consentimento informado; indicação e prescrição de quimioterapia; medicamentos de suporte; radioterapia e cirurgia; patologia; imagem e laboratório; monitoramento do paciente; acesso a atendimento de emergência; educação de pacientes e familiares.

Neste programa, os indicadores abrangem procedimentos reconhecidos globalmente para o monitoramento da qualidade na assistência ao paciente oncológico. Selecionamos um número restrito de medidas seguindo critérios de

aceitabilidade, facilidade de coleta de dados, a partir de bases existentes, potencial para implementação de melhorias, reprodutibilidade e comparabilidade entre instituições. Também foram selecionados indicadores específicos baseados em duas patologias de maior prevalência (mama e colorretal) com significativo impacto clínico.

As bases de dados disponíveis no setor para apuração dos indicadores são o Sistema de Informação de Beneficiários (SIB/ANS) e o padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS/ANS), ambos geridos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Esses sistemas abrangem as operadoras de planos de saúde e seus prestadores de serviço. Será necessário obter compromisso dos participantes desse programa colaborativo para preenchimento de todos os campos vinculados aos indicadores, ainda que não sejam obrigatórios na rotina operacional para informação da assistência prestada aos beneficiários.

O painel proposto tem 10 indicadores, sendo quatro de caráter essencial e outros seis como recomendáveis. Eles abrangem as diversas fases da assistência: rastreamento, diagnóstico, decisão terapêutica, tratamento, suporte clínico e desfecho.

Deve-se iniciar imediatamente um debate para o correto preenchimento do campo de diagnóstico por meio do Código Internacional de Doenças (CID). A qualidade de preenchimento atual impõe limites para a correta estratificação do objeto da assistência, comprometendo algumas dimensões e a qualidade da informação gerada.

Nos Estados Unidos, o conhecido programa “*The Affordable Care Act*” instituiu o *Programa de Notificação de Qualidade de Hospitais de Câncer*⁷ de forma escalonada, iniciando com 5 indicadores no primeiro ano, 1 adicional no segundo ano e mais 12 adicionais no terceiro ano, notificados por meio de um sistema de notificação rápida. O programa inclui incentivo financeiro a hospitais e profissionais elegíveis. A expectativa é de que, num futuro próximo, as instituições participantes possam comparar resultados e compartilhar experiências de sucesso.

O monitoramento preciso de indicadores selecionados possibilita a identificação precoce de pontos de risco e, conseqüentemente, atuação direta e antecipada sobre a estratégia definida. Acompanhamento apenas de desfechos finais, como sobrevida global, embora de extrema relevância, podem comprometer a tomada de decisão em curto e médio prazos.

TABELA 1: FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES DO CUIDADO ONCOLÓGICO

Nº	Origem	Fase/Tipo	Nome	Fonte dos dados	Finalidade	Fórmula de cálculo	Parâmetro para análise	Caráter
1	TISS e SIB	Rastreamento	Percentual de mulheres entre 50-69 anos que realizaram mamografia nos últimos dois anos	Campos do TISS com informação de data e beneficiário do atendimento; Tabela 22 - Procedimentos e eventos em saúde. Público-alvo da operadora no SIB.	Análise do nível de implementação de ações para diagnóstico precoce em câncer de mama.	Número de mulheres com mamografia nos últimos dois anos x 100 / Número de mulheres com idade entre 50 e 69 anos	NCQA. Mensuração: operadoras comerciais 68,9%; Medicare 67,2%; Medicaid 51,3%. Ajustado início de 40 para 50 anos para conciliar com política nacional para câncer de mama.	Recomendável
2	TISS e SIB	Rastreamento	Percentual de pacientes entre 50-75 anos que realizaram avaliação para cancer colorretal	Campos do TISS com informação de data e beneficiário do atendimento; Tabela 22 - Procedimentos e eventos em saúde. Público-alvo da operadora no SIB.	Análise do nível de implementação de ações para diagnóstico precoce em câncer colorretal.	Número de beneficiários com exames de avaliação para câncer colorretal no período x 100 / Número de beneficiários com idade entre 50 e 69 anos	NCQA. Mensuração: operadoras comerciais 55,1%; Medicare 49,3%. Procedimentos: pesquisa imunológica de sangue oculto nas fezes, retossigmoidoscopia e colonoscopia.	Recomendável
3	TISS	Diagnóstico	Percentual de definição da capacidade funcional do paciente e estadiamento do tumor .	Campos do TISS com informação de data e beneficiário do atendimento; Tabelas 30 - Escala de capacidade funcional, 31 - Estadiamento do tumor e 50 - Tipo de atendimento.	Análise do registro do nível de capacidade funcional e estadiamento da neoplasia, nos pacientes em início de tratamento na clínica oncológica. Tais medidas são fundamentais para definir o plano terapêutico a ser oferecido ao paciente, bem como estabelecer o prognóstico da patologia que apresenta.	Número de casos com registro da capacidade funcional do paciente e do estadiamento do tumor x 100 / Total de pacientes iniciando tratamento oncológico específico	GT Indicadores SADT (ANS) QOPI faz referência a explicitação do estadiamento e avaliação da capacidade funcional em até 1 mês da primeira consulta.	Essencial
4	TISS	Diagnóstico	Percentual de laudos patológicos contendo elementos especificados	Campos do TISS com informação de data e beneficiário do atendimento; Tabela 22 - Procedimentos e eventos em saúde.	Análise sobre a realização do diagnóstico de câncer com base em exame anatomopatológico, com imunohistoquímica. Variável base mais importante do diagnóstico.	Número de casos com procedimento anatomopatológico por citologia/histologia/imunohistoquímica x 100 / Total de pacientes iniciando tratamento oncológico específico	NCBC. Recomendação CAP (College of American Pathologists). Meta: igual ou maior que 95%.	Essencial

continua

continuação...

Nº	Origem	Fase/Tipo	Nome	Fonte dos dados	Finalidade	Fórmula de cálculo	Parâmetro para análise	Caráter
5	TISS	Decisão terapêutica	Percentual da finalidade e tipo do tratamento quimioterápico.	Campos do TISS com informação de data e beneficiário do atendimento; Tabelas 33 - Finalidade de tratamento, 50 - Tipo de atendimento e 58 - Tipo de quimioterapia.	Análise do registro da finalidade (neo-adjuvante, adjuvante, curativa, controle ou paliativa) e tipo da quimioterapia (1ª, 2ª, 3ª ou outras linhas). Fundamentais para acompanhamento do paciente quanto ao resultado e prognóstico com o protocolo escolhido como referência, bem como a consonância com os níveis de estadiamento dos casos em tratamento.	$\text{Número de casos com finalidade e tipo da quimioterapia} \times 100 / \text{Total de pacientes iniciando tratamento oncológico específico}$	GT Indicadores SADT (ANS). Recomendação QOPI PCOP para quimioterapia.	Recomendável
6	TISS	Tratamento	Percentual de terapia hormonal para pacientes com câncer de mama receptor estógeno/progesterona positivo.	Campos do TISS com informação de data e beneficiário do atendimento; Tabelas 22 - Procedimentos e eventos em saúde e 31 - Estadiamento do tumor	Análise da ocorrência de tratamento das pacientes com câncer de mama estágio IC-IIIC RE ou RP positivo com hormonioterapia em até 1 ano do diagnóstico inicial. Tal recurso terapêutico é conduzida de consenso para este tipo de neoplasia.	$\text{Número de casos tratadas com hormonioterapia} \times 100 / \text{Total de pacientes com câncer de mama estágio AJCC I(T1c) a III RE ou RP positivo}$	QOPI	Essencial
7	TISS	Tratamento	Percentual de tratamento antineoplásico adjuvante recebido em até 4 meses do diagnóstico para pacientes com câncer de cólon	Campos do TISS com informação de data e beneficiário do atendimento; Tabelas 22 - Procedimentos e eventos em saúde, 31 - Estadiamento do tumor e 33 - Finalidade de tratamento	Análise da ocorrência de tratamento dos pacientes com câncer colorretal estágio AJCC III com quimioterapia adjuvante. Tal recurso terapêutico é conduzida de consenso para este tipo de neoplasia.	$\text{Número de casos tratados com quimioterapia adjuvante dentro de 4 meses do diagnóstico} \times 100 / \text{Total de pacientes com diagnóstico de câncer colorretal estágio AJCC III}$	QOPI	Essencial

continua

continuação...

Nº	Origem	Fase/Tipo	Nome	Fonte dos dados	Finalidade	Fórmula de cálculo	Parâmetro para análise	Caráter
8	TISS e SIB	Suporte clínico	Percentual de pacientes que morreram de câncer recebendo quimioterapia paliativa nos últimos 14 dias de vida	Campos do TISS com informação de data e beneficiário do atendimento; motivo de encerramento e número da declaração de óbito. Tabelas 22 - Procedimentos e eventos em saúde, 33 - Finalidade de tratamento e 50 - Tipo de atendimento. Óbitos no SIB.	Análise da ocorrência de administração de quimioterapia paliativa para pacientes nas últimas duas semanas de vida. Permite avaliar o comprometimento da Instituição com as melhores práticas de cuidado, incluindo o momento adequado para interrupção de tratamento específico.	Número de casos com quimioterapia paliativa há 14 dias ou menos dia x 100 / Número de óbitos em quimioterapia paliativa	QOPI	Essencial
9	TISS	Integração da equipe	Disponibilização de apoio multiprofissional na unidade de atendimento (serviço social, psicologia, nutrição, fisioterapia, clínica da dor, odontologia, etc .)	Campos do TISS com informação de data e beneficiário do atendimento; Tabelas 22 - Procedimentos e eventos em saúde, 24 - CBO, 50 - Tipo de atendimento e 52 - Tipo de consulta	Análise da assistência integrada da terapia de alta complexidade com foco no cuidado integral ao paciente oncológico	Número de casos com consultas multiprofissionais x 100 / Total de pacientes em tratamento oncológico específico	GT Indicadores SADT (ANS).	Recomendável
10	TISS e SIB	Desfecho	Sobrevida global em 5 anos estratificada por estadiamento ao diagnóstico	Campos do TISS com informação de data e beneficiário do atendimento; motivo de encerramento e número da declaração de óbito. Tabelas 22 - Procedimentos e eventos em saúde, 31 - Estadiamento do tumor e 50 - Tipo de atendimento. Óbitos no SIB.	Análise de longo prazo da assistência entregue ao paciente oncológico	Curvas de Kaplan Meier	NCBC.	Recomendável

Fonte: Elaboração própria.

REFERÊNCIAS

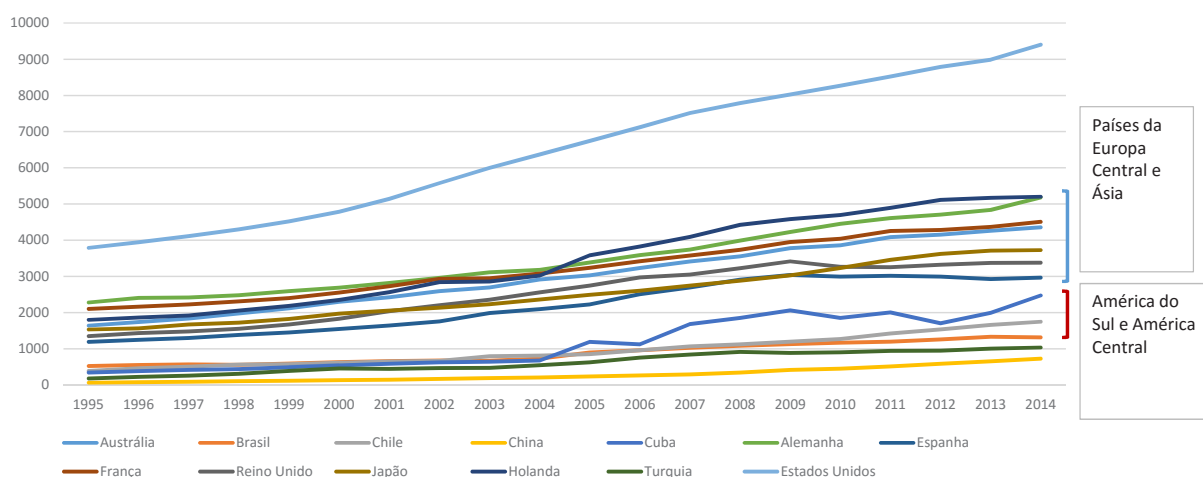
- ¹ BAKER, Alastair. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. **BMJ**, v. 323, n. 7322, p. 1192, 2001.
- ² LEATHERMAN, Sheila; SUTHERLAND, Kim. Quality of care in the NHS of England. **BMJ**, v. 328, n. 7445, p. E288-E290, 2004.
- ³ WERELDBANK. **World Development Report 2004 (Overview): Making Services Work for Poor People**. World Bank, 2003.
- ⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Quality of care: a process for making strategic choices in health systems**. 2006.
- ⁵ BERWICK, Donald M.; NOLAN, Thomas W.; WHITTINGTON, John. The triple aim: care, health, and cost. **Health Affairs**, v. 27, n. 3, p. 759-769, 2008.
- ⁶ STIEFEL, Matthew; NOLAN, Kevin. A guide to measuring the triple aim: population health, experience of care, and per capita cost. **IHI innovation series white paper**. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2012.
- ⁷ MALIN, J. L. et al. Physician-Level Oncology Measures. **Journal of Oncology**, v. 3, n. 6, 2007.

CAPÍTULO 9 – MODELOS DE REMUNERAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS ONCOLÓGICOS

Daniele Pinto da Silveira, Leticia Lazaridis Goldberg e Nelson Teich

Debates em torno da reformulação dos sistemas de saúde, em diferentes países de renda elevada e renda média, têm intensificado nas últimas décadas a produção de experiências e conhecimento relacionados ao financiamento da atenção à saúde, à implementação de modelos alternativos de pagamento de prestadores vinculados ao aumento da qualidade assistencial e à necessidade de redução do incremento dos elevados custos envolvidos na prestação dos serviços de saúde.

GRÁFICO 1: COMPARATIVO DA MÉDIA DE GASTOS EM SAÚDE PER CAPITA – DÓLAR PPP - WORLD BANK - 2013



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Banco Mundial. Disponível em: <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

Apesar de características comuns perpassarem a atenção à saúde pública e privada, os diferentes arranjos político-institucionais e o próprio modelo de financiamento e de remuneração dos serviços imprimem uma dinâmica bastante diferente à lógica da organização da atenção à saúde e da regulação do Estado nos diferentes contextos. A configuração do sistema de saúde brasileiro de *mix* público-privado coloca na agenda governamental a necessidade de regulação eficaz dos efeitos dessa interação.

A fragmentação da rede assistencial e do cuidado na saúde suplementar traz elevados custos ao sistema que se materializam, por exemplo, no aumento de internações evitáveis e no número de recidivas nos serviços, em face à natureza das condições crônicas de saúde, prevalentes em nossa população. Isto posto, destacamos que a lógica subjacente ao manejo das condições crônicas e agudas, pelos sistemas de saúde, deve ser absolutamente diversa.

Hoje, uma das principais inovações no horizonte da remuneração de serviços de saúde e uma das formas mais sofisticadas de mudança do modelo assistencial emergiu nos Estados Unidos como uma das âncoras do Obamacare, as *Accountable Care Organizations* (ACO's). As ACO's – dentre outras experiências, como os pacotes de pagamento por episódio clínico (*Bundled Payments for Episodes of Care*) – são uma expressão do vigor das mudanças em curso, direcionadas à maior coordenação e efetividade do cuidado, à redução de custos, ao uso de incentivos financeiros por performance e à governança compartilhada das economias geradas pela rede (*shared savings*)^{1,2,3,4}. Mais adiante serão apresentadas as principais características e diferenças entre os modelos de remuneração de prestadores de cuidados em saúde. Antes de avançarmos para uma análise comparada dos modelos de pagamento, colocamos em pauta a seguir aspectos contextuais e distinções relevantes entre o financiamento dos sistemas de saúde e os modelos de remuneração da assistência prestada pela rede de atenção à saúde.

MODELOS DE REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS

A literatura sobre o tema das formas de pagamento de prestadores de serviços de saúde apresenta distintos modelos de remuneração. Muitos estudos internacionais apontam que as atuais reformas em andamento nos sistemas de saúde no mundo têm a pretensão de substituir ou reduzir a amplitude do modelo vigente do *Fee-for-Service* (FFS) por modelos alternativos de pagamento. No âmbito das reformas em curso, as principais experiências referem-se aos *Bundled Payments for Care Improvement*, ao *Capitation*, aos Pagamentos Globais e às *Accountable Care Organizations* (ACO), estas últimas podendo ser agrupadas dentro do modelo de Bundled Payment numa perspectiva do que alguns autores têm denominado *Population-Based Payment*, ou seja, de base populacional. Apesar de usualmente citado nos estudos das formas de pagamento, em origem e essência, o Diagnoses Related Groups é um método de classificação do perfil nosológico de pacientes hospitalares segundo critérios de risco. Na presente análise, o DRG foi incluído como modalidade de pagamento, tendo-se o entendimento de que o método evoluiu para uma forma de remuneração de procedimentos hospitalares para condições agudas e é relevante para a compreensão dos modelos de pagamento por episódio clínico, estando incluído nas categorizações internacionais sobre o tema.

Destaca-se que todas as abordagens mencionadas foram, em um ou outro contexto, bem-sucedidas e amplamente adotadas em diferentes países. As características de cada método fazem com que sejam aplicáveis a todos os *settings* da saúde ou a um âmbito particular, como por exemplo, a Capitação na atenção primária e o DRG no hospital⁵.

No contexto internacional, especificamente no mercado de seguros e planos privados de saúde têm-se assistido ao surgimento de novos produtos, como o que se convencionou chamar no mercado americano de *Value-Based Insurance Products*. As principais características destes produtos são: atrelar pagamento à qualidade do cuidado prestado; recompensar os prestadores de serviços pela qualidade e pela eficiência na atenção à saúde; aumentar a qualidade do serviço e diminuir o crescimento nos gastos em saúde^{2,3,4}.

Novos Modelos de Remuneração e Compartilhamento de Risco, orientados para *qualidade da atenção e eficiência* do sistema:

1. Shared Savings Program (SSP)
2. Bundled Payments for Care Improvement (BPCI):
 - 2.1. Bundled Payments for Acute Care (Inpatient Only);
 - 2.2. Bundled Payments for Episodes of Care;
 - 2.3. Condition-specific Budget (Medical Home)

Embora, deva-se destacar que a utilização dos *Shared Savings* na reforma americana da saúde - no âmbito do Obamacare - não tenha imposto necessariamente uma mudança do modelo de pagamento dos prestadores de saúde para sua implantação, a estratégia foi implementada em contextos de pagamento *Fee-for-Service* ou em modelos mistos de remuneração, como Capitação ou dos próprios *Bundled Payments*. Em suma, o sistema de compartilhamento de economias (SSP) pode ser considerado um instrumento complementar à outros modelos de pagamento de prestadores, contemplando dois objetivos primordiais: (1) melhora dos cuidados em saúde no nível individual e para o conjunto da população; e (2) diminuição do aumento nos gastos em saúde.

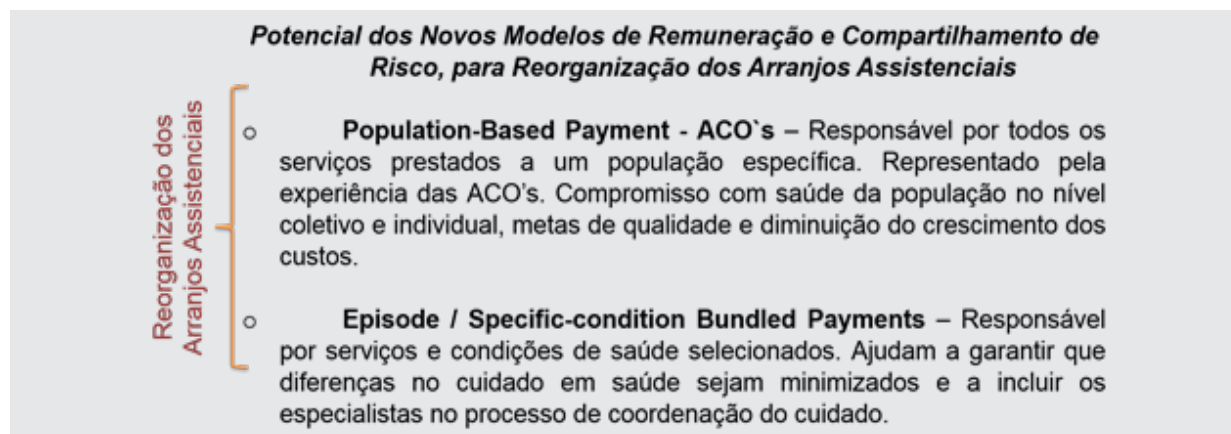
No Brasil, desde janeiro de 2016, está em curso um projeto piloto onde 11 hospitais estão sendo remunerados com base em 15 grupos de episódios clínicos, classificados por meio de uma ferramenta chamada Inpatient Grouper (IPG). Essa metodologia utiliza os conceitos do U.S. MS DRG, mas foi idealizada e desenvolvida especificamente para o Brasil, levando em consideração a disponibilidade dos dados e nuances da prática clínica local. Para a construção do IPG Brasil foram mapeados aproximadamente 16 mil códigos da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) e mais de 5 mil procedimentos presentes em 1,5 milhão de internações em mais de 750 hospitais brasileiros. O código IPG de uma internação é definido após identificação da condição clínica do paciente, verificação dos procedimentos realizados e estimativa de um fator de complicação. A ferramenta tem como objetivo alinhar incentivos financeiros entre hospitais e operadoras e seus resultados estão sendo analisados.

FIGURA 1 – METODOLOGIA DA FERRAMENTA INPATIENT GROUPE (IPG)



Fonte: Optum International, 2016.

Todo esse conjunto de modelos mais inovadores poderiam ser agrupados sob a lógica do alcance ou seu impacto sobre a reorganização dos arranjos assistenciais, visto que estão orientados para a qualidade e eficiência, podendo ser complementares quando de sua implementação:



Fonte: Elaboração própria.

Os modelos agrupados dentro do que se convencionou denominar *Bundled Payments for Care Improvement (BPCI)* podem efetivamente ser denominados “*episode-based*” porque devem cobrir os custos de todos os serviços prestados durante um episódio/um evento em saúde. Os BPCI exigem que o prestador assuma riscos financeiros pelo custo dos serviços envolvendo uma determinada condição de saúde ou um tratamento, bem como as despesas de possíveis complicações que poderiam ter sido evitadas. Pode-se exemplificar tomando a definição de um episódio que poderia começar 3 dias antes de uma cirurgia de artroplastia de joelho e se estenderia por 30 dias após a alta hospitalar do paciente. Também é imprescindível destacar que esta modalidade é denominada “*bundled*” porque a remuneração dos serviços ou do cuidado em saúde pode ser realizado por diferentes prestadores de serviços e ser agrupada em um único pagamento - prospectivo ou retrospectivo. Assim, esse valor é rateado entre os prestadores conforme o devido.

Na Tabela 1 é apresentada a classificação dos *Bundled Payments* conforme tipologia proposta pelo próprio *Centers for Medicare e Medicaid Services* do Departamento de Saúde dos Estados Unidos.

TABELA 1: TIPOLOGIA DOS DE BUNDLED PAYMENTS FOR CARE IMPROVEMENT (BPCI) - REMUNERAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CLASSIFICAÇÃO

Características	Modelo 1: Internação Hospitalar Serviços para todos os DRGs	Modelo 2: Hospitalar e Médico Internação e Serviços Pós-Alta	Modelo 3: Serviços Pós Alta Exclusivamente	Modelo 4: Hospitalar e Médico Regime de Internação
Participantes Elegíveis	Grupos de médicos, hospitais de agudos, PHOs	Prestadores do Modelo 1 + Prestadores de serviços de cuidado pós-agudo	Prestadores do Modelo 1 + cuidados pós-agudo + cuidados prolongados, reabilitação, home-care	Prestadores do Modelo 1
Condições Clínicas	Todos os DRGs do Medicare	DRGs selecionados (inpatient DRGs)		
Serviços Incluídos	Serviços sob regime de internação hospitalar	Serviços sob regime de internação hospitalar; cuidados pós-agudo e readmissões relacionadas	Cuidado pós-agudo; readmissões relacionadas	Serviços sob regime de internação hospitalar; readmissões relacionadas

continua...

continuação

Características	Modelo 1: Internação Hospitalar Serviços para todos os DRGs	Modelo 2: Hospitalar e Médico Internação e Serviços Pós-Alta	Modelo 3: Serviços Pós Alta Exclusivamente	Modelo 4: Hospitalar e Médico Regime de Internação
Descontos Previstos	2% em 3 anos	Mínimo de 3% para 30 a 89 dias pós alta; mínimo de 2% para + 90 dias pós-alta	Não estabelecido mínimo. Proposto pelos participantes.	Mínimo de 3%
Pagamento de Prestadores	Para médicos no FFS	Modelo Tradicional do FFS, sujeito a ajustes.		Pagamento Prospectivo; hospitais re-distribuem pagamento aos médicos vinculados
Medidas de Qualidade	Todos as medidas do Hospital Inpatient Quality Reporting Program (IQR) + outras medidas eventualmente propostas	Propostas pelos prestadores participantes. CMS estabelece um conjunto de mínimo de métricas padronizadas alinhadas à medidas de outros Programas de Qualidade do CMS.		

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados no site do CMS/EUA. Disponível em: <https://www.cms.gov>.

Já os modelos de *Population-Based Payments*, dos quais a ACO é o principal expoente, nasceram dentro do contexto da reforma do sistema de saúde americano, quando da publicação do *Affordable Care Act* (Obamacare) em que uma das exigências era a criação das *Accountable Care Organizations* (ACO), no âmbito do *Medicare*. Dentro deste novo modelo de organização e funcionamento da rede de prestação de serviço, as ACO's podem ser definidas como grupos de prestadores de serviços, médicos, hospitais e outros provedores, que se juntam voluntariamente, para oferecer cuidados em saúde de alta qualidade de modo coordenado a seus pacientes do *Medicare*. Esses *players* definem os mecanismos de governança compartilhada, em termos da prestação dos serviços e do pagamento.

O objetivo principal das ACO's é garantir que os pacientes, principalmente os com doenças crônicas não-transmissíveis, tenham acesso a tratamento adequado e oportuno, evitando assim a duplicação de serviços e prevenindo erros médicos. Quando há êxito na implementação da ACO – alta qualidade e gastos apropriados – os prestadores partilham da economia gerada. Este mecanismo de partilha dos *savings* refere-se ao já referido *Shared Savings Program* (SSP).

Em tese, não há que se falar em modelos de remuneração de serviços voltados à populações específicas, como de pacientes oncológicos. Autores especializados no tema postulam que os modelos de remuneração são orientados ao contexto de sua implementação, quer seja o hospital, a atenção especializada, a atenção primária ou um conjunto de profissionais de saúde. Todavia, é possível identificar na literatura científica experiências de implementação de modelos de remuneração complementares ao *Fee-for-Service* nos cuidados oncológicos. A Tabela 2 apresenta os principais modelos de remuneração na atenção oncológica, bem como os incentivos à melhoria de qualidade e os mecanismos adicionais de pagamento para cada um.

TABELA 2: MODELOS INOVADORES DE REMUNERAÇÃO NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA

	Entrada de Pacientes	Remuneração para Cobertura Usual de Serviços	Pagamento Adicional ao Médico	Incentivos à Qualidade e Eficiência	Multi pagador	Resultado	População	Referência
Oncology Care Model	Médicos generalistas identificam pacientes elegíveis	Fee-for-Service	Remuneração adicional por gerenciamento do cuidado (\$160/mês) por atingimento de metas: incluindo (1) acesso ao serviço 24/7; (2) plano de gerenciamento do cuidado; (3) oferecer serviços de navegação do paciente; (4) uso de dados para aprimoramento contínuo de qualidade.	Pagamento por performance - requer 'savings' para o custo total do cuidado - estabelecimento de benchmarking e lista com métricas de qualidade.	CMS - estabelece MOUs	Ainda não foi medido. A lista de participantes do modelo foi anunciada em Junho de 2016	População coberta por 17 seguradoras e 195 consultórios ou clínicas oncológicas nos Estados Unidos	Centers for Medicare and Medicaid Services: Oncology care model. http://innovation.cms.gov/initiatives/Oncology-Care/
ASCO consolidated payments for oncology	Médicos generalistas identificam pacientes elegíveis	Inpatient / Outpatient Avaliação e Gerenciamento, pacotes de administração de medicamentos (bundled em pagamentos mensais)	Incorporado à bundled payments mensais; 11 diferentes modalidades de pagamento adicional a depender da: (1) intensidade do serviço: inicial, transição, clínico.	10% de ajuste à remuneração mensal para adesão; métricas de qualidade; outras métricas.	Incentiva participação de multipagador	Sob Avaliação, não publicado	Consultórios ou clínicas oncológicas associadas a ASCO	American Society of Clinical Oncology: Consolidated payments for oncology: Payment reform to support patient-centered care for cancer. www.asco.org/advocacy/physician-payment-reform
Comprehensive Primary Care Initiative	Pacientes vinculados a atenção primária	Fee-for-Service	Remuneração adicional por gerenciamento do cuidado (média de \$20/mês/beneficiário) por cumprimento dos marcos principais do modelo.	Início no ano 2 - oportunidade para o mercado de partilha de economias atrelado a componente de mensuração de qualidade.	CMS seleciona pagadores. MOUs padronizam componentes do modelo.	Redução de 2% no custo por beneficiário, devido a redução do custo de internações, diminuição do número de hospitalizações e visitas a pronto socorro	391.912 pacientes ligados a 500 clínicas de atenção primária e beneficiários de 31 seguradoras	Mathematica Policy Research: Evaluation of the Comprehensive Primary Care Initiative: First annual report. http://innovation.cms.gov/Files/reports/CPCIEvalRpt1.pdf
Chronic Care Management Fees	Médicos generalistas identificam pacientes elegíveis	Fee-for-Service	Remuneração adicional por gerenciamento do cuidado (média de \$40/mês/beneficiário) por cumprimento de exigências do modelo, incluindo: (1) acesso 24/7 a registros e planejamento do cuidado; exige consentimento do beneficiário e copagamento.	Nenhum	Não exigido para pagamento. Planos Medicare Advantage devem oferecer benefícios comparáveis.	Não encontrado	Em 2015, 35 milhões de beneficiários do Medicare eram elegíveis. No entanto, CMS somente recebeu cobrança relativas a 100 mil beneficiários	Centers for Medicare and Medicaid Services: Next generation ACO model. http://innovation.cms.gov/initiatives/Next-Generation-ACO-Model/index.html

continua...

	Entrada de Pacientes	Remuneração para Cobertura Usual de Serviços	Pagamento Adicional ao Médico	Incentivos à Qualidade e Eficiência	Multi pagador	Resultado	População	Referência
Shared Savings Program	Pacientes vinculados a atenção primária	Fee-for-Service	Não descrito	Partilha retrospectiva de economias para redução de custos totais com componente de qualidade.	Não explicitada a exigência.	Economia de mais de \$ 1.19 bilhões desde 2012	7.7 milhões de beneficiários em 433 ACOs	Clough JD, Patel K, Riley GF, et al: Wide variation in payments for Medicare beneficiary oncology services suggests room for practice-level improvement. Health Aff 34:601-608, 2015
Physician Value Modifier	Pacientes vinculados a médicos generalistas	Fee-for-Service	Não descrito	Ajustes à remuneração do médico baseado em métricas de qualidade e eficiência. Value Modifier se aplica a todos os médicos em 2017.	Não explicitada a exigência.	Um total de \$224.088.411 em pagamentos por incentivos foram distribuídos no programa de 2014	Beneficiários Medicare atendidos por 585.037 profissionais de 45.273 clínicas	Center for Medicare and Medicaid Services: Value-based payment modifier. www.cms.gov/Medicare/Fee-for-Service-Payment/Physician-Feedback-Program/ValueBased-Payment-Modifier.html
Episode-Based Payment For Cancer Care: A Proposed Pilot For Medicare	Pacientes vinculados ao programa Medicare	Fee-for-Service	Não descrito	Bundled ou Pagamento "Global" para quimioterapia, drogas de suporte e taxa de administração de medicamentos. Pagamento por pacote, estimularia prestadores a selecionar tratamentos mais baratos de eficácia semelhante.	Sugere que metodologia seja piloto para Medicare		55,504,005 - beneficiários do Medicare em 2015	Peter B. Bach, Joshua N. Mirkin and Jason J. Luke. Episode-Based Payment For Cancer Care: A Proposed Pilot For Medicare. Health Affairs, 30, no.3 (2011):500-509
Clinical Pathways		Fee-for-Service	Aderência aos protocolos leva a taxas de reembolso maiores, bônus ou outros tipos de incentivos	Protocolos de quimioterapia pré-definidos de equivalência clínica	Não explicitada a exigência.	Marcus Neubauer et al demonstraram redução de 37% no custo das drogas no tratamento de pacientes com câncer de pulmão usando protocolos desenvolvidos pela US Oncology	Beneficiários ligados aos serviços: US - US Oncology Cardinal Health, Via Oncology, and New Century Health	Lee N. Newcomer. Changing Physician Incentives For Cancer Care To Reward Better Patient Outcomes Instead Of Use Of More Costly Drugs. Health Affairs, 31, no.4 (2012):780-785

continua...

	Entrada de Pacientes	Remuneração para Cobertura Usual de Serviços	Pagamento Adicional ao Médico	Incentivos à Qualidade e Eficiência	Multi pagador	Resultado	População	Referência
Bundled or Episode Payment Approach	Médicos determinam os pacientes elegíveis durante a primeira consulta e informam a Operadora	Pagamento por Bundles ou Episódios Clínicos	Episode Payment foi criado utilizando a margem de lucro das medicações utilizadas em cada regime de quimioterapia somada a uma taxa de gestão dos pacientes.	Episode Payment para quimioterapia baseado no custo médio nacional para cenários específicos de quimioterapia. Objetivo é estimular laboratórios farmacêuticos a ajustar o preço de medicamentos caros e médicos darem preferência a medicamentos mais baratos para se manterem lucrativos. Prestadores somente podem utilizar protocolos de quimioterapia baseados em evidência. Pagamento cobre drogas e administração dos medicamentos para um paciente por um período de tempo.	Não explicitada a exigência.	Redução no custo médio do tratamento de pacientes com cancer em 34%	Em 2010 a UnitedHealthcare começou um programa piloto para testar o pagamento por episódio com 5 grupos de grandes de oncologia. Cada grupo selecionou protocolos que considerava clinicamente superiores para 19 tratamentos distintos para cancer de mama, colon e pulmão. 810 pacientes foram selecionados para participar.	Lee N. Newcomer. Changing Physician Incentives For Cancer Care To Reward Better Patient Outcomes Instead Of Use Of More Costly Drugs. Health Affairs, 31, no.4 (2012):780-785 By Lee N. Newcomer, MD, Bruce Gould, MD, Ray D. Page, DO, PhD, Sheila A. Donelan, MS, and Monica Perkins, PhD. Changing Physician Incentives for Affordable, Quality Cancer Care: Results of an Episode Payment Model. Journal of Oncology Practice Publish Ahead of Print.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da literatura internacional^{6,7,8,9,10,11}.

Algumas características, que são ressaltadas quando da construção de um modelo de cuidado, podem servir de parâmetro para que se possa refletir sobre a adequação desta ou daquela forma de remuneração da atenção ao paciente oncológico. A primeira delas é a reorganização dos arranjos assistenciais para prestação do cuidado. A complexidade deste modelo mais integrativo e contínuo do cuidado em saúde requer profundas mudanças nas formas de pagamento dos prestadores de saúde para que possam de fato acontecer atreladas a transformações na lógica do modelo assistencial.

Outro aspecto a ser ressaltado é a necessidade de coordenação do cuidado, no sentido do estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência, para que os dispositivos que compõem a rede assistencial estejam em sintonia e facilitem o itinerário do paciente oncológico pelas suas diferentes estruturas (atenção primária, unidades de acolhimento / retaguarda, serviços de diagnose e terapia, emergências, hospitais e serviços de cuidados paliativos).

Esse novo desenho torna necessária a adequação das estruturas da rede e dos profissionais que a integram, capacitando-os para reconhecer essa nova lógica de cuidado e construindo um sistema de informação em saúde que estabeleça os caminhos necessários para um cuidado mais integrativo.

Dentro do modelo atualmente em vigor, não há como desenvolver estruturas com menor utilização de tecnologias. Isso pode ser facilmente exemplificado quando comparamos leitos de UTI com leitos utilizados para o cuidado paliativo. Não é de se estranhar que hoje na saúde suplementar brasileira existam tantos leitos de alta tecnologia (UTI) e quase nenhum leito de cuidado paliativo.

REFERÊNCIAS

- ¹ BERWICK, Donald M. Launching accountable care organizations—the proposed rule for the Medicare Shared Savings Program. **New England Journal of Medicine**, v. 364, n. 16, p. e32, 2011.
- ² BERWICK, Donald M. Making good on ACOs' promise—the final rule for the Medicare shared savings program. **New England Journal of Medicine**, v. 365, n. 19, p. 1753-1756, 2011.
- ³ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. Medicare Program. **Medicare Shared Savings Program: Accountable Care Organizations**. Final Rule. Federal Register 76, no. 212: 67802, 2011.
- ⁴ RITTENHOUSE, Diane R.; SHORTELL, Stephen M.; FISHER, Elliott S. Primary care and accountable care—two essential elements of delivery-system reform. **New England Journal of Medicine**, v. 361, n. 24, p. 2301-2303, 2009.
- ⁵ GINSBURG, Paul B. Fee-for-service will remain a feature of major payment reforms, requiring more changes in Medicare physician payment. **Health Affairs**, v. 31, n. 9, p. 1977-1983, 2012.
- ⁶ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. **Oncology Care Model**. Disponível em: <http://innovation.cms.gov/initiatives/Oncology-Care/>. Acesso em 28/09/2016.
- ⁷ AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY et al. **Consolidated payments for oncology care: Payment reform to support patient-centered care for cancer**. 2014. Disponível em: www.asco.org/advocacy/physician-payment-reform. Acesso em 29/09/2016.
- ⁸ TAYLOR, Fries E. et. al. **Mathematica Policy Research: Evaluation of the Comprehensive Primary Care Initiative: First annual report**. Group Health Research Institute. Submetido a Centers for Medicare & Medicaid Services. Disponível em: <http://innovation.cms.gov/Files/reports/CPCIEvalRpt1.pdf>. Acesso em 29/09/2016.
- ⁹ CLOUGH, Jeffrey D. et al. Wide variation in payments for Medicare beneficiary oncology services suggests room for practice-level improvement. **Health Affairs**, v. 34, n. 4, p. 601-608, 2015.
- ¹⁰ BACH, Peter B.; MIRKIN, Joshua N.; LUKE, Jason J. Episode-based payment for cancer care: A proposed pilot for Medicare. **Health Affairs**, v. 30, n. 3, p. 500-509, 2011.
- ¹¹ NEWCOMER, Lee N. Changing physician incentives for cancer care to reward better patient outcomes instead of use of more costly drugs. **Health Affairs**, v. 31, n. 4, p. 780-785, 2012.

ANEXO

ANEXO I. FICHA DE PLANO DE TRATAMENTO PARA O PACIENTE

Informações Gerais					
Nome:			Registro:		
Telefone:			e-mail:		

Profissionais responsáveis (incluir nome e contato)					
Médico de atenção primária:					
Cirurgião:					
Oncologista Clínico:					
Radio-oncologista:					
Coordenador de Cuidado:					
Contato para Emergência:					
Outros:					

Diagnóstico					
Tipo de câncer (CID/localização/Dados anatomia patológica e biologia molecular)					
Data do diagnóstico:			Estadiamento:		
			T N M ()		
Outras informações relevantes:					

Plano de Tratamento					
Objetivo:	☐	Curar o câncer e reduzir sintomas e efeitos colaterais do tratamento			
	☐	Reduzir o crescimento do câncer e reduzir sintomas e efeitos colaterais do tratamento			
Cirurgia:	☐	Sim	☐	Não	Data: Procedimento:
Radioterapia:	☐	Sim	☐	Não	Data: Local e dose:
Terapia Sistêmica:	☐	Sim	☐	Não	
A ser utilizada antes da cirurgia ou radioterapia (neoadjuvante):	☐	Sim	☐	Não	
Nome do regime e medicamentos utilizados:					
Número de ciclos planejados:					
Outras informações relevantes:					

ANEXO II. PROPOSTA DE DADOS MÍNIMOS DO PACIENTE ONCOLÓGICO

BLOCO I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Completo

Data de Nascimento

Sexo

Município de Residência

UF de Residência

CNS – Cartão Nacional de Saúde

CPF – Cadastro de Pessoas Físicas

BLOCO II – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

II.1 Notificadora do Caso / Tumor (pode ser uma variável sim/não – relacionada ao campo II.2.)

- **CNES da Unidade:** ver classificação CNES Estabelecimentos
- **CNPJ da Unidade**
- **Município da Unidade**
- **UF da Unidade**

II.2 Tratamento do Paciente

- **CNES da Unidade:** ver classificação CNES Estabelecimentos
- **CNPJ da Unidade**
- **Município da Unidade**
- **UF da Unidade**

BLOCO III – DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR E DO TRATAMENTO

- **Local do 1º Atendimento** – No RHC aparece como Clínica do 1º atendimento
- **Local do 1º Tratamento** – No RHC aparece como Hospital ou Unidade do 1º atendimento – se há mais de um local, o RHC considera a unidade que assumiu o papel primordial no tratamento (cirurgia, quimio...)
- **Mês/Ano do Diagnóstico** – relacionado ou à fonte notificadora ou à unidade de tratamento (se por exemplo diagnóstico/tratamento simultâneo – ex. ca de colo (CAF)
- **Tipo de Diagnóstico** – histológico (tumor primário); citológico; cirúrgico; clínico; imagem; necropsia (diagnóstico post-mortem); ignorado.
- **Localização primária** – CID-O - topografia do tumor com 3 dígitos, de C00 a C80
- **Localização primária detalhada** – CID-O - topografia com 4 dígitos, de C00.0 a C80.9
- **Tipo Histológico** - estrutura celular do tumor (morfologia do tumor) - 5 dígitos (4 dígitos para tipo celular, varia de 8000 a 9989, e 1 dígito para comportamento biológico do tumor)
- **Lateralidade do tumor** - para tumores de órgão par. As categorias disponíveis são: direita; esquerda; bilateral; não se aplica e sem informação.
- **Tumor Primário Múltiplo** - mais de um tumor primário em um determinado órgão ou em órgãos diferentes - Categorias disponíveis: sim; não e duvidoso.
- **Estadiamento (TNM/UICC)** - avaliação da extensão da neoplasia maligna antes do tratamento
- **Estadiamento Grupo** - estadios são agrupados nas seguintes categorias: 0, I, II, III, IV, A, B, C e D

- **Ano do 1º tratamento** – ano em que foi iniciado o 1º tratamento antineoplásico específico para aquele tumor - linha de base
- **1º Tratamento recebido no hospital** - modalidades terapêuticas administradas. As categorias são: nenhum; cirurgia; quimioterapia (QT); radioterapia (RXT); hormonioterapia (HT); transplante de medula óssea (TMO); combinação dessas modalidades de tratamentos; outros procedimentos terapêuticos.
- **Estado da Doença ao Final do 1º Tratamento** - relacionada à evolução da doença. As categorias são: remissão completa; remissão parcial; doença estável; doença em progressão; fora de possibilidade terapêutica; óbito; não se aplica e sem informação.
- **Se a Óbito, Tipo de Óbito:** (1) Câncer ou (2) Não Câncer

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.



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)

YouTube

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