

Dissertação de Mestrado Profissional

**INDICADORES RELEVANTES EM ONCOLOGIA PARA INCENTIVO
DA PESQUISA CLÍNICA**

CAREN LAÍS SEEHABER FRIEDRICH DOS SANTOS

CIP - Catalogação na Publicação

SANTOS, CAREN LAÍS SEEHABER FRIEDRICH DOS
INDICADORES RELEVANTES EM ONCOLOGIA PARA
INCENTIVO DA PESQUISA CLÍNICA / CAREN LAÍS SEEHABER
FRIEDRICH DOS SANTOS. -- 2018.

88 f.

Orientador: LUCIANO SANTOS PINTO GUIMARÃES.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto
Alegre, Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica,
Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Indicadores de Qualidade em Assistência à
Saúde. 2. Indicadores. 3. Oncologia. 4. Pesquisa em
Enfermagem Clínica. 5. Pesquisas sobre Serviços de
Saúde. I. GUIMARÃES, LUCIANO SANTOS PINTO, orient.
II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM
PESQUISA CLÍNICA**

**INDICADORES RELEVANTES EM ONCOLOGIA PARA INCENTIVO
DA PESQUISA CLÍNICA**

Autor: Caren Laís Seehaber Friedrich dos Santos
Orientador: Prof. Msc. Luciano Santos Pinto Guimarães

*Dissertação submetida como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre ao Programa
de Pós-Graduação Mestrado Profissional em
Pesquisa Clínica, do Hospital de Clínicas de
Porto Alegre.*

Porto Alegre/RS

2018

AGRADECIMENTOS

À Deus e aos espíritos de luz por sempre iluminar e inspirar a minha vida.

A meus pais, Reni e Leonia, agradeço pela vida.

A meus pais, Sylvino e Ivone, meu infinito agradecimento pelo colo, apoio e ensinamentos para enfrentamento das diversidades que a vida apresenta, muitas vezes deixando seus afazeres para me socorrer. Obrigada por sempre acreditarem na minha capacidade e por me inspirarem força e coragem para continuar.

Ao meu esposo Marcio pelo amor, companheirismo, apoio, incentivo e paciência durante este processo de crescimento pessoal e profissional. Obrigada por cada palavra que me tranquilizou para que este trabalho se concretizasse. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho.

Ao meu filho Bernardo, presente do papai do céu na minha vida. Agradeço o carinho, amor incondicional e seus abraços calorosos para me fortalecer e animar.

Aos meus irmãos Franciano e Táilon pelo carinho, respeito e admiração. Obrigada por me acompanharem de longe ou de perto, sei que emanam energias de amor e amizade.

A minha amiga e comadre Mariléia e afilhada Júlia por me incentivar a evoluir intelectualmente e por dispensar muito do seu tempo, sempre contribuindo com sua expertise, guiando-me para a concretização desta dissertação. Obrigada por me inspirar.

A minha cunhada Raquel por me auxiliar a manter a calma, inspirando pensamentos positivos e de sucesso. Obrigada por me incentivar a evoluir espiritualmente e emocionalmente para conduzir com tranquilidade este processo.

Aos demais familiares que me incentivaram e torceram para que este sonho se tornasse realidade.

Ao meu orientador Msc. Luciano Santos Pinto Guimarães pelas orientações e ensinamentos e dedicação na elaboração deste projeto.

Aos colegas do Mestrado pelos momentos de aprendizado, troca de experiências e amizade do Norte ao Sul do Brasil.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelos ensinamentos e incentivo na busca de conhecimentos.

Aos colegas que colaboraram com sua avaliação da pesquisa para que este trabalho pudesse concretizar-se.

À Banca Examinadora, pela disponibilidade em avaliar esta dissertação e participar deste momento especial da minha formação, a obtenção do título de Mestre em Pesquisa Clínica.

Agradecimento especial a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, por oportunizar a concretização do meu sonho, a qualificação profissional.

LISTA DE ABREVIATURAS EM PORTUGUÊS

ANSS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HE	Hospital de Ensino
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
RCBP	Registros de Câncer de Base Populacional
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RHC	Registro Hospitalar do Câncer
RNPC	Rede Brasileira de Pesquisa Clínica
SUS	Sistema Único de Saúde
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

LISTA DE ABREVIATURAS EM INGLÊS

FDA Food and Drug Administration

JCI Joint Comission International Accreditation Standards for Hospitals

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores em Oncologia elencados na literatura com a respectiva fonte e classificação. Porto Alegre, 2018.	36
Tabela 2 - Indicadores em Oncologia transcritos e adaptados com a respectiva fonte e classificação. Porto Alegre, 2018.	37
Tabela 3 - Indicadores em Oncologia desenvolvidos com a classificação. Porto Alegre, 2018.	37
Tabela 4 - Caracterização Sociodemográfica dos Juízes Especialistas respondentes do Formulário “Indicadores Relevantes em Oncologia”. Porto Alegre, 2018.....	38
Tabela 5 - Indicador Externo ou de Meio Ambiente. Porto Alegre, 2018.	39
Tabela 6 - Indicadores Internos de Produção. Porto Alegre, 2018.	40
Tabela 7 - Indicador Interno de Produtividade. Porto Alegre, 2018.	41
Tabela 8 - Indicadores Econômico-financeiros de Qualidade. Porto Alegre, 2018. ..	42
Tabela 9 - Indicadores em Oncologia Relevantes pela Avaliação dos Juízes Especialistas. Porto Alegre, 2018.....	44

RESUMO

Introdução: os indicadores em oncologia permitem a identificação de variáveis que subsidiam ações e decisões organizacionais, propiciam o monitoramento dos resultados e desenvolvimento dos processos nas instituições de saúde, com vistas a qualidade da assistência ao paciente oncológico. **Objetivo:** analisar a literatura e legislação vigente para identificar e desenvolver indicadores que possam nortear a melhoria da qualidade da prestação dos serviços de oncologia, e inclusive, auxiliar na gestão dos resultados das instituições de saúde com incentivo a realização de pesquisa clínica. **Método:** revisão de literatura nas bases de dados nacionais e internacionais e pesquisa-ação. Realizado envio *online* do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Formulário “Indicadores Relevantes em Oncologia”. Em anexo a este formulário, foi disponibilizado um *link* com informações elucidando a temática. Esta avaliação foi realizada por juízes especialistas com formação e/ou experiência na área oncológica, atuantes em diferentes instituições de saúde pública e privada. A análise dos resultados foi obtida pelo retorno de treze respostas dos juízes especialistas e com o uso de estatística analítica, pelo software *Statistical Package for the Social Sciences*, 18.0. Respeitados preceitos éticos, projeto aprovado pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética Nº 62933316.8.0000.5327. **Resultados e Discussão:** Esta pesquisa propõe a utilização de vinte seis indicadores em oncologia relacionados a gestão e assistência, na qual, seis foram elencados da literatura pesquisada, quatro transcritos e adaptados a área da oncologia e dezesseis elaborados a partir da realidade local e experiência profissional da pesquisadora. Estes indicadores foram divididos em quatro categorias: externos ou de meio ambiente; internos de produção; internos de produtividade e econômico-financeiros de qualidade. Destacam-se as categorias de indicadores internos de produtividade e os indicadores econômico-financeiros de qualidade, no qual apresentaram alta relevância na avaliação dos juízes especialistas, com destaque de 100% das respostas obtidas nos indicadores “Percentual de pacientes que iniciaram o tratamento em tempo inferior a 60 dias” e “Percentual de eventos adversos relacionados a infusão de quimioterápicos”. Dos vinte e seis indicadores em oncologia propostos, obtivemos alta relevância em dezesseis. **Considerações Finais:** os indicadores em oncologia permitem o mapeamento do meio interno da instituição com ênfase nos processos desempenhados na assistência oncológica, qualificação

profissional, início precoce e segurança do paciente no tratamento, além da estruturação adequada das instituições de saúde. A partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, busca-se explorar a viabilidade futura da validação e utilização destes indicadores em oncologia, para o mapeamento de ações e o fornecimento de dados para incentivo à pesquisa clínica nas instituições de saúde vinculadas a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Palavras-chave: Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Indicadores; Oncologia; Pesquisa em Enfermagem Clínica; Pesquisas sobre Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: the indicators in oncology allow the identification of variables that subsidize organizational actions and decisions, provide results monitoring and process development in health institutions, with a view to the quality of cancer patient care.

Objective: to analyze the current literature and legislation to identify and develop indicators that may guide the improvement of the quality of the provision of oncology services, and also, help in the management of the results of health institutions with incentive to carry out clinical research.

Method: literature review in national and international databases and action research. Completed online submission of the Informed Consent Term and the Form "Relevant Indicators in Oncology". Attached to this form, was a link with information elucidating the theme. This evaluation was carried out by specialized judges with training and / or experience in the oncology area, working in different public and private health institutions. The analysis of the results was obtained by the return of thirteen answers from the expert judges and the use of analytical statistics by the software Statistical Package for the Social Sciences, 18.0.

Respected ethical precepts, project approved by the Certificate of Presentation for Ethical Appreciation No. 62933316.8.0000.5327.

Results and Discussion: This research proposes the use of twenty six indicators in oncology related to management and care, in which six were listed in the researched literature, four transcribed and adapted to the area of oncology and sixteen elaborated from local reality and professional experience of the researcher. These indicators were divided into four categories: external or environmental; internal production; productivity and economic-financial quality. The categories of internal productivity indicators and the quality and economic-financial indicators were highlighted, in which they were highly relevant in the evaluation of the expert judges, highlighting 100% of the answers obtained in the indicators "Percentage of patients who initiated treatment in time less than 60 days" and "Percentage of adverse events related to chemotherapy infusion". Of the twenty-six indicators in oncology proposed, we obtained high relevance in sixteen.

Final considerations: oncology indicators allow the mapping of the institution's internal environment with emphasis on the processes involved in cancer care, professional qualification, early onset and patient safety in the treatment, as well as the adequate structuring of health institutions. Based on the results obtained in this research, we seek to explore the future feasibility of validation and use of these indicators in

oncology, for the mapping of actions and the provision of data to encourage clinical research in health institutions linked to the Brazilian Company of Hospital Services .

Keywords: Quality Indicators, Health Care; Indicators; Medical Oncology; Clinical Nursing Research; Health Care Surveys.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1. ONCOLOGIA	19
2.2. PESQUISA CLÍNICA	21
2.2.1. <i>Pesquisa Clínica em Oncologia</i>	22
2.2.2. <i>Pesquisa Clínica em Enfermagem</i>	24
2.3. INDICADORES	25
2.3.1. <i>Indicadores Externos ou de meio ambiente</i>	28
2.3.2. <i>Indicadores Internos</i>	29
2.3.2.1. Indicadores de produção	29
2.3.2.2. Indicadores de produtividade	29
2.3.3. <i>Indicadores Econômico-financeiros</i>	29
2.3.3.1. Indicadores hospitalares de qualidade	30
3 JUSTIFICATIVA	32
4 OBJETIVOS	33
4.1 – OBJETIVO GERAL	33
4.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
5. MÉTODO	34
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
7. PRODUTO DA DISSERTAÇÃO	45
7.1 - DESCRIÇÃO	45
7.1.1. <i>Indicadores externos ou de meio ambiente</i>	45
1- Razão de casos metastáticos e localizados.....	45
2 - Prevalência de casos malignos acompanhados pelo hospital	46
3 - Coeficiente de Incidência (ANVISA).....	47
4 - Razão de Mortalidade/Incidência	48
5 - Razão de mortalidade oncológica proporcional	49
6 - Índice de Masculinidade.....	50
7.1.2. <i>Indicadores Internos</i>	51
7.1.2.1. Indicadores de produção	51
7 - Finalidade do tratamento quimioterápico do paciente (Curativo, Neoadjuvante, Adjuvante, Paliativo).....	51
8 - Percentual de consulta clínica de intercorrência oncológica	52
9 - Sessões de quimioterapia realizadas (exceto hormonioterapia) por sessões de radioterapia	53
10 - Consultas oncologista X sessões de quimioterapia	54
11 - Nº de cirurgias oncológicas por localização de tumor	55
7.1.2.2. Indicadores de produtividade	56

12 - Classe farmacológica de medicamentos mais usados na assistência adjuvante ao tratamento oncológico X Custo	56
13 - Média de permanência – paciente/dia	57
14 - Percentual de Absenteísmo nas sessões de quimioterapia	58
15 - Razão das taxas de tratamento quimioterápico ambulatorial e domiciliar	59
7.1.3. Indicadores econômico-financeiros	60
7.1.3.1. Indicadores hospitalares de qualidade	60
16 - Percentual de Pacientes que iniciaram o tratamento em tempo inferior a 60 dias	60
17 - Percentual de Eventos Adversos relacionados a infusão de quimioterápicos (QT)	61
18 - Percentual de Diagnóstico Histopatológico	62
19 - Avaliação da resposta tumoral	63
20 - Consulta de enfermagem no período X Início de tratamento oncológico	64
21 - Extravasamento de Antineoplásico (EA)	65
22 - Reinternação Hospitalar Oncológica	66
23 - Tempo médio e mediano de sobrevida do primeiro tratamento até a progressão da doença	67
24 - Percentual de Exames repetidos	68
25 - Razão da Taxa de Mortalidade na Oncologia no primeiro ano de tratamento do hospital com a taxa de Mortalidade Geral no mesmo período	69
26 - Proporção de pacientes com relação ao acesso venoso (cateter totalmente implantado por cateter de inserção periférica)	70
7.2 – APLICABILIDADE DO PRODUTO	71
7.3 – INSERÇÃO SOCIAL	72
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
9. REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE	79
APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO “PRINCIPAIS INDICADORES EM ONCOLOGIA”	80

1 INTRODUÇÃO

O Câncer ou neoplasia maligna é um conjunto de patologias caracterizada pelo crescimento irregular de células anormais, que possuem potencial para invadir tecidos e órgãos. Estas células dividem-se rapidamente e na sua maioria são muito agressivas e incontroláveis, formando tumores malignos (INCA, 2018).

As causas do câncer são variadas, caracterizadas como resultado das grandes transformações globais que modificaram o estilo de vida e a situação de saúde da população, pela crescente urbanização e adoção de novas formas de produção de bens e serviços e dos padrões de consumo (CRUZ; MATSUI, 2011). Neste sentido o INCA determina que as causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade e, as causas internas caracterizam-se por alterações genéticas ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (MS;INCA, 2017).

A incidência e prevalência do câncer têm aumentado consideravelmente nas últimas décadas. A estimativa brasileira para 2018-2019 é uma incidência de 600 mil casos de câncer, para cada ano. O cálculo global corrigido para o sub-registro, segundo MATHERS et al. 2003, aponta a ocorrência de 640 mil casos novos (MS;INCA, 2017). O câncer que mais acomete os homens, é o de próstata num total de 68 mil casos novos/ano e nas mulheres é o de mama, com 60 mil casos novos/ano.

Ao considerar os cenários nacional e mundial, o Brasil é reconhecido pelo avanço na busca, qualificação metodológica e consolidação dos dados coletados nos sistemas de informação relacionados à incidência e prevalência do câncer. Este aprimoramento deve-se a um trabalho multidisciplinar das áreas de gestão, epidemiologia e estatística. A partir de 2016, o INCA incorporou o ajuste fidedigno da incidência do câncer no território brasileiro, por meio da taxa ajustada na qual inclui na estimativa a correção do sub-registro por causas mal definidas e assim embasar futuras pesquisas acerca desta doença (MS;INCA, 2017).

A detecção, diagnóstico e tratamento precoce nos grupos de maior risco para alguns tipos de câncer podem resultar na diminuição da mortalidade específica e adoecimento. A orientação da população por meio da educação em saúde aliada a

formação de profissionais e o acesso aos serviços de saúde de qualidade, são fatores primordiais para que haja uma melhoria nos índices de cura e conseqüente redução dos altos custos econômicos e sociais da doença, além do óbito (CRUZ; MATSUI, 2011).

Conforme o Clinical Trials (2018), existem hoje na América do Sul 1384 estudos clínicos abrangendo a área oncológica. Destes, 990 são desenvolvidos no Brasil, o que se refere a 1,61% dos estudos oncológicos mundiais.

Uma das estratégias para esta mudança do cenário atual é o incentivo a pesquisa clínica no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Rede Brasileira de Pesquisa Clínica (RNPC) apoia projetos relacionados ao sistema público de saúde e contribui para a institucionalização da pesquisa clínica nos hospitais de ensino. A importância desta rede pauta-se em reunir esforços nas ações prioritárias para o SUS e estabelecer conexão com os centros de pesquisa do país propiciando o intercâmbio entre pesquisadores de todo território (BRASIL. SECRETARIA DE CIÊNCIA, 2010).

O financiamento privado conforme demonstrado pelas experiências internacionais é importante e se estabelece pela capacidade de elaboração e execução de projetos das instituições de pesquisa. Contudo, é necessário recursos contínuos e renováveis que atendam a projetos de interesse para o desenvolvimento tecnológico em consonância com as políticas de saúde, para que possam beneficiar a assistência aos usuários do SUS (BRASIL. SECRETARIA DE CIÊNCIA, 2010).

Em oncologia, a pesquisa clínica é responsável pela avaliação e definição de tratamentos inovadores e acesso dos pacientes a técnicas ainda não disponíveis em escala assistencial e decisivas para garantir maior sobrevida e qualidade de vida aos portadores da doença (NACIO; GIL; FERREIRA, 2010). A pesquisa clínica tem por objetivo avaliar a segurança e eficácia de novos medicamentos para o câncer e busca encontrar o melhor caminho para o tratamento adequado (ONCOGUIA, 2016).

A pesquisa em enfermagem oncológica é fundamental para gerar a base de conhecimento necessário à prática clínica, além de poder identificar o impacto do câncer e do tratamento na vida de pacientes e familiares (MCILFATRICK; KEENEY, 2003). Diante disso, o cuidado inerente ao paciente oncológico estabelece-se por meio da aplicação de indicadores nos serviços de saúde que auxiliam enfermeiros e demais profissionais na medida de aspectos qualitativos e/ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados (BITTAR, 2001).

Os indicadores proporcionam um modo de quantificar a assistência prestada aos usuários nas instituições de saúde, por meio da monitorização da qualidade e, objetiva indicar resultados que proporcionem a reflexão e implementação das ações na busca de resultados positivos e mudança de cultura (RAMOS; MIYAKE, 2010). Por meio da elaboração de indicadores na área da oncologia pode-se obter conhecimento do que ocorre nos serviços de saúde, e assim capacitar recursos humanos com foco no desempenho institucional, adequação à legislação vigente e gestão das práticas de cuidado.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Oncologia

É uma especialidade médica que estuda o câncer e, estabelece o tratamento adequado aos diversos tipos de neoplasia que acometem a população. (ONCOGUIA, 2016).

No Brasil, desde 2003, o câncer é a segunda causa de morte na população, precedida das doenças cardiovasculares. A explicação das altas taxas de óbitos por câncer está diretamente relacionada à maior exposição dos indivíduos à fatores de riscos cancerígenos. Os atuais padrões de vida adotados relacionados ao trabalho, nutrição e consumo em geral expõem os indivíduos a fatores ambientais mais agressivos, relacionados a agentes químicos, físicos e biológicos, resultantes de um processo de industrialização e urbanização crescente (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

A estimativa de incidência de câncer por 100 mil habitantes relacionada a taxa bruta e taxa ajustada nos estados brasileiros possui diferença de acordo com as regiões estudadas. Ao analisar os dados, pode-se evidenciar que no câncer de próstata há diferença de 9,7% na região norte, 3,18% na região nordeste e 16,54% na região centro oeste relacionada a taxa ajustada e, região sul 14,8% e sudeste 2,1% relacionadas a taxa bruta. Quanto ao câncer de mama feminino essas taxas apresentam as seguintes variações: na região norte 5,12% para a taxa ajustada e na região nordeste 1,52%, centro oeste 0,67%, sul 13,94% e sudeste 12,92% relacionadas a taxa bruta. Diante dos dados apresentados observa-se que há possibilidade de subnotificações no quesito câncer de próstata nas regiões norte, nordeste e centro-oeste e para o câncer de mama na região norte, o que pode implicar na veracidade da estimativa ora analisada (MS; INCA, 2017).

O território brasileiro é amplo, com diversidade populacional principalmente relacionada a crenças, costumes e hábitos de forma individual e regional. Observa-se que é premente o mapeamento fidedigno das doenças que acometem a população, regionalizando a atenção oncológica. Neste sentido, qualificar e compartilhar as informações, por meio de sistemas como os Registros de Câncer de Base Populacional e Hospitalares – (RCBP/RHC) e Sistema de Informações de Mortalidade

(SIM), podem proporcionar a visualização desta temática de uma forma quantificada e acessível para, a partir destes dados, embasar políticas de saúde pública nacional relacionadas à oncologia (MS; INCA, 2017).

Para RODRIGUES, FERREIRA (2010), a mudança no panorama atual do câncer visa a busca de informações precisas e de qualidade sobre a incidência e prevalência dessa doença nas populações. Neste sentido, propicia a implantação de políticas públicas na realização de ações efetivas de prevenção e detecção precoce, que garantem a redução de danos, taxas de mortalidade e despesas públicas.

A rede pública de saúde está em crescente avanço na detecção precoce do câncer, pois muitas das investigações diagnósticas são iniciadas na rede básica e posteriormente encaminhadas aos serviços especializados. Em virtude do aumento considerável de casos de câncer registrados, uma parcela maior dos recursos públicos destina-se para diagnóstico e tratamento, incrementando exames de alta complexidade, além do tratamento de quimioterapia e radioterapia, bem como custos indiretos relacionados ao paciente quanto a incapacidade produtiva e comorbidades devido ao tratamento (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEH, 2004).

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer evidencia a importância de garantir o cuidado integral ao usuário de forma regional e descentralizada na Rede de Atenção à Saúde. Estabelece ainda que o tratamento oncológico seja realizado em instituições de saúde habilitadas como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Estes estabelecimentos devem ofertar assistência geral, especializada e integral ao paciente oncológico, no diagnóstico, estadiamento e tratamento (BRASIL/MS. PORTARIA 874/2013).

O tratamento oncológico é baseado nas modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Estas podem ser combinadas ou isoladas de acordo com o estadiamento da doença e condição clínica do paciente (BONASSA; GATO, 2012). O acesso aos exames diagnósticos e ao tratamento relacionam-se às referências estabelecidas e à configuração da rede de atenção à saúde oncológica, inerentes a disponibilidade dos recursos humanos e equipamentos (TOMAZELLI et al., 2017).

O estabelecimento de uma rede de ações e serviços para prevenção e atenção integral ao paciente oncológico exige dos gestores de saúde a implantação de medidas pautadas em legislação vigente, que visem a organização dos serviços de

forma estruturada, integrada e articulada, com a incorporação de novas tecnologias, medicamentos e tratamentos; e principalmente a ampliação de conhecimento multiprofissional direcionados à prevenção, diagnóstico e tratamento (INCA, 2016)

2.2. PESQUISA CLÍNICA

A história da pesquisa clínica foi consolidada nos Estados Unidos em 1988, pelo avanço dos conceitos das boas práticas clínicas, pelo *Food and Drug Administration* (FDA), o qual determina normas e orientações éticas e científicas para o desenvolvimento desta forma de estudo (LARANJEIRA et. al., 2007).

A pesquisa em saúde caracteriza-se como uma investigação científica, tecnológica e inovadora, com impacto positivo na saúde das pessoas, independente da área do conhecimento estudada ou da instituição em que foram realizadas (NO SUS–CONITEC/MS, 2013). TRINDADE (2008), corrobora que a pesquisa clínica permite produzir conhecimento científico ao ser aplicado na prática e caracteriza-se como uma tecnologia para a saúde.

No Brasil, as pesquisas científicas na área da saúde necessitam priorizar os aspectos epidemiológicos de nossa população para o desenvolvimento de novas tecnologias que auxiliem o atendimento de seus problemas prioritários de saúde, de forma mais adequada, menos onerosa e dirigida aos problemas específicos, com o objetivo de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos brasileiros (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Conjugar a saúde pública ao vasto campo da ciência, tecnologia e inovação é avançar no caminho do desenvolvimento econômico e do progresso social. Para que o Brasil alcance esse objetivo, voltado às reais necessidades da população, é fundamental a interligação entre os binômios pesquisa acadêmica e institucional, e de gestão pública. Neste sentido, as atividades científicas interligam-se as ações de prevenção e controle dos problemas de saúde que mais acometem a sociedade, enfatizando as doenças emergentes e negligenciadas nos países em desenvolvimento (CIÊNCIA, 2006).

Neste contexto, há parceiros fundamentais para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) que englobam os Hospitais de Ensino (HE). Estes caracterizam-se pela referência assistencial de alta complexidade, além de serem,

pólos formadores de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, técnicas e procedimentos para a Saúde Pública com incorporação de novas tecnologias que colaborem para a melhoria das condições de saúde. É premente que os HE integrem-se com os outros serviços da rede SUS, com a adequação das práticas de ensino às necessidades do sistema, o desenvolvimento, avaliação e incorporação de tecnologias e propostas de modificações organizacionais no sistema de saúde (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Para assegurar os padrões de qualidade necessários às atividades de ensino, pesquisa e extensão, a partir de 2004, os hospitais de ensino tem sido periodicamente, submetidos a um processo de certificação conduzido pelos ministérios da Educação e da Saúde, com análise de aspectos relacionados à gestão, à atenção à saúde e à ciência e tecnologia (EBSERH, 2014).

Na perspectiva de superar a precariedade na infraestrutura física, tecnológica, recursos humanos, modelos de gestão incipientes e o subfinanciamento dos hospitais universitários federais, vivenciada nos últimos 20 anos, foi implementado em 2010 um conjunto de ações pelo Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Estes recursos investidos são assegurados pelos Ministérios da Saúde e Educação. Diante dessas considerações, o governo federal visa fortalecer e qualificar o protagonismo dos HE na implementação das políticas públicas de saúde, educação, ciência e tecnologia (EBSERH, 2014).

Em consonância com este programa supracitado, foi criada, em 2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), instituição pública de direito privado vinculada ao Ministério da Educação. Objetiva garantir condições necessárias para que os hospitais universitários federais e instituições similares possam exercer adequadamente a assistência direta à população e apoiar o ensino e pesquisa nas universidades (EBSERH, 2014).

2.2.1. Pesquisa Clínica em Oncologia

No Brasil, considera-se importante a realização de pesquisas clínicas para a captação de recursos, capacitação profissional de pesquisadores e fortalecimento do setor produtivo (FERREIRA, 2011). No cenário das pesquisas clínicas, o câncer destaca-se pelo seu perfil epidemiológico e por ser uma das principais causas de

morte à nível mundial. Esta informação também é comprovada pelos 61.549 estudos clínicos no Clinical Trials (2018) na área oncológica mundialmente.

A principal estratégia das pesquisas que buscam definir esquemas terapêuticos mais eficazes e menos tóxicos é o investimento em terapias alvo molecular para o tratamento do câncer, por meio de drogas que agem seletivamente sobre as células tumorais, preservando as saudáveis. No entanto, apesar de promissores, os medicamentos dessa classe já registrados no Brasil estão disponíveis na rede pública apenas em algumas instituições (FERREIRA, 2011). Devido a isso, temos a ampliação dos casos de judicialização da saúde, onerando o sistema e contemplando casos isolados (PAULA; BITTAR, 2017).

De acordo com a lei nº 12.401, de 2011, e o decreto nº 7.646 do mesmo ano, a incorporação de novas tecnologias pelo SUS é efetivada com base em estudos de eficácia, segurança, efetividade, custo-efetividade e de impacto no sistema de saúde. Esse processo pressupõe que haja negociação com os fabricantes sobre o preço de incorporação de novos medicamentos e procedimentos, especialmente voltados à oncologia (BRASIL, 2011a, 2011b).

Em busca da ampliação do acesso a essas inovações vêm sendo desenvolvida uma política de estado para o fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde e a busca de parcerias, como forma de incrementar a produção nacional de insumos para a saúde (INCA, 2011).

Neste sentido, de parceria na pesquisa clínica, temos o exemplo da cooperação brasileira com Cuba, que prevê a transferência de tecnologia para a produção de anticorpos monoclonais. Cuba possui uma rede tecnológica especializada no desenvolvimento e produção desses anticorpos e o Brasil possui a estrutura para a realização de estudos clínicos, amparada pela expertise brasileira na área e pelos mecanismos regulatórios baseadas no conceito de Boas Práticas Clínicas (INCA, 2011).

O Good Clinical Practice (2015) é um padrão internacional de qualidade ética e científica para conceber, realizar, registrar e reportar ensaios que envolvam a participação de seres humanos. O cumprimento desta norma garante ao público que os direitos, segurança e o bem-estar dos participantes do estudo é protegido, de acordo com os princípios que têm sua origem na Declaração de Helsinque, e que os dados dos ensaios clínicos são confiáveis. As atribuições demandadas pelos estudos

clínicos variam de acordo com a complexidade descrita no protocolo e acompanham todas as etapas que precedem à implementação deste em um centro de pesquisa até o seu encerramento (LOUSANA, 2008).

A oncologia apresenta evolução no diagnóstico e terapêutica, o que tem possibilitado sobrevida e qualidade de vida dos pacientes (SILVEIRA; ZAGO, 2006). Ainda os autores enfatizam a importância da enfermagem no acompanhamento e desenvolvimento dessa especialidade por meio das investigações científicas, que são os principais recursos para a atualização do conhecimento para o cuidado ao paciente oncológico.

2.2.2. Pesquisa Clínica em Enfermagem

Relacionado à produção de tecnologia e inovação para saúde, evidencia-se uma produção incipiente de inovações tecnológicas na área da enfermagem que representa apenas 8% das publicações referenciadas. Ainda, observou-se que a produção científica da enfermagem é constituída de artigos que envolvem diferentes dimensões da tecnologia, dentre elas os saberes e habilidades, que podem resultar em produtos, teorias ou bens simbólicos (RINALDI; MEIER, 2012).

No cenário da enfermagem, a pesquisa clínica ainda é pouco discutida, dado o campo de atuação recente. Todavia, percebe-se a importância e o potencial de desenvolvimento dessa temática, o que amplia a possibilidade de expansão de nossa prática profissional (AGUIAR; GONÇALVES, 2010).

A publicação de artigos científicos por enfermeiros brasileiros em oncologia, tem aumentado nos últimos anos, porém, é importante que a produção do conhecimento seja consolidada por meio da identificação das prioridades deste tipo de pesquisa no país subsidiando a construção do conhecimento com embasamento científico e assim, evitar o desenvolvimento de estudos isolados e com pouca contribuição para a profissão (SILVEIRA; ZAGO, 2006).

Os enfermeiros pesquisadores buscam estratégias de síntese dos resultados da pesquisa, com objetivo de favorecer a implantação das evidências científicas e integração de resultados de estudos que utilizam a metodologia qualitativa e/ou quantitativa. Incluem ainda, nas publicações, informações suficientes para garantir a

apreensão do leitor em relação ao problema de pesquisa, método, análise dos resultados, sustentados por referencial teórico-científico (SILVEIRA; ZAGO, 2006).

Diante destas considerações, os enfermeiros podem exercer papéis de liderança frente a equipe multidisciplinar dos centros de pesquisa clínica e atuar na coordenação de estudos clínicos nacionais e internacionais. Desenvolvem atividades científicas, administrativas, organizacionais e de cuidado ao paciente (ALVES; DAMES; LIMA, 2011). Os autores destacam algumas das habilidades do enfermeiro como coordenador de estudos clínicos, principalmente na oncologia, reconhecendo-os como profissionais capacitados e habilitados para a condução desse tipo de pesquisa, inclusive na gestão dos dados, aliada aos conhecimentos que possuem sobre pesquisa e metodologia, com interação positiva na equipe multidisciplinar (ALVES; DAMES; LIMA, 2011). A coordenação de estudos clínicos em oncologia pode envolver profissionais de diferentes categorias como: médicos, farmacêuticos, biólogos, fisioterapeutas e enfermeiros, dentre outros.

A pesquisa em saúde caracteriza-se como uma investigação científica, tecnológica e inovadora, com impacto positivo na saúde das pessoas, independentemente da área do conhecimento a que pertencem ou da instituição ou grupo de pesquisa em que foram realizadas (BRASIL, 2010).

Diante dessas considerações, a pesquisa em enfermagem oncológica é importante, pois permite o desenvolvimento do conhecimento que fundamenta a prática clínica, além de identificar o impacto do câncer na vida de pacientes e familiares.

2.3. Indicadores

Há uma tendência mundial para que as instituições de saúde busquem qualificação de acordo com os critérios propostos para acreditação hospitalar. Neste sentido, a *JOINT COMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION STANDARDS FOR HOSPITALS* (2007), destaca aspectos fundamentais que devem ser observados neste processo de acreditação, relacionados à educação de clientes, familiares, usuários do serviço e a implantação e monitorização de indicadores de qualidade (LOURENÇO et. al., 2011).

A sociedade está em crescente exigência no que se refere a qualidade dos serviços a ela prestados. Neste sentido, é fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial. Mecanismos estes, que auxiliem na gestão e sirvam como ferramentas de apoio, vigilância, monitoramento e identificação de oportunidade de melhorias (KLUCK, et al., 2002) na atenção integral à saúde do paciente oncológico.

Para BITTAR (2001), medir qualidade e quantidade em programas e instituições de saúde é necessário para planejar, organizar, direcionar e avaliar as ações desenvolvidas. O autor destaca que é importante medir os resultados, processos e a estrutura necessária para a viabilização dos mesmos, bem como verificar as influências e repercussões promovidas no meio ambiente compiladas em forma de indicadores.

Um indicador é caracterizado como uma unidade de medida de uma determinada atividade. São variáveis que medem quantitativamente as variações no comportamento dos critérios de qualidade (KLUCK, et al., 2002). Para MOURA et al. (2009) um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato e pode gerar informações que subsidiam a criação de diretrizes ou dispositivos para a elaboração de políticas públicas de saúde e assim melhorar a gestão com ênfase na atenção oncológica ofertada.

FERREIRA, CASSIOLATO, GONZALEZ (2009), corroboram que o indicador é uma medida, de ordem quantitativa ou qualitativa, dotada de significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação, caracterizado assim como recurso metodológico que informa empiricamente sobre a evolução do aspecto observado.

Para BITTAR (2001) alguns atributos são essenciais nos indicadores, como a simplicidade, a objetividade e o baixo custo. Na simplicidade, é maior o uso de um indicador quanto mais fácil for a busca, cálculo e análise. A objetividade define que o indicador com um objetivo definido confere maior exatidão ao que se busca. E por fim, o baixo custo, a fim de possibilitar um aproveitamento frequente.

KLUCK et. al. (2002) evidencia que um indicador é considerado adequado quando apresentar três características: disponibilidade, confiabilidade e validade. Além desses deve englobar o maior número das seguintes características adicionais:

simplicidade, discriminabilidade, sensibilidade e abrangência. É importante também que o indicador seja útil, viável, simples e inteligível e apresentar critérios éticos.

No que se refere ao desenvolvimento de indicadores, estes podem ser caracterizados como quantitativos ou qualitativos. TRZESNIAK (1998), considera duas questões que devem ser observadas para análise e elaboração de indicadores quantitativos promissores e desprovidos de limitações. Estas questões podem ser detalhadas pelas seguintes fases: 1. Fase anterior a aquisição da informação que propõem encontrar características no processo com as respostas desejadas e padronizar o método para obtenção de característica reproduzível, a fim de manter a coerência entre os dados quando aplicada em outra situação idêntica. 2. Fase de aquisição da informação, caracterizada pela obtenção da informação desejada que está inserida nos dados brutos, sua interpretação, retroalimentação, com o intuito de identificar se a questão desejada foi respondida. 3. Aperfeiçoar o conjunto informação-indicador por meio da interpretação da informação com vistas a melhoria dos processos tornando os significativos e relevantes para constituir metas.

Alguns indicadores medem a qualidade de um serviço prestado, servindo como um feedback de uma rotina. Configura-se então outra perspectiva de desenvolvimento de indicadores, o de qualidade (TIRONI et al., 1991). Para os autores, a construção de um indicador de qualidade deve ocorrer de forma democrática, por meio de grupos de trabalho, com funcionários do setor interessado e gestão. Sua classificação permeia na qualidade do processo, qualidade do serviço prestado, qualidade da organização ou gestão.

Destaca-se que um indicador de qualidade deverá apresentar nível satisfatório de representatividade das atividades, ser calculado com dados confiáveis e disponíveis e referir-se às principais etapas da rotina (TIRONI et al., 1991). O autor sugere que um indicador de qualidade deverá passar por uma auditoria realizada por entidade independente para avaliar sua viabilidade.

BITTAR (2001) sugere que a elaboração de indicadores siga uma sequência lógica de nove itens: nome do indicador, fórmula (maneira de expressar o indicador), tipo (taxa, coeficiente, índice, percentual, número absoluto, fato), fonte de informação (que descreve de onde será extraída a informação), método (retrospectivo, prospectivo, transversal), amostra, responsável pela elaboração, frequência

(evidenciando o número de vezes que será medido em determinado período) e definido o objetivo/meta (motivo, valor, tempo e prazo do item que se quer medir).

Importante enfatizar a necessidade de objetivos claros e concisos na escolha dos indicadores e a preocupação com um sistema de armazenamento que permita um banco de dados simples, confiável, ágil e de baixo custo. Ainda, facilita a construção de cenários, com visão de perspectiva de futuro quando utilizados adequadamente (BITTAR, 2001)

BITTAR (2001) classifica os tipos de indicadores como: indicadores externos ou de meio-ambiente, indicadores internos que compreendem indicadores de estrutura, indicadores de produção, indicadores de produtividade; indicadores relacionados ao meio interno e externo classificados como indicadores econômico-financeiro, indicadores de economia da saúde, indicadores hospitalares de qualidade, indicadores de imagem, indicadores de recursos humanos. Diante da caracterização realizada pelo autor supracitado, os indicadores elaborados para construção desta dissertação centram-se nos indicadores externos ou de meio ambiente, indicadores internos de produção, indicadores internos de produtividade e indicadores econômico-financeiros hospitalares de qualidade.

2.3.1. Indicadores Externos ou de meio ambiente

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer traz como um dos princípios a formação de profissionais da saúde e promoção de educação permanente, por meio da aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para qualificar o cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde; bem como a incorporação e o uso de tecnologias voltadas para prevenção e controle do câncer no âmbito do SUS (BRASIL/MS. PORTARIA 874/2013). Diante destas considerações podemos observar que a atenção básica é primordial na aquisição de informações fidedignas e proporciona a elaboração de indicadores referentes à saúde da população estudada.

Os indicadores de saúde não são mais do que tentativas de capturar a enorme diversidade de níveis e dimensões da realidade a nível individual ou populacional (DIAS; FREITAS; BRIZ, 2007).

De acordo com BITTAR (2001), as informações de meio externo são relacionadas a demografia, geografia, economia, política, cultura, educação,

psicossocial, tecnologia, existência ou não de outras instituições de saúde e epidemiológicas. Os indicadores podem ser gerais ou específicos para variáveis como: doença, idade, sexo, entre outros com aferição de coeficiente de incidência, prevalência, taxas de mortalidade referentes a oncologia. A utilização dos mesmos se aplica à perspectiva dos gestores e comunidade para comparação com outras unidades ou programas e serviços de saúde entre regiões.

2.3.2. Indicadores Internos

Conforme BITTAR (2001), o meio interno nas instituições de saúde, é aquele caracterizado pelas estruturas físicas na qual engloba a infraestrutura de ambulatório, emergência e internação, e recursos humanos que possibilitam a formação de uma série de indicadores importantes para a administração das instituições de saúde.

CHIAVENATO (2005) propõe enfatizar as competências individuais, desempenho, compromisso, adaptabilidade, flexibilidade e cultura da excelência pelos recursos humanos das instituições. Desta forma, agrega-se valor econômico ao trabalho desenvolvido, crescimento da instituição, participação no mercado, gerando lucratividade, produtividade, qualidade, inovação e satisfação do cliente.

2.3.2.1. Indicadores de produção

Estes indicadores são caracterizados pela validação da perspectiva interna dos negócios e medem a produção dos serviços da instituição de saúde (BITTAR, 2001).

2.3.2.2. Indicadores de produtividade

Indicadores de produtividade transformam em números a situação da organização em um dado momento. Importante que este indicador seja analisado em uma série histórica, que proporcione condições para avaliar a evolução da situação comparando-a com períodos anteriores (GODOY et al., 2013). BITTAR (2001), corrobora que estes indicadores se fazem imprescindíveis na perspectiva de negócios internos, inclusive na captação de clientes externos.

2.3.3. Indicadores Econômico-financeiros

Indicadores econômico-financeiros são influenciados pelo meio interno e externo relacionado à instituição de saúde (BITTAR, 2001). É importante que o gestor hospitalar monitore os diversos indicadores: taxa de ocupação, relação enfermeiro-

leito, leitos disponíveis na enfermaria, entre outros. Faz-se necessário observar que esses indicadores são variáveis e modificam-se de acordo com as circunstâncias endêmicas, epidêmicas, climáticas, de poder aquisitivo, etc (AGUIAR; OLIVEIRA, 2009). Neste contexto, “o meio ambiente que ora sofre influências das instituições de saúde ora influencia as mesmas” (GODOY et al., 2013).

2.3.3.1. Indicadores hospitalares de qualidade

Historicamente os indicadores hospitalares de qualidade como avaliação da saúde iniciaram em 1924, nos Estados Unidos. No Brasil, o primeiro estudo relacionado a esta temática no sentido de melhorar a qualidade na organização dos hospitais, teria surgido em 1935, por Odair Pedroso, ao conceber uma Ficha de Inquérito Hospitalar para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, no Estado de São Paulo (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Indicadores de qualidade hospitalar têm sua importância tanto na perspectiva dos negócios internos, como na perspectiva do cliente e dos gestores e sociedade. A utilização interna desses indicadores para avaliação da qualidade resultante dos processos pode influenciar na escolha do cliente por determinada instituição de saúde ou na liberação de recursos por parte de entidades compradoras de serviços (BITTAR, 2001).

DONABEDIAN (1990) propôs que a busca da qualidade visando a excelência hospitalar deve basear-se no princípio dos sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Desta forma, a preocupação com a melhora do paciente e com a visibilidade das instituições perante a sociedade tem encorajado profissionais a refletir sobre as práticas do setor saúde e melhorar sua prestação de serviços através da aplicação de indicadores elencados de acordo com o perfil dos pacientes, além da avaliação de questões sociais relevantes para garantia da qualidade.

CHIAVENATO (2005) refere que as instituições de saúde para obterem êxito nas suas atividades, relacionadas ao meio externo e interno, devem possuir clareza na definição da missão, visão, estrutura e dinâmica organizacional, estabelecendo estratégias e processos para o alcance dos objetivos.

D'INNOCENZO, ADAMI, CUNHA (2006) enfatizam a importância da avaliação da qualidade dos serviços de saúde e afirmam que é realizada com variáveis gerenciais e medem as condições estruturais. Ainda os autores reiteram que a

qualidade da assistência em enfermagem abrange conhecimentos, habilidades, crenças e valores individuais, profissionais e institucionais. TREVISO, BRANDÃO, SAITOVICH (2009) corroboram que a implantação de programas de melhoria da qualidade pode ser dificultada por questões educacionais (falta de hábito ao alimentar sistemas e utilizar adequadamente as ferramentas propostas) e questões culturais (necessidade de mudança de visão no que se refere ao trabalho desenvolvido nas instituições).

Constata-se que profissionais de enfermagem têm contribuído significativamente para o desenvolvimento da qualidade da assistência nas instituições. Entretanto, levando-se em consideração o grande número de instituições de saúde existentes mundialmente, percebe-se que o número de publicações relacionados a esta temática ainda é escasso. Além disso, muitos dos trabalhos existentes deixam a desejar no que se refere a indicadores de qualidade diretamente relacionadas à enfermagem, na qual aborda apenas a importância da existência de indicadores em instituições de saúde (FERREIRA, 2011).

Para que os indicadores elaborados se tornem viáveis é importante o desenvolvimento de critérios de avaliação e operacionalização destas informações como elementos da estrutura, processo e resultado permitindo o uso destes como ferramenta de avaliação da qualidade da assistência multiprofissional, liderada pelo enfermeiro, ao paciente oncológico. É importante adotar padrões para medir a qualidade do cuidado, pois este servirá de referência no processo avaliativo.

3 JUSTIFICATIVA

O tema proposto é importante, pois possibilita quantificar a realidade vivenciada pelas instituições de saúde por meio da elaboração de indicadores e assim, proporcionar um ambiente favorável para a realização da pesquisa clínica e a implementação de ferramentas ou instrumentos de gestão. Ao considerar os anseios quanto a elaboração de indicadores para a área da oncologia, como forma de mapear os serviços, foi realizada uma busca e constatou-se que há necessidade de ampliação e divulgação dos indicadores específicos da temática propostos na literatura ou legislação vigente.

A relevância desta pesquisa centra-se na ampliação de conhecimentos por meio da utilização dos indicadores na assistência oncológica. Além disso, analisar as informações disponibilizadas na literatura, legislação vigente e a prática profissional, torna-se importante no sentido de subsidiar reflexões, discussões e ações de profissionais de saúde nos serviços da rede de atenção ao paciente oncológico, com vistas às mudanças de posturas no que tange a assistência integral e interdisciplinar e também contribuir na formação dos profissionais que trabalham com este perfil de pacientes.

A partir destas considerações a elaboração destes indicadores em oncologia vinculados ao fomento da pesquisa clínica em hospitais universitários, permitem compilar dados e informações para diagnóstico situacional das instituições de saúde e assim possibilitar mudança de cultura, além de expandir sistemas de informação para as diferentes regiões do país como oportunidade para o desenvolvimento e consequente resultados positivos.

4 OBJETIVOS

4.1 – Objetivo Geral

Analisar a literatura e legislação vigente para identificar e desenvolver indicadores que possam nortear a melhoria da qualidade da prestação dos serviços de oncologia, e inclusive, auxiliar na gestão dos resultados das instituições de saúde com incentivo a realização de pesquisa clínica.

4.2 – Objetivos Específicos

- Identificar indicadores em oncologia;
- Desenvolver indicadores em oncologia;
- Classificar os indicadores em oncologia mais relevantes relacionados ao meio externo, interno e de qualidade conforme opinião de juízes especialistas.

5. MÉTODO

A pesquisa-ação é uma metodologia com abordagem qualitativa, baseada na educação como forma de análise ou parte do processo de intervenção, que corrobora com a compreensão e intervenção dos sujeitos como potencial de contribuição para pesquisa científica acadêmica e de profissionais da saúde. Ainda caracteriza-se como estudo de caráter interdisciplinar com intervenção educativa como parte do processo de investigação científica (LACERDA; COSTENARO, 2015).

Relacionado ao desenvolvimento da pesquisa-ação destaca-se a tríade: 1) Planejamento (envolve conhecimento e reconhecimento da situação); 2) Ação - (envolve coleta e análise de dados com implementação de ações direcionadas à transformação da realidade inicial); 3) Encontro de fatos (avaliação dos resultados da ação)(LACERDA; COSTENARO, 2015).

A primeira etapa metodológica constituiu-se na revisão de literatura nas bases de dados de instituições de referência no Brasil (Instituto Nacional do Câncer - INCA, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANSS, Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa, Registro Hospitalar de Câncer - RHC, Registro de Câncer de Base Populacional - RCBP, Ministério da Saúde - MS) e legislação vigente, relacionada a temática de indicadores de qualidade e resultado em oncologia. Utilizou-se o período de 2007 a 2017, com os descritores de ciências da saúde (DeCS): “Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde”, “Indicadores”, “Oncologia”, “Pesquisa em Enfermagem Clínica” e “Pesquisas sobre Serviços de Saúde”.

A segunda etapa constituiu-se da elaboração de indicadores em oncologia relevantes após leitura e análise do referencial teórico e sua adaptação para a instituição local. Contemplou-se ainda na segunda etapa o envio a quarenta e cinco juízes especialistas, do formulário de avaliação dos vinte e seis indicadores em oncologia considerados relevantes para a temática proposta. Para situar os juízes especialistas elaborou-se a seguinte questão norteadora: Qual a relevância dos indicadores de qualidade e resultado em oncologia para o desenvolvimento da pesquisa clínica nas instituições de saúde?

Os juízes especialistas foram selecionados com base nos critérios adaptados de FEHRING (1987): ter título de especialização na área oncológica ou atuação profissional mínima de dois anos em Oncologia, a amostra foi selecionada por conveniência a partir dos contatos do pesquisador, profissionais de 3 instituições

públicas e 3 privadas, na qual compreendeu as seguintes áreas de formação: administração, enfermagem, farmácia, medicina e odontologia.

A literatura apresenta controvérsias sobre o número de juízes especialistas. HAYNES, RICHARD, KUBANY (1995) sugerem de seis a vinte profissionais selecionados para participar desse processo de validação. Os mesmos realizaram o julgamento de cada item do formulário “Principais Indicadores em Oncologia”, enviado eletronicamente por duas ocasiões e realizado contato prévio por telefone, com período de trinta dias para retorno das respostas (APÊNDICE 1).

Após o aceite em participar da pesquisa os juízes responderam as questões do formulário de acordo com os seguintes critérios de avaliação: Não é relevante (NR), Pouco relevante (PR), Moderadamente relevante (MoR), Bastante relevante (BR), Muito relevante (MR). Ao finalizar o preenchimento eletrônico, automaticamente foi enviada a resposta. Esse questionário foi distribuído pelo *google* formulários (APÊNDICE 1). Para embasar a avaliação foi elaborado um *site* detalhando os indicadores, que foi disponibilizado junto ao formulário. [<https://sites.google.com/a/hcpa.edu.br/guimaraes/>]

A terceira etapa metodológica direcionou-se a avaliar a validade das respostas dos juízes especialistas. POLIT e BECK (2006) recomendam, no caso de seis ou mais juízes especialistas, que as respostas apresentem uma taxa não inferior a 78% de concordância sobre a relevância dos indicadores. Para a avaliação dos indicadores foi usado uma escala Likert de cinco pontas agregando valores: NR = 1; PR = 2; MoR = 3; BR = 4; MR = 5, para assim, determinar a relevância/representatividade conforme índice de validade de conteúdo.

Do total de quarenta e cinco juízes especialistas obtivemos treze respostas das seguintes áreas de formação: enfermagem, farmácia, medicina e odontologia. Para análise das respostas utilizou-se estatística analítica com uso do software SPSS, versão 18.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sob o N° do CAAE 62933316.8.0000.5327, atendendo à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os indicadores em oncologia proporcionam um modo de quantificar e qualificar a assistência prestada a este perfil de pacientes e assim proporcionar ações diretas e efetivas na busca de resultados positivos na prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento do câncer. Diante destas considerações os indicadores em oncologia foram divididos em três categorias descritas e analisadas na sequência.

Para construção desta dissertação foram elencados seis indicadores já existentes na literatura pesquisada, quatro indicadores foram transcritos e adaptados à área da oncologia e dezesseis indicadores foram elaborados a partir da realidade local, da experiência profissional diária e subsídio da literatura, totalizando vinte e seis indicadores.

Dos 6 indicadores elencados na literatura, os mesmos foram encontrados nas seguintes bases de dados: Instituto Nacional do Câncer - INCA, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANSS, Registro Hospitalar de Câncer - RHC, Registro de Câncer de Base Populacional - RCBP, Ministério da Saúde - MS. Estes indicadores estão contemplados na Tabela 1.

Tabela 1 – Indicadores em Oncologia elencados na literatura com a respectiva fonte e classificação. Porto Alegre, 2018.

Indicador	Classificação	Fonte
2 - Prevalência de casos malignos acompanhados pelo hospital	Externo	Registro Hospitalar do Câncer (RHC) Instituto Nacional do Câncer (INCA)
3 - Coeficiente de Incidência	Externo	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
6 - Índice de Masculinidade	Externo	Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) Instituto Nacional do Câncer (INCA)
11 - Nº de cirurgias oncológicas por localização de tumor	Interno de Produção	Instituto Nacional do Câncer (INCA)
13 - Média de permanência – paciente/dia	Interno de Produtividade	Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
18 - Percentual de Diagnóstico Histopatológico	Econômico-financeiro/Qualidade	Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) Instituto Nacional do Câncer (INCA)

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2018.

Dos 4 indicadores transcritos e adaptados a oncologia, demonstrados sequencialmente na Tabela 2, foram utilizadas as seguintes bases de dados: Instituto

Nacional do Câncer - INCA, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANSS, Registro Hospitalar de Câncer - RHC.

Tabela 2 - Indicadores em Oncologia transcritos e adaptados com a respectiva fonte e classificação. Porto Alegre, 2018.

Indicador	Classificação	Fonte
1 - Razão de Casos Metastáticos e Localizados	Externo	Registro Hospitalar do Câncer (RHC)
5 - Razão de Mortalidade Oncológica Proporcional	Externo	Rede Interagencial RIPSA
10 - Consulta Oncologista X Sessões de Quimioterapia	Interno de Produção	Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
14 - Percentual de Absenteísmo nas Sessões de Quimioterapia	Interno de Produtividade	Instituto Nacional do Câncer (INCA)

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2018.

Os indicadores em oncologia correspondentes a Tabela 2 e Tabela 3, foram elencados a partir da análise da realidade institucional de um hospital escola da região sul do estado do Rio Grande do Sul. Além disso, visam o mapeamento dos dados do serviço de oncologia investigado, contribuem para garantir sua qualidade, utilização e veracidade.

No que se refere aos indicadores em oncologia desenvolvidos, estes totalizaram dezesseis, descritos a seguir na Tabela 3.

Tabela 3 - Indicadores em Oncologia desenvolvidos com a classificação. Porto Alegre, 2018.

Indicador	Classificação
4 - Razão de Mortalidade X Incidência	Externo
7 - Finalidade do tratamento quimioterápico do paciente (Curativo, Neoadjuvante, Adjuvante, Paliativo)	Interno de Produção
8 - Percentual de consulta clínica de intercorrência oncológica	Interno de Produção
9 - Sessões de quimioterapia realizadas (exceto hormonioterapia) por sessões de radioterapia	Interno de Produção
12 - Classe farmacológica de medicamentos mais usados na assistência adjuvante ao tratamento oncológico X Custo	Interno de Produtividade
15 - Razão das taxas de tratamento quimioterápico ambulatorial e domiciliar	Interno de Produtividade
16 - Percentual de pacientes que iniciaram o tratamento em tempo inferior a 60 dias	Econômico-financeiro/Qualidade
17 - Percentual de Eventos Adversos relacionados a infusão de quimioterápicos (QT)+	-Econômico-financeiro/Qualidade
19 - Avaliação da Resposta Tumoral	Econômico-financeiro/Qualidade
20 - Consulta de Enfermagem no período X Início do tratamento oncológico	Econômico-financeiro/Qualidade
21 - Extravasamento de Antineoplásicos (EA)	Econômico-financeiro/Qualidade

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2018.

Indicador (cont.)	Classificação
22 - Reinternação Hospitalar Oncológica	Econômico-financeiro/Qualidade
23 - Tempo Médio e Mediano de sobrevida do primeiro tratamento até a progressão da doença	Econômico-financeiro/Qualidade
24 - Percentual de exames repetidos	Econômico-financeiro/Qualidade
25 - Razão da Taxa de Mortalidade na Oncologia no primeiro ano de tratamento do hospital com a Taxa de Mortalidade geral no mesmo período	Econômico-financeiro/Qualidade
26 - Proporção de pacientes com relação ao acesso venoso (cateter totalmente implantado X cateter de inserção periférica)	Econômico-financeiro/Qualidade

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2018.

A partir dos resultados obtidos das respostas dos juízes especialistas, realizamos a discussão dos indicadores propostos no formulário enviado. O formulário “Indicadores Relevantes em Oncologia” foi encaminhado há quarenta e cinco juízes especialistas dos quais obtivemos treze respostas que foram analisadas na sequência.

Relacionado a caracterização sociodemográfica dos juízes especialistas, contidos na Tabela 4, do total de treze respondentes, há predominância do sexo feminino, 12 (92,3%), faixa etária de 20-40 anos, 10 (77%); 76,9% trabalham em instituição pública. No que se refere ao tempo de atuação em oncologia 69,3% atuam mais de 2 anos. A grande maioria dos respondentes possuem especialização (53,8%).

Tabela 4 - Caracterização Sociodemográfica dos Juízes Especialistas respondentes do Formulário “Indicadores Relevantes em Oncologia”. Porto Alegre, 2018.

	Categorias	n(%)
Sexo	Feminino	12 (92,3)
	Masculino	1 (7,7)
Faixa Etária	20 - 30anos	4 (30,8)
	31 – 40 anos	6 (46,2)
	41 – 50 anos	3 (23,1)
Instituição	Pública	10 (76,9)
	Privada	2 (15,4)
	Privada/Pública	1 (7,7)
Tempo que trabalha na instituição	0 – 2 anos	4 (30,8)
	2 – 5 anos	2 (15,4)
	5 – 10 anos	4 (30,8)
	10 ou mais	3 (23,1)
Titulação	Especialização	7 (53,8)
	Mestrado	4 (30,8)
	Doutorado	2 (15,4)
Área de Formação	Enfermagem	8 (61,5)
	Farmácia	2 (15,4)
	Medicina	2 (15,4)
	Odontologia	1 (7,7)

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2018.

No que concerne os 6 Indicadores Externos ou de Meio Ambiente descritos sequencialmente na Tabela 5, observa-se que o indicador “Razão de Casos Metastáticos e Localizados” apresentou índice de concordância superior a 80%, o que detona sua relevância para a temática estudada. Os demais indicadores não apresentaram relevância significativa pela avaliação dos juízes especialistas, para sua aplicabilidade preferencial em serviços de oncologia. Observou-se ainda, que o indicador “Índice de Masculinidade”, evidenciado pela maior incidência de câncer nos indivíduos do sexo masculino (MS, INCA, 2017), apresentou pouca relevância na análise realizada.

Tabela 5 - Indicador Externo ou de Meio Ambiente. Porto Alegre, 2018.

Indicador Externo	NR	PR	MoR	BR	MR	Baixa Relevância (NR+PR+MoR)	Alta Relevância (BR+MR)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1 - Razão de Casos Metastáticos e Localizados ²	0 (0)	2 (15,4)	0 (0)	6 (46,2)	5 (38,5)	2 (15,4)	11 (84,6)
2 - Prevalência de casos malignos acompanhados pelo hospital ¹	0 (0)	2 (15,4)	1 (7,7)	6 (46,2)	4 (30,8)	3 (23,1)	10 (76,9)
3 - Coeficiente de Incidência ¹	0 (0)	1 (7,7)	2 (15,4)	4 (30,8)	6 (46,2)	3 (23,1)	10 (76,9)
4 - Razão de Mortalidade X Incidência ³	2 (15,4)	0 (0)	2 (15,4)	2 (15,4)	7 (53,8)	4 (30,8)	9 (69,2)
5 - Razão de Mortalidade Oncológica Proporcional ²	0 (0)	1 (7,7)	3 (23,1)	3 (23,1)	6 (46,2)	4 (30,8)	9 (69,2)
6 - Índice de Masculinidade ¹	3 (23,1)	2 (15,4)	2 (15,4)	6 (46,2)	0 (0)	7 (53,8)	6 (46,2)

NR=Não Relevante; PR=Pouco Relevante; MoR=Moderadamente Relevante; BR=Bastante Relevante; MR=Muito Relevante
1 – Indicadores pesquisados na literatura; 2 – Indicadores transcritos e adaptados; 3 – Indicadores elaborados

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2018.

Quanto aos Indicadores Internos, estes são subdivididos em cinco indicadores de Produção e oito indicadores de Produtividade. Os Indicadores Internos de Produção estão descritos na Tabela 6.

Tabela 6 - Indicadores Internos de Produção. Porto Alegre, 2018.

Indicador Interno (Produção)	NR	PR	MoR	BR	MR	Baixa Relevância (NR+PR+MoR)	Alta Relevância (BR+MR)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
7 - Finalidade do tratamento quimioterápico do paciente (Curativo, Neoadjuvante, Adjuvante, Paliativo) ³	0 (0)	0 (0)	1 (7,7)	5 (38,5)	7 (53,8)	1 (7,7)	12 (92,3)
8 - Percentual de consulta clínica de intercorrência oncológica ³	0 (0)	1 (7,7)	1 (7,7)	5 (38,5)	6 (46,2)	2 (15,4)	11 (84,6)
9 - Sessões de quimioterapia realizadas (exceto hormonioterapia) por sessões de radioterapia ²	0 (0)	2 (15,4)	1 (7,7)	4 (30,8)	6 (46,2)	3 (23,1)	10 (76,9)
10 - Consulta Oncologista X Sessões de Quimioterapia	0 (0)	0 (0)	3 (23,1)	3 (23,1)	7 (53,8)	3 (23,1)	10 (76,9)
11 - Nº de cirurgias oncológicas por localização do tumor	0 (0)	0 (0)	4 (30,8)	5 (38,5)	4 (30,8)	4 (30,8)	9 (69,2)

NR=Não Relevante; PR=Pouco Relevante; MoR=Moderadamente Relevante; BR=Bastante Relevante; MR=Muito Relevante

1 – Indicadores pesquisados na literatura; 2 – Indicadores transcritos e adaptados; 3 – Indicadores elaborados

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2018.

Observa-se que de acordo com o percentual de concordância, a Tabela 6 demonstra que os indicadores “Finalidade do tratamento quimioterápico do paciente (Curativo, Neoadjuvante, Adjuvante e Paliativo)” e “Percentual de Consulta Clínica de intercorrência oncológica” obtiveram alta relevância. Isso denota que a avaliação dos índices de finalidade de tratamento refere-se ao potencial de cura, tratamento adequado ao caso avaliado pelo médico oncologista e grau de comprometimento do paciente em relação a vida social, pessoal e profissional.

No que se refere ao indicador relacionado a consulta clínica de intercorrência oncológica observa-se que o tratamento dispensado aos pacientes com ênfase na quimioterapia antineoplásica, apresentam reações adversas tais como: toxicidade hematológica, gastrointestinal, neurológica, dermatológica; fadiga e dor. No intuito de minimizar estas intercorrências, a consulta clínica médica realizada auxilia no processo de melhoria dos sinais e sintomas apresentados (BONASSA, 2012)

Sequencialmente na Tabela 7 estão descritos os Indicadores Internos de Produtividade. Observa-se que dos quatro indicadores ora analisados, três apresentam alta relevância pelos juízes especialistas.

Relacionado aos medicamentos adjuvantes mais usados no tratamento quimioterápico subsidiados pela Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC/SUS), enfatiza-se a relevância deste indicador no intuito de verificar se estes medicamentos são custeados 100% pelo Estado, como preconiza a legislação, se há oneração das instituições de saúde para viabilizar tratamento adequado aos pacientes ou estão sendo subvencionados pelos próprios pacientes ou familiares.

O indicador “Média permanência - paciente/dia” viabiliza o mapeamento deste perfil de pacientes nas instituições e com isto promove ações que proporcionem gerenciar recursos humanos, estrutura física adequada e gestão financeira.

No que tange o indicador “Percentual de absenteísmo nas sessões de quimioterapia” permite um trabalho mais específico para maximizar a organização do agendamento; verificar questões sociais, culturais, pessoais, profissionais e econômico-financeiras que possam interferir na continuidade do tratamento; e propor métodos para viabilizar a continuidade da quimioterapia sem interrupções.

A “Razão das taxas de tratamento quimioterápico ambulatorial e domiciliar” foi considerado de baixa relevância pela avaliação dos juízes especialistas. Porém os autores evidenciam a importância do tratamento domiciliar ao paciente, no sentido de manter sua rotina pessoal e/ou profissional especialmente no que se refere a permanência no convívio familiar (MARTINS; CARVALHO, 2008).

Tabela 7 - Indicador Interno de Produtividade. Porto Alegre, 2018.

Indicador Interno (Produtividade)	NR	PR	MoR	BR	MR	Baixa Relevância (NR+PR+MoR)	Alta Relevância (BR+MR)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
12 - Classe farmacológica de medicamentos mais usados na assistência adjuvante ao tratamento oncológico X Custo ³	0 (0)	0 (0)	2 (15,4)	2 (15,4)	9 (69,2)	2 (15,4)	11 (84,6)
13 - Média permanência – paciente/ dia ¹	0 (0)	0 (0)	2 (15,4)	7 (53,8)	4 (30,8)	2 (15,4)	11 (84,6)
14 - Percentual de Absenteísmo nas sessões de quimioterapia ²	0 (0)	0 (0)	2 (15,4)	5 (38,5)	6 (46,2)	2 (15,4)	11 (84,6)
15 - Razão das taxas de tratamento quimioterápico ambulatorial e domiciliar ³	0 (0)	2 (15,4)	4 (30,8)	5 (38,5)	2 (15,4)	6 (46,2)	7 (53,8)

NR=Não Relevante; PR=Pouco Relevante; MoR=Moderadamente Relevante; BR=Bastante Relevante; MR=Muito Relevante

1 – Indicadores pesquisados na literatura; 2 – Indicadores transcritos e adaptados; 3 – Indicadores elaborados

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2018.

A última categoria de indicadores contemplada nesta dissertação, ora analisada estão descritos na Tabela 8.

Tabela 8 - Indicadores Econômico-financeiros de Qualidade. Porto Alegre, 2018.

Indicador Econômico-financeiro (Qualidade)	NR n(%)	PR n(%)	MoR n(%)	BR n(%)	MR n(%)	Baixa Relevância (NR+PR+MoR) n(%)	Alta Relevância (BR+MR) n(%)
16 - Percentual de pacientes que iniciaram o tratamento em tempo inferior a 60 dias ¹	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (15,4)	11 (84,6)	0 (0)	13 (100)
17 - Percentual de Eventos Adversos relacionados a infusão de quimioterápicos (QT) ³	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (15,4)	11 (84,6)	0 (0)	13 (100)
18 - Percentual de diagnóstico histopatológico ¹	0 (0)	0 (0)	1 (7,7)	6 (46,2)	6 (46,2)	1 (7,7)	12 (92,3)
19 - Avaliação da resposta tumoral ³	0 (0)	0 (0)	1 (7,7)	5 (38,5)	7 (53,8)	1 (7,7)	12 (92,3)
20 - Consulta de Enfermagem no período X Início do tratamento oncológico ³	0 (0)	1 (7,7)	0 (0)	1 (7,7)	11 (84,6)	1 (7,7)	12 (92,3)
21 - Extravasamento de Antineoplásicos (EA) ³	0 (0)	0 (0)	1 (7,7)	2 (15,4)	10 (76,9)	1 (7,7)	12 (92,3)
22 - Reinternação hospitalar oncológica ³	0 (0)	0 (0)	1 (7,7)	4 (30,8)	8 (61,5)	1 (7,7)	12 (92,3)
23 - Tempo Médio e Mediano de Sobrevida do primeiro ano de tratamento até a progressão da doença ³	0 (0)	0 (0)	1 (7,7)	1 (7,7)	11 (84,6)	1 (7,7)	12 (92,3)
24 - Percentual de exames repetidos ³	0 (0)	1 (7,7)	1 (7,7)	6 (46,2)	5 (38,5)	2 (15,4)	11 (84,6)
25 - Razão da Taxa de Mortalidade na oncologia no primeiro ano de tratamento do hospital com a Taxa de Mortalidade Geral no mesmo período ³	0 (0)	0 (0)	2 (15,4)	2 (15,4)	9 (69,2)	2 (15,4)	11 (84,6)
26 - Proporção de pacientes com relação ao acesso venoso (cateter totalmente implantado por cateter de inserção periférica) ³	0 (0)	1 (7,7)	2 (15,4)	6 (46,2)	4 (30,8)	3 (23,1)	10 (76,9)

NR=Não Relevante; PR=Pouco Relevante; MoR=Moderadamente Relevante; BR=Bastante Relevante; MR=Muito Relevante

1 – Indicadores pesquisados na literatura; 2 – Indicadores transcritos e adaptados; 3 – Indicadores elaborados

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2018.

Evidencia-se que do total de onze indicadores, dez foram considerados de alta relevância, destes, dois indicadores destacaram-se 100% relevantes pelos juízes especialistas: “Percentual de Pacientes que iniciaram o tratamento inferior a 60 dias” e “Percentual de eventos adversos relacionados a infusão de quimioterápicos”.

De acordo com a portaria nº 1.220, de 3 de junho de 2014, o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrado em prontuário" (BRASIL, 2014). Neste sentido, enfatiza-se a necessidade de verificar este indicador de “Percentual de Pacientes que iniciaram o tratamento em tempo inferior a 60 dias”, com intuito do cumprimento da legislação vigente e proporcionar com o início do tratamento precoce maiores chances de cura e qualidade de vida.

Os eventos adversos podem induzir pacientes a insegurança frente ao tratamento proposto ou levar a não concordar com regimes mais agressivos. O tratamento adequado das reações adversas é importante para que os objetivos da quimioterapia antineoplásica sejam alcançados (BONASSA, 2012). Para tanto, a avaliação do indicador “Percentual de Eventos Adversos relacionados a infusão de quimioterápicos (QT)” demonstra sua importância relacionado a segurança do paciente e qualificação dos profissionais diante do atendimento adequado do Evento Adverso.

De acordo com avaliação dos juízes especialistas em relação a categoria indicadores de qualidade em oncologia, propostos neste estudo, observa-se que cada vez mais as instituições de saúde e os profissionais da área, preocupam-se com a melhora do quadro clínico do paciente e com a imagem da instituição perante a sociedade. Desta forma, há ênfase na eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, além de refletir sobre as práticas do setor saúde e melhorar sua prestação de serviços, por meio da aplicação de indicadores de acordo com a temática proposta (DONABEDIAN, 1990).

Dos vinte e seis indicadores em oncologia propostos, obtivemos a concordância da avaliação dos juízes especialistas em dezesseis indicadores, relacionados a alta relevância, apresentados na Tabela 9. Desta forma, sugere-se a implantação destes indicadores na rotina das instituições de saúde, para mapeamento

dos processos inerentes à atenção oncológica e assim, fundamentar possíveis estudos e pesquisas clínicas sobre a temática de enfoque.

Tabela 9 - Indicadores em Oncologia Relevantes pela Avaliação dos Juízes Especialistas. Porto Alegre, 2018.

Indicadores Relevantes em Oncologia	Categoria	Baixa Relevância	Alta Relevância
		(NR+PR+MoR) n(%)	(BR+MR) n(%)
16 - Percentual de pacientes que iniciaram o tratamento em tempo inferior a 60 dias¹	Econômico-financeiro Qualidade	0 (0)	13 (100)
17 - Percentual de Eventos Adversos relacionados a infusão de quimioterápicos (QT)³	Econômico-financeiro Qualidade	0 (0)	13 (100)
23 - Tempo Médio e Mediano de Sobrevida do primeiro ano de tratamento até a progressão da doença ³	Econômico-financeiro Qualidade	1 (7,7)	12 (92,3)
20 - Consulta de Enfermagem no período X Início do tratamento oncológico ³	Econômico-financeiro Qualidade	1 (7,7)	12 (92,3)
21 - Extravasamento de Antineoplásicos (EA) ³	Econômico-financeiro Qualidade	1 (7,7)	12 (92,3)
22 -Reinternação hospitalar oncológica ³	Econômico-financeiro Qualidade	1 (7,7)	12 (92,3)
7 - Finalidade do tratamento quimioterápico do paciente (Curativo, Neoadjuvante, Adjuvante, Paliativo) ³	Interno de Produção	1 (7,7)	12 (92,3)
19 - Avaliação da resposta tumoral ³	Econômico-financeiro Qualidade	1 (7,7)	12 (92,3)
18 - Percentual de diagnóstico histopatológico ¹	Econômico-financeiro Qualidade	1 (7,7)	12 (92,3)
25 - Razão da Taxa de Mortalidade na oncologia no primeiro ano de tratamento do hospital com a Taxa de Mortalidade Geral no mesmo período ³	Econômico-financeiro Qualidade	2 (15,4)	11 (84,6)
12 - Classe farmacológica de medicamentos mais usados na assistência adjuvante ao tratamento oncológico X Custo ³	Interno de Produtividade	2 (15,4)	11 (84,6)
14 - Percentual de Absenteísmo nas sessões de quimioterapia ²	Interno de Produtividade	2 (15,4)	11 (84,6)
8 - Percentual de consulta clínica de intercorrência oncológica ³	Interno de Produção	2 (15,4)	11 (84,6)
24 - Percentual de exames repetidos ³	Econômico-financeiro Qualidade	2 (15,4)	11 (84,6)
13 - Média permanência – paciente/ dia ¹	Interno de Produtividade	2 (15,4)	11 (84,6)
1 - Razão de Casos Metastáticos e Localizados ²	Externo	2 (15,4)	11 (84,6)

NR=Não Relevante; PR=Pouco Relevante; MoR=Moderadamente Relevante; BR=Bastante Relevante; MR=Muito Relevante

1 – Indicadores pesquisados na literatura; 2 – Indicadores transcritos e adaptados; 3 – Indicadores elaborados

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2018.

7. PRODUTO DA DISSERTAÇÃO

7.1 - Descrição

Após realizar a revisão de literatura e com base na vivência profissional foram elencados e elaborados vinte e seis indicadores em oncologia. Destes, seis indicadores existentes na literatura pesquisada, quatro indicadores foram transcritos e adaptados a área da oncologia e dezesseis indicadores foram elaborados com base na atuação profissional. A seguir, os mesmos, estão descritos e classificados de acordo com referencial Bittar (2001).

7.1.1. Indicadores externos ou de meio ambiente

1- Razão de casos metastáticos e localizados

Nome do Indicador	Razão de casos metastáticos e localizados
Descrição e Justificativa	Verificar qual o nível de gravidade/estadiamento dos pacientes que iniciam o tratamento no serviço além de ter o controle dos casos atendidos.
Método de Cálculo (Fórmula)	$= (\sum \text{Casos metastáticos}) / (\sum \text{Casos localizados})$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Estadiamento dos pacientes oncológicos Prontuário Paciente
Unidade de Medida	Proporção – (Interpretação: se esse indicador resultar em 1 significa que o número de casos metastáticos é igual ao número de casos localizados; se o resultado for maior que 1,0, por exemplo, 1,10 significa que o número de casos metastático é 10% maior que o número de casos localizados; se o resultados for menor que 1, por exemplo, 0,90 significa que o número de casos metastático é 10% menor que o número de casos localizados).
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Pelo prontuário do paciente será realizada a razão entre os casos metastáticos e localizados.
Meta	Não se aplica
Tolerância	Não se aplica

2 - Prevalência de casos malignos acompanhados pelo hospital

Nome do Indicador	Prevalência de casos malignos acompanhados pelo hospital
Descrição e Justificativa	Participação dos casos com diagnóstico de neoplasia maligna nos pacientes assistidos
Método de Cálculo (Fórmula)	$= \left(\sum \text{casos cadastrados no RHC (analíticos + não analíticos)} \right) / \left(\sum \text{casos matriculados no hospital por ano de matrícula} \right) \times 100$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Casos de neoplasia maligna com anatomopatológico Casos matriculados no hospital Registro Hospitalar de Câncer (RHC) Autorização das internações hospitalares (AIH) e Autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC)
Unidade de Medida	Proporção
Periodicidade	Anual
Metodologia de Coleta	Prontuário Paciente (Físico e Eletrônico) RHC
Meta	Não se aplica
Tolerância	Não se aplica

3 - Coeficiente de Incidência (ANVISA)

Nome do Indicador	Coeficiente de Incidência (ANVISA)
Descrição e Justificativa	É o risco de um indivíduo da população vir a adquirir a doença. Taxa em que novos eventos ocorrem em dada população.
Método de Cálculo (Fórmula)	$= \left(\frac{\sum \text{Casos Novos de câncer no período}}{\sum \text{população de referência para o período definido}} \right) \times 100$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Casos novos de câncer na população estudada Nº de habitantes ou população estudada Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP)
Unidade de Medida	Proporção de habitantes
Periodicidade	Anual
Metodologia de Coleta	Prontuário Paciente (Físico e Eletrônico) Agenda de consulta Autorização de procedimento Ambulatorial (APAC) RCBP
Meta	Não se aplica
Tolerância	Não se aplica

4 - Razão de Mortalidade/Incidência

Nome do Indicador	Razão de Mortalidade/Incidência
Descrição e Justificativa	O número de óbito por câncer comparado com o número de casos novos de câncer no mesmo período de tempo. A razão I/M (Incidência/Mortalidade) serve para estimar o número de casos de câncer esperados e também reflete a gravidade dos diversos tipos de câncer (INCA).
Método de Cálculo (Fórmula)	$= \frac{(\sum \text{óbitos por Câncer no período})}{(\sum \text{casos novos de Câncer no período})} \times 100$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Nº de óbitos ocorridos por câncer Nº de casos novos Sistema de informação de Mortalidade (SIM) Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP)
Unidade de Medida	Proporção
Periodicidade	Semestral ou Anual
Metodologia de Coleta	Planilha eletrônica Prontuário Paciente (Físico e Eletrônico)
Meta	20 e 30%
Tolerância	10%

5 - Razão de mortalidade oncológica proporcional

Nome do Indicador	Razão de mortalidade oncológica proporcional
Descrição e Justificativa	Proporção de óbitos ocorridos por uma razão ou causa. Distribuição proporcional dos óbitos em relação a algumas variáveis de interesse, neste caso, o câncer.
Método de Cálculo (Fórmula)	$RMP = (\sum(\text{óbitos por câncer})) / (\sum(\text{total de óbitos}))$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Nº de óbitos por câncer Nº de óbitos total Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)
Unidade de Medida	Proporção
Periodicidade	Anual
Metodologia de Coleta	Declaração de óbito (DO) Prontuário Paciente (Físico e Eletrônico) Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)
Meta	100%
Tolerância	10%

6 - Índice de Masculinidade

Nome do Indicador	Índice de Masculinidade
Descrição e Justificativa	Para todos os tipos de câncer, a incidência é geralmente maior para o sexo masculino do que para o feminino. Este índice é a razão do número de eventos no sexo masculino em relação ao sexo feminino. Verificar realidade dos serviços.
Método de Cálculo (Fórmula)	$= \left(\frac{\sum \text{Casos de câncer no sexo masculino}}{\sum \text{Casos de câncer no sexo feminino}} \right) \times 100$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Casos de câncer por gênero (masculino e feminino) Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP)
Unidade de Medida	Proporção
Periodicidade	Semestral ou Anual
Metodologia de Coleta	Registro Hospitalar de Câncer (RHC) Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) Tabela de dados hospitalares Prontuário Paciente (Físico e Eletrônico)
Meta	Não se aplica
Tolerância	Não se aplica

7.1.2. Indicadores Internos

7.1.2.1. Indicadores de produção

7 - Finalidade do tratamento quimioterápico do paciente (Curativo, Neoadjuvante, Adjuvante, Paliativo)

Nome do Indicador	Finalidade do tratamento quimioterápico do paciente
Descrição e Justificativa	Quantificar a finalidade do tratamento quimioterápico mais realizado no período (Curativo, Neoadjuvante, Adjuvante, Paliativo)
Método de Cálculo (Fórmula)	Resposta Nominal em forma de frequência absoluta e relativa Categorias: Curativo, Neoadjuvante, Adjuvante, Paliativo
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Protocolo de quimioterapia Descrição do caráter de tratamento
Unidade de Medida	Proporção
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Prontuário paciente
Meta	Não se aplica
Tolerância	Não se aplica

8 - Percentual de consulta clínica de intercorrência oncológica

Nome do Indicador	Percentual de consulta clínica de intercorrência oncológica
Descrição e Justificativa	Verificar quantos atendimentos de consulta clínica são relacionados a intercorrência oncológica - Código 03.04.10.001-3
Método de Cálculo (Fórmula)	$= \left(\frac{\sum \text{consulta clínica de intercorrência oncológica no período} \times 100}{\sum \text{consulta clínica no período}} \right)$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Nº de consulta clínica
Unidade de Medida	Proporção
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Agenda de consulta
Meta	Não se aplica
Tolerância	Não se aplica

9 - Sessões de quimioterapia realizadas (exceto hormonioterapia) por sessões de radioterapia

Nome do Indicador	Sessões de quimioterapia realizadas (exceto hormonioterapia) por sessões de radioterapia
Descrição e Justificativa	Mapear a produção do serviço em relação aos tratamentos quimioterápicos e radioterapia, encontrando a proporção
Método de Cálculo (Fórmula)	$= (\sum \text{sessões de quimioterapia} - (\text{hormonioterapia}) \times 100) / (\sum \text{radioterapia})$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Agenda de tratamento eletrônica
Unidade de Medida	Proporção - (Interpretação: se esse indicador resultar em 1 significa que o número de sessões de quimio é igual ao número de sessões de radio; se o resultado for maior que 1,0, por exemplo, 1,10 significa que o número de sessões de quimio é 10% maior do número de sessões de radio; se o resultados for menor que 1, por exemplo, 0,90 significa que o número de sessões de quimio é 10% menor ao número de sessões de radio).
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Agenda de tratamento eletrônica
Meta	Mensal
Tolerância	Agenda de tratamento eletrônica

10 - Consultas oncologista X sessões de quimioterapia

Nome do Indicador	Consultas oncologista X sessões de quimioterapia
Descrição e Justificativa	É um indicador de cobertura que estima o número Sessões de quimioterapia para o tratamento de Câncer em relação às Consultas Médicas. Possibilidade de indicar situações de dificuldade de acesso aos serviços de terapia, pela demora na marcação das sessões de quimioterapia ou, ainda, pela indisponibilidade de prestadores de serviços de saúde.
Método de Cálculo (Fórmula)	$= \frac{(\sum(\textit{sessões de quimioterapia sistêmica}))}{(\sum(\textit{consultas médicas oncologista}))} \times 100$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Agenda de consulta oncologista Agenda de sessões de quimioterapia Indicador da ANS
Unidade de Medida	Proporção
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Agenda de consulta oncologista Agenda de sessões de quimioterapia
Meta	MS - Portaria/GM nº 1101/2002, estabelece que a necessidade de Sessões de quimioterapia para o tratamento de Câncer varia entre 0,07% e 0,27% do total das Consultas Médicas
Tolerância	0,07%

11 - Nº de cirurgias oncológicas por localização de tumor

Nome do Indicador	Nº de cirurgias oncológicas por localização de tumor
Descrição e Justificativa	Evidenciar os números relacionados aos procedimentos cirúrgicos oncológicos realizados por localização do tumor - CID 10
Método de Cálculo (Fórmula)	$\sum \text{cirurgias oncológicas por localização do tumor (CID - 10)}$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Nº de cirurgias oncológicas por localização tumor Base de dados hospitalar Prontuário Paciente (Físico e Eletrônico)
Unidade de Medida	Número de cirurgias
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Planilha de dados Prontuário Paciente (Físico e Eletrônico)
Meta	Contratualização SUS (limitante de teto físico e financeiro de procedimentos hospitalares)
Tolerância	Não se aplica

7.1.2.2. Indicadores de produtividade

12 - Classe farmacológica de medicamentos mais usados na assistência adjuvante ao tratamento oncológico X Custo

Nome do Indicador	Classe farmacológica de medicamentos mais usados na assistência adjuvante ao tratamento oncológico X Custo
Descrição e Justificativa	Quantificar o uso destes medicamentos durante o tratamento oncológico (Analgésicos Opióides, Antieméticos, Antiulcerosos, Corticóides, Laxativos, AINHs, Anti-hipertensivos) comparando com custo destes subvencionados pela APAC
Método de Cálculo (Fórmula)	$= (\sum Medicamento) / (\sum Custo) \times 100$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Medicamentos em uso Custo Valor APAC Prontuário do Paciente (Físico e Eletrônico)
Unidade de Medida	Proporção
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Pesquisa em Prontuário do Paciente (Físico e Eletrônico) Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC)
Meta	Não se aplica
Tolerância	Não se aplica

13 - Média de permanência – paciente/dia

Nome do Indicador	Média de permanência – paciente/dia
Descrição e Justificativa	Representa o tempo que os pacientes oncológicos permanecem no leito hospitalar
Método de Cálculo (Fórmula)	$= (\sum \text{paciente} - \text{dia oncológico clínico no período}) / (\sum \text{saídas no período})$ <p>Numerador: N° de paciente-dia oncológicos - somatório dos paciente-dia do hospital no período de um mês</p> <p>Denominador: N° de saídas - somatório das altas, transferências externas e óbitos no hospital no período de um mês</p>
Dados Requeridos e Fonte de Dados	<p>N° de paciente-dia oncológico clínico</p> <p>N° de paciente-dia do hospital</p> <p>N° de altas, transferências externas e óbitos</p> <p>Paciente-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.</p>
Unidade de Medida	Dias
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Sistema on-line hospitalar Planilhas dos serviços
Meta	5 dias
Tolerância	7-10 dias

14 - Percentual de Absenteísmo nas sessões de quimioterapia

Nome do Indicador	Percentual de Absenteísmo nas sessões de quimioterapia
Descrição e Justificativa	Saber o percentual de absenteísmo permite um trabalho mais específico para maximizar a organização do agendamento e propor métodos para melhorar a realização dos tratamentos.
Método de Cálculo (Fórmula)	$= (\sum \textit{sessões perdidas}) / (\sum \textit{sessões planejadas}) \times 100$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Relação de todos os pacientes atendidos no Serviço de Oncologia Número de sessões totais no mês Número de sessões perdidas
Unidade de Medida	Proporção
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Prontuário do Paciente (Físico e Eletrônico) Agenda de Tratamento Quimioterápico
Meta	100%
Tolerância	Não se aplica

15 - Razão das taxas de tratamento quimioterápico ambulatorial e domiciliar

Nome do Indicador	Razão das taxas de tratamento quimioterápico ambulatorial e domiciliar
Descrição e Justificativa	Verificar as taxas de tratamento quimioterápico realizados de forma ambulatorial e domiciliar
Método de Cálculo (Fórmula)	$= \frac{(\sum \text{tto. quimioterápicos domiciliar})}{(\sum \text{tto. quimioterápicos ambulatoriais})} \times 100$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Contagem de tratamentos quimioterápicos domiciliares Contagem de tratamentos quimioterápicos ambulatoriais
Unidade de Medida	Proporção
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Pela agenda de sessões de quimioterapia Protocolos quimioterápicos (ambulatorial/domiciliar)
Meta	Não se aplica
Tolerância	Não se aplica

7.1.3. Indicadores econômico-financeiros

7.1.3.1. Indicadores hospitalares de qualidade

16 - Percentual de Pacientes que iniciaram o tratamento em tempo inferior a 60 dias

Nome do Indicador	Percentual de Pacientes que iniciaram o tratamento em tempo inferior a 60 dias
Descrição e Justificativa	Início de tratamento oncológico após confirmação do diagnóstico por exame anatomopatológico contemplando a Portaria 1220 de 03 de junho de 2014, que refere o direito de início de tratamento até 60 dias após confirmação do diagnóstico oncológico
Método de Cálculo (Fórmula)	$= \left(\frac{\sum \text{pacientes com tratamento iniciado com prazo inferior a 60 dias}}{\sum \text{pacientes que iniciaram o tratamento}} \right) \times 100$ <p>Observação:</p> <p><i>Tempo para início de tratamento =</i> <i>Data do início do primeiro tratamento – Data do anatomo</i></p>
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Data do exame anatomopatológico; Data de início do tratamento no serviço; Ministério da Saúde - Portaria 1220/2014
Unidade de Medida	Proporção
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Será realizado um levantamento de dados baseado nas variáveis de data de anatomopatológico e data de início do tratamento e com essas informações será calculado o indicador
Meta	100%
Tolerância	0%

17 - Percentual de Eventos Adversos relacionados a infusão de quimioterápicos (QT)

Nome do Indicador	Percentual de Eventos Adversos relacionados a infusão de quimioterápicos (QT)
Descrição e Justificativa	Quantificar os eventos adversos ocorridos durante a infusão da quimioterapia (náusea, vômito, diarreia, mal estar, hipertensão/hipotensão, dispnéia, prurido, etc.)
Método de Cálculo (Fórmula)	$= \left(\frac{\sum (EA \text{ ocorridos relacionados a infusão de QT no período})}{\sum \text{sessões de quimioterapia no período}} \times 100 \right)$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Eventos adversos relacionados a infusão de quimioterápicos
Unidade de Medida	Percentual
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Prontuário do Paciente (Físico e Eletrônico)
Meta	Não se aplica
Tolerância	Não se aplica

18 - Percentual de Diagnóstico Histopatológico

Nome do Indicador	Percentual de Diagnóstico Histopatológico
Descrição e Justificativa	Verificação microscópica dos exames histológicos, citológicos e hematológicos. O percentual dos casos com verificação microscópica é um indicador positivo da validade e da informação do registro.
Método de Cálculo (Fórmula)	$= (\sum \text{exames realizados histopatologia} \times 100) / (\sum \text{exames})$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Relação de todos os pacientes atendidos no Serviço de Oncologia Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) Dados de laboratórios de anatomopatologia
Unidade de Medida	Porcentagem
Periodicidade	Anual
Metodologia de Coleta	Pelo prontuário do paciente será realizada o percentual dos casos com exames entre todos os pacientes.
Meta	>70% Referência RCBP
Tolerância	10%

19 - Avaliação da resposta tumoral

Nome do Indicador	Avaliação da resposta tumoral
Descrição e Justificativa	A avaliação da resposta tumoral como resposta objetiva ao tratamento oncológico. Caracterizada como remissão ou resposta completa, remissão ou resposta parcial, doença estável, progressão da doença
Método de Cálculo (Fórmula)	Resposta Nominal em forma de frequência absoluta e relativa Categorias: emissão ou resposta completa, remissão ou resposta parcial, doença estável, progressão da doença
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Exames de diagnóstico e acompanhamento tumoral Avaliação oncologista
Unidade de Medida	Proporção
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Prontuário do Paciente (Físico e Eletrônico)
Meta	Não se aplica
Tolerância	Não se aplica

20 - Consulta de enfermagem no período X Início de tratamento oncológico

Nome do Indicador	Consulta de enfermagem no período X Início de tratamento oncológico
Descrição e Justificativa	Estabelecer que os paciente em início de tratamento tenham o acolhimento e as orientações inerentes a este momento pelo profissional enfermeiro
Método de Cálculo (Fórmula)	Resposta Nominal em forma de frequência absoluta e relativa Categorias: Teve, Não Teve
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Consulta de enfermagem realizada Início de tratamento no período Agenda de consulta eletrônica
Unidade de Medida	Porcentagem
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Agenda de consulta eletrônica Planilha de dados
Meta	100%
Tolerância	5%

21 - Extravasamento de Antineoplásico (EA)

Nome do Indicador	Extravasamento de Antineoplásico (EA)
Descrição e Justificativa	Verificar o número de extravasamento antineoplásico em relação aos tratamentos realizados no mesmo período. Com vistas a verificar a não conformidade para melhoria do processo. Centros de excelência = lesões quase zero
Método de Cálculo (Fórmula)	$= \left(\frac{\sum \text{infusões com extravasamento}}{\sum \text{infusões de quimioterapia no período}} \right) \times 100$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Registro de EA Infusões de quimioterapia Prontuário do Paciente (Físico e Eletrônico) Agenda de tratamento (web)
Unidade de Medida	Porcentagem
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Leitura de prontuários dos pacientes (físico e eletrônico) e ou planilha de excel com dados requeridos
Meta	0%
Tolerância	0,5% - 5% (Bonassa, 2012)

22 - Reinternação Hospitalar Oncológica

Nome do Indicador	Reinternação Hospitalar Oncológica
Descrição e Justificativa	Medir a taxa de pessoas que retornam ao hospital em até 30 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Mapear os motivos deste retorno. (Intercorrência oncológica, intercorrência clínica, tratamento agendado)
Método de Cálculo (Fórmula)	$= \frac{(\sum \text{readmissões hosp. oncológicas até 30 dias da última alta hospitalar})}{(\sum \text{internações oncológicas})} \times 100$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Relação de todos os pacientes atendidos no Serviço de Oncologia Data internação Data reinternação Motivos Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
Unidade de Medida	Proporção
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	A proporção de reinternação de pacientes com câncer será calculada pelo número de reinternados dividido pelo número de pacientes oncológicos internados na Unidade Hospitalar
Meta	10%
Tolerância	Não se aplica

23 - Tempo médio e mediano de sobrevida do primeiro tratamento até a progressão da doença

Nome do Indicador	Tempo médio e mediano de sobrevida do primeiro tratamento até a progressão da doença
Descrição e Justificativa	Estudo dos dados relacionados ao tempo até a ocorrência da progressão da doença, em um período de tempo pré-definido. Deve ser verificado de acordo com o protocolo inicial utilizado e associado a neoplasia de interesse do estudo.
Método de Cálculo (Fórmula)	No R pode-se ligar as bases e realizar uma estimativa da média e da mediana do tempo de sobrevida <pre>library(survival) y <- Surv(hospital \$tempo, hospital \$status) km <- survfit(y ~ 1, data = hospital) km plot(km, conf.int = F, xlab = "Meses", ylab = "S(t)", main = "Tempo Sobrevida – Serv. Onco")</pre>
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Data do início do tratamento e data de progressão da doença Prontuário do Paciente (Físico e Eletrônico)
Unidade de Medida	Tempo
Periodicidade	Semestral
Metodologia de Coleta	Prontuário do Paciente (Físico e Eletrônico)
Meta	100%
Tolerância	10%

24 - Percentual de Exames repetidos

Nome do Indicador	Percentual de Exames repetidos
Descrição e Justificativa	Verificar quais tipos de exames necessita ser repetidos durante o tratamento oncológico devido a problemas na interpretação do resultado. Possibilidade de avaliar a qualificação profissional na realização destes exames.
Método de Cálculo (Fórmula)	$= \frac{(\sum \text{exames que necessitam ser repetidos por algum motivo})}{(\sum \text{exame específico realizado})} \times 100$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Nº de exames repetidos por algum motivo (elencar motivos para posterior avaliação) Nº de exames realizados
Unidade de Medida	Porcentagem
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Planilha de dados de exames realizados Sistema online hospital
Meta	3%
Tolerância	1%

25 - Razão da Taxa de Mortalidade na Oncologia no primeiro ano de tratamento do hospital com a taxa de Mortalidade Geral no mesmo período

Nome do Indicador	Razão da Taxa de Mortalidade na Oncologia no primeiro ano de tratamento do hospital com a taxa de Mortalidade Geral no mesmo período
Descrição e Justificativa	O indicador estima a razão de óbito dos pacientes com Câncer no primeiro ano de tratamento, relacionado ao número de óbitos geral do hospital. Esse indicador mostra quantas vezes é essa relação entre os óbitos dos pacientes de câncer com os óbitos do hospital geral.
Método de Cálculo (Fórmula)	$= \frac{(\sum \text{óbitos de pacientes oncológicos no 1}^{\text{o}} \text{ ano de tratamento})}{(\sum \text{óbitos geral dos pacientes no hospital})} \times 100$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Relação de todos os pacientes atendidos no Serviço de Oncologia Data do óbito dos pacientes atendidos no Serviço de Oncologia Relação dos pacientes atendidos no hospital Data do óbito dos pacientes no hospital
Unidade de Medida	Nº de vezes – (Interpretação: se esse indicador resultar em 1 significa que a proporção de óbitos de câncer é igual a proporção de óbitos geral do hospital) ; se o resultado for 2 significa que a proporção de nº de óbitos de câncer é duas vezes o número de óbito geral.
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	A proporção de óbitos de pacientes com câncer será calculada pelo número de óbitos dividido pelo número de pacientes atendidos no Serviço de Oncologia (P1). A proporção de óbitos de pacientes geral do hospital será calculada pelo número de óbitos de todo o hospital dividido pelo número de pacientes atendidos (P2). Assim será calculado a Razão de mortalidade (P1/P2).
Meta	100%
Tolerância	Não se aplica

26 - Proporção de pacientes com relação ao acesso venoso (cateter totalmente implantado por cateter de inserção periférica)

Nome do Indicador	Proporção de pacientes com relação ao acesso venoso (cateter totalmente implantado por cateter de inserção periférica)
Descrição e Justificativa	Mapear a utilização de acesso venoso adequado para infusão do tratamento quimioterápico, com objetivo de minimizar efeitos colaterais na rede venosa impactando em sua precariedade e comprometimento.
Método de Cálculo (Fórmula)	$= \left(\frac{\sum \text{pacientes com cateter totalmente implantado}}{\sum \text{paciente em uso de cateter de inserção periférica}} \right) \times 100$
Dados Requeridos e Fonte de Dados	Identificação dos acessos venosos no tratamento quimioterápico no prontuário do paciente
Unidade de Medida	Proporção
Periodicidade	Mensal
Metodologia de Coleta	Prontuário do Paciente (Físico e Eletrônico)
Meta	Não se aplica
Tolerância	Não se aplica

7.2 – Aplicabilidade do produto

Com intuito de melhorar o atendimento para a população, entendendo as necessidades de alocação de recursos, seja, assistencial, de gestão ou financeiro, foi pensado no desenvolvimento de um produto que auxiliasse na tomada de decisão e possibilite a inserção de novos insumos e tecnologias com enfoque na área oncológica. Se implementado dentro das instituições de saúde, possa ser uma ferramenta que permita o acompanhamento de indicadores em tempo real a nível nacional.

A aplicabilidade deste produto enquadra-se na implementação destes indicadores em oncologia nos hospitais universitários gerenciados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) como forma de mapeamento da qualidade da assistência de alta complexidade prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com intuito de qualificar as informações para o incentivo da pesquisa clínica.

A partir do encaminhamento dos resultados obtidos nesta dissertação à Coordenadoria de Formação Profissional e Pesquisa e Inovação Tecnológica da rede EBSERH, pretende-se divulgar e viabilizar estes indicadores em oncologia às instituições de saúde e hospitais de ensino, com o intuito de apreciação quanto a sua aplicabilidade.

Sugere-se a introdução gradativa destes indicadores em oncologia de acordo com a classificação de relevância apresentada, iniciando com os indicadores de qualidade destacados na avaliação dos juízes especialistas: “Percentual de Pacientes que iniciaram o tratamento em tempo inferior a 60 dias” e “Percentual de eventos adversos relacionados a infusão de quimioterápicos”. Após serão acrescentados os demais, por ordem de relevância, baseada na pesquisa realizada e características sócio demográficas e culturais na qual a instituição de saúde está inserida.

7.3 – Inserção social

A aplicabilidade destes indicadores em oncologia possibilitará o mapeamento dos hospitais universitários vinculados à rede EBSEH, quanto a identificação e análise do perfil social e epidemiológico dos usuários que estão inseridos na área de abrangência destas instituições de saúde. Permite ainda, o direcionamento de ações de saúde pública na alta complexidade no que se refere a prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento, vinculadas as respostas destes indicadores.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos em oncologia estão em crescente avanço no que tange a qualificação profissional, descoberta e inserção de novas tecnologias e medicamentos relacionados a esta doença prevalente, que proporciona a expansão e viabilidade da pesquisa clínica nesta temática.

Neste estudo foram elencados seis indicadores já existentes na literatura pesquisada, quatro indicadores foram transcritos e adaptados a área da oncologia e dezesseis indicadores foram elaborados a partir da realidade local, da experiência profissional diária e subsídio da literatura. Os indicadores em oncologia propiciam a identificação de problemas, subsidiam ações e decisões efetivas, além do monitoramento dos resultados e desenvolvimento dos processos nas instituições de saúde. Na assistência ao paciente oncológico, estes possibilitam a revisão de protocolos operacionais padrão, na qual visam a qualidade dos processos para atingir os padrões de excelência.

Diante dos resultados obtidos neste estudo, destacam-se as categorias de indicadores internos de produtividade e os indicadores econômico-financeiros de qualidade, no qual apresentaram alta relevância na avaliação dos juízes especialistas, com ênfase de 100% das respostas obtidas nos indicadores “Percentual de Pacientes que iniciaram o tratamento em tempo inferior a 60 dias” e “Percentual de eventos adversos relacionados a infusão de quimioterápicos”. Esses indicadores permitem o mapeamento do meio interno da instituição com ênfase nos processos desempenhados na assistência oncológica, com vistas a qualificação profissional, início precoce e segurança do paciente no tratamento, além da estruturação adequada das instituições de saúde.

Quanto a identificação, elaboração e classificação dos indicadores externos, internos e de qualidade, estes possibilitam a disponibilização de um instrumento válido para a comunidade científica, além de fornecer subsídios diante de interesses e demandas de serviços e de pesquisadores. Por meio da identificação e avaliação destas variáveis em formato de indicadores, pode-se incentivar a pesquisa clínica nas instituições de saúde e hospitais de ensino vinculados a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

As limitações deste estudo, referem-se a baixa adesão dos juízes especialistas relacionadas às respostas enviadas para análise dos dados. Acredita-se que, por ser uma amostra de conveniência vinculada aos contatos do pesquisador, o meio *online*, apesar da praticidade, pode ter inviabilizado um número expressivo de respostas.

Observou-se ainda lacunas de conhecimento no que tange a existência de indicadores em oncologia e sua aplicabilidade e divulgação, o que nos instigou a realização deste estudo. Neste sentido, sugere-se a utilização destes indicadores nas instituições de saúde e hospitais de ensino vinculados a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares de uma forma homogênea e que possibilite sua validação, com o objetivo de disponibilizar informações à nível nacional, de uma maneira uniforme.

9. REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, G. DE A. S.; OLIVEIRA, J. R. DE. Absenteísmo. Suas principais causas e consequências em uma empresa do ramo de saúde. **Revista de Ciências Gerenciais**, v. XIII, n. 19, p. 95–113, 2009.
2. AGUIAR, D.F.D., & CAMACHO, K.G. The daily activity of the nurse in clinical research: na experience report. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 44(2), 526-530. 2010
3. ALVES, F. V. G., DAMES, K. K., & LIMA, R. D. O enfermeiro como coordenador de estudos clínicos em oncologia. **Rev. Bras. Cancerol. (Online)**, 75-84.
4. BITTAR, O. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Ras**, v. 3, n. 12, p. 21–28, 2011.
5. BARATA, L. R. B., MENDES, J. D. V., & BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. *Rev Adm Saúde*, 12(46), 7-14.
6. BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEH, J. A. R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre - RS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 2, p. 95–101, 2004.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política nacional de gestão de tecnologias em saúde**. Brasília (DF); 2010.
8. BRASIL. Lei 12.401 de 28 de abril de 2011. **Diário Oficial da União**, v. 12401, n. 12, 2011a.
9. BRASIL. Decreto nº7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de S. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, n. 7, p. 7, 2011b.
10. BRASIL. Portaria 1220 de 03 de junho de 2014. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. 2014.
11. BRASIL. SECRETARIA DE CIÊNCIA, T. E I. E. Rede Nacional de Pesquisa Clínica [Folder]. 2010.
12. CHIAVENATO, Idalberto. Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações. Editora Manole, 2005.
13. CIÊNCIA, D. DE; CIÊNCIA, S. DE. Da política à ação institucional : prioridades

- de pesquisa no Ministério da Saúde From political to institutional action : research priorities in the Ministry of. **Health (San Francisco)**, v. 40, n. 3, p. 548–552, 2006.
14. CLINICAL TRIALS, database of privately and publicly funded clinical studies conducted around the world. Disponível em: <<https://clinicaltrials.gov/>> Acessado em: 22/04/2018
 15. D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 84–88, 2006.
 16. DE MOURA, G. M. S. S. et al. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS**, v. 30, n. 1, p. 136–140, 2009.
 17. DIAS, C. M.; FREITAS, M.; BRIZ, T. Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 23, n. 4, p. 439–450, 2007.
 18. FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & lung**, v. 16, n. 6, p. 625–629, 1987.
 19. FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 213–219, 2005.
 20. FERREIRA, C. G. M. Alta tecnologia para o controle do câncer. **Revista Rede Câncer. INCA**, v. 16, p. 36–37, 2011.
 21. FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo. **Texto para Discussão**, v. 1369, p. 44, 2009.
 22. GODOY, L. P., PERUFO, L. D., RODRIGUES, M. K., & WEGNER, R. D. S. (2013). O monitoramento e controle dos processos de saúde através de indicadores de qualidade. **Anais do Encontro Nacional de Engenharia de Produção**, Salvador, BA, Brasil, 33.
 23. GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. DE; MENDONÇA, G. A. E. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 227–234, 2005.
 24. GUIDELINE, I. H. (2015). Integrated addendum to ICH E6 (R1): **Guideline for Good Clinical Practice E6 (R2)**. *Current Step*, 2.
 25. HAYNES SN, RICHARD DCS, KUBANY ES. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Psychol Assess** 1995; 7(3):238-247.

26. INCA. Ferramenta para a Vigilância Hospitalar de Câncer no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**, 2011.
27. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **INCA - Instituto Nacional de Câncer - Estimativa 2016**. [s.l: s.n.].
28. LIMA R, BRANDAO MAG. The nurse role at the oncologic clinical research – a self report. **Online Brazilian journal of nursing**, 2002 1 (2). Disponível em: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4795/html_401
Acessado em: 27/04/2018 às 11:26
29. MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2018-Incidência de câncer no Brasil**. 2017.
30. NACIO, C.; GIL, C.; FERREIRA, M. Pesquisa clínica em câncer. p. 20–25, [s.d.].
31. ONCOGUIA. Câncer. O que é? 2017. Disponível em: <http://www.oncoquia.org.br/conteudo/cancer/12/1/> Acesso em: 08/01/2018
32. PAULA, C. E. A., & BITTAR, C. M. L. Judicialização da saúde e seus reflexos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, v. 3(1), n. December, p. 19–41., 2017.
33. POLIT, D. F., & BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in nursing & health**, 29(5), 489-497. 2006.
34. RAMOS, A. W.; MIYAKE, D. I. Desenvolvendo Indicadores de Produtividade e Qualidade em Hospitais: Uma Proposta de Método. v. 11, p. 67–84, 2010.
35. RINALDI, E. C.; MEIER, M. J. Revisão teórica. v. 16, n. 41, p. 445–453, 2012.
36. SILVEIRA, C. S.; ZAGO, M. M. F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 614–619, 2006.
37. TIRONI, L. F. et al. Critérios para geração de indicadores de qualidade e produtividade no serviço público **Texto para Discussão**, 1991. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0238.pdf>
38. TOMAZELLI, J. G. et al. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período 2010-2012*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 4, p. 713–724, 2017.
39. TRINDADE, E. Adoption of new technologies by health services: the challenge of analyzing relevant factors. **Cadernos de saúde publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Publica**, v. 24,

n. 5, p. 951–964, 2008.

40. TRZESNIAK, P. Indicadores quantitativos: reflexões que antecedem seu estabelecimento. **Ciência da Informação**, v. 27, p. nd-nd, 1998.
41. Resolução, N. 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 13. 2013.

APÊNDICE

Apêndice 1 – Formulário “Principais Indicadores em Oncologia”

Seção 1 de 7

Indicadores relevantes em Oncologia

PREZADO (A) COLEGA,

VIEMOS PEDIR SUA AJUDA PARA REALIZAR NOSSA PESQUISA.

SALIENTAMOS A IMPORTÂNCIA DE SUA VALIOSA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO E NO DESENVOLVIMENTO DA CIÊNCIA EM ONCOLOGIA E PESQUISA CLÍNICA. PARA TAL, SOLICITAMOS QUE PREENCHA O QUESTIONÁRIO. PEDIMOS QUE NÃO DEIXE PARA DEPOIS, POIS TEMOS PRAZOS DE ENTREGA. DEIXAREMOS ESSA PESQUISA ABERTA POR 30 DIAS. AGRADECEMOS DESDE JÁ.

ESSE QUESTIONÁRIO FAZ PARTE DE UMA DAS ETAPAS DO PROJETO "PRINCIPAIS INDICADORES DE QUALIDADE E RESULTADO EM ONCOLOGIA" DO MESTRADO PROFISSIONAL DE PESQUISA CLÍNICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA).

O OBJETIVO GERAL DO PROJETO É PROPOR DENTRO DA LITERATURA E LEGISLAÇÃO VIGENTE INDICADORES QUE POSSAM NORTEAR A MELHORIA DA QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ONCOLOGIA, AUXILIANDO NA GESTÃO DOS RESULTADOS DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE. ALÉM DISSO, GOSTARÍAMOS QUE VOCÊ CLASSIFICASSE A RELEVÂNCIA DE CADA INDICADOR NA PESQUISA CLÍNICA. ELABORAMOS UM SITE PARA AJUDÁ-LO A ENTENDER MELHOR NOSSOS INDICADORES [[HTTPS://SITES.GOOGLE.COM/A/HCPA.EDU.BR/GUIMARAES/](https://sites.google.com/a/hcpa.edu.br/guimaraes/)].

AINDA RESSALTAMOS QUE SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA E ESSENCIAL PARA CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS.

AGRADECEMOS A GRANDE CONTRIBUIÇÃO E FICAMOS A DISPOSIÇÃO NO MOMENTO QUE O (A) SENHOR (A) PRECISAR.

CORDIALMENTE,

CAREN L. S. F. DOS SANTOS - MESTRANDA NO PPG DE PESQUISA CLÍNICA

LUCIANO S. P. GUIMARÃES - ORIENTADOR - LSGUIMARAES@HCPA.EDU.BR

Seção 2 de 7**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nº DO CAAE 62933316.8.0000.5327

TÍTULO ATUAL DO PROJETO: PRINCIPAIS INDICADORES DE QUALIDADE E RESULTADO EM ONCOLOGIA

VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADA (A) A PARTICIPAR DE UMA PESQUISA CUJO OBJETIVO É ANALISAR A LITERATURA E LEGISLAÇÃO VIGENTE PARA IDENTIFICAR E ELABORAR INDICADORES QUE POSSAM NORTEAR A MELHORIA DA QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ONCOLOGIA, E INCLUSIVE, AUXILIAR NA GESTÃO DOS RESULTADOS DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE. ESTA PESQUISA ESTÁ VINCULADA AO MESTRADO PROFISSIONAL EM PESQUISA CLÍNICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). SE VOCÊ ACEITAR PARTICIPAR DA PESQUISA, OS PROCEDIMENTOS ENVOLVIDOS EM SUA PARTICIPAÇÃO SÃO OS SEGUINTE: VOCÊ RESPONDERÁ UM QUESTIONÁRIO CLASSIFICANDO INDICADORES ASSISTENCIAIS DE QUALIDADE E DE RESULTADOS EM ONCOLOGIA EM RELAÇÃO A SUA RELEVÂNCIA. ESTE QUESTIONÁRIO CONTÉM PERGUNTAS SOBRE CLASSIFICAÇÕES DE ALGUNS INDICADORES E ESTIMAMOS QUE VOCÊ LEVE CERCA DE 20 MINUTOS PARA RESPONDÊ-LO. SOMENTE A EQUIPE DE PESQUISA TERÁ ACESSO AOS RESULTADOS INDIVIDUAIS. OS RESULTADOS SERÃO APRESENTADOS DE FORMA CONJUNTA, SEM A IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES, OU SEJA, O SEU NOME (OU QUALQUER MEIO DE IDENTIFICAÇÃO) NÃO APARECERÁ NA PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS. OS POSSÍVEIS RISCOS OU DESCONFORTOS DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA ESTÃO RELACIONADOS AO TEMPO QUE TERÁ QUE DESPENDER PARA RESPONDER O QUESTIONÁRIO. VOCÊ NÃO TERÁ BENEFÍCIOS DIRETOS AO PARTICIPAR DA PESQUISA, PORÉM, CONTRIBUIRÁ PARA O AUMENTO DO CONHECIMENTO SOBRE O ASSUNTO ESTUDADO. SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA É TOTALMENTE VOLUNTÁRIA, OU SEJA, NÃO É OBRIGATÓRIA. NÃO ESTÁ PREVISTO NENHUM TIPO DE ÔNUS OU BÔNUS FINANCEIRO PELA SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA. CASO VOCÊ TENHA DÚVIDAS, PODERÁ ENTRAR EM CONTATO COM O PROFESSOR ORIENTADOR MESTRE LUCIANO SANTOS PINTO GUIMARÃES, PELO CONTATO TELEFÔNICO (51) 3359-7691. AINDA PODERÁ ENTRAR EM CONTATO COM O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA), PELO TELEFONE (51) 33597640, OU NO 2º ANDAR DO HCPA, SALA 2227, DE SEGUNDA À SEXTA, DAS 8H ÀS 17H. ACEITANDO ESSES TERMOS SEGUIMOS A PESQUISA - CLIQUE EM "PRÓXIMA".

Seção 3 de 7**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

GÊNERO:

- FEMININO
 MASCULINO

FAIXA ETÁRIA:

- 20 - 30 ANOS
 31 - 40 ANOS
 41 - 50 ANOS
 51 - 60 ANOS
 61 - 70 ANOS
 71 ANOS OU MAIS

A INSTITUIÇÃO NA QUAL TRABALHA É:

- PRIVADA
 PÚBLICA
 PRIVADA/PÚBLICA

TEMPO QUE TRABALHA NA ÁREA DE ONCOLOGIA, INCLUINDO VÍNCULO ANTERIOR E ATUAL:

- 0 - 2 ANOS
 2 - 5 ANOS
 5 - 10 ANOS
 10 OU MAIS

POSSUI PÓS GRADUAÇÃO:

- ESPECIALIZAÇÃO
 MESTRADO
 DOUTORADO

ÁREA DE FORMAÇÃO:

- ADMINISTRAÇÃO
 ENFERMAGEM
 FARMÁCIA
 MEDICINA
 ODONTOLOGIA

Seção 4 de 7

QUESTIONÁRIO INDICADORES RELEVANTES EM ONCOLOGIA

QUESTÃO NORTEADORA: QUAL A RELEVÂNCIA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E RESULTADO EM ONCOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA CLÍNICA NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE?

PARA ENTENDER MELHOR CADA UM DOS INDICADORES ENTRE NO SITE:
[HTTPS://SITES.GOOGLE.COM/A/HCPA.EDU.BR/GUIMARAES/](https://sites.google.com/a/hcpa.edu.br/guimaraes/)

Seção 5 de 7

QUESTIONÁRIO INDICADORES RELEVANTES EM ONCOLOGIA

PARA ENTENDER MELHOR CADA UM DOS INDICADORES ENTRE NO SITE:
<HTTPS://SITES.GOOGLE.COM/A/HCPA.EDU.BR/GUIMARAES/>

INDICADORES EXTERNOS OU DE MEIO AMBIENTE

*Marcar apenas uma opção por linha

	Não relevante (NR)	Pouco relevante (PR)	Moderadamente relevante (MOR)	Bastante relevante (BR)	Muito relevante (MR)
Razão de casos metastáticos e localizados					
Coeficiente de incidência					
Prevalência de casos malignos acompanhados pelo hospital					
Razão de mortalidade oncológica proporcional					
Índice de masculinidade					
Razão de mortalidade/ incidência					

Seção 6 de 7

QUESTIONÁRIO INDICADORES RELEVANTES EM ONCOLOGIA

PARA ENTENDER MELHOR CADA UM DOS INDICADORES ENTRE NO SITE:
<HTTPS://SITES.GOOGLE.COM/A/HCPA.EDU.BR/GUIMARAES/>

INDICADORES INTERNOS – PRODUÇÃO

*Marcar apenas uma opção por linha

	Não relevante (NR)	Pouco relevante (PR)	Moderadamente relevante (MOR)	Bastante relevante (BR)	Muito relevante (MR)
Nº de cirurgias oncológicas por localização de tumor					
Sessões de quimioterapia realizadas (exceto hormonioterapia) por sessões de radioterapia					
Consultas oncologista X sessões de quimioterapia					
Percentual de consulta clínica de intercorrência oncológica					
Caráter do tratamento quimioterápico do paciente (Curativo, Neoadjuvante, Adjuvante, Paliativo)					

INDICADORES INTERNOS – PRODUTIVIDADE

*Marcar apenas uma opção por linha

	Não relevante (NR)	Pouco relevante (PR)	Moderadamente relevante (MOR)	Bastante relevante (BR)	Muito relevante (MR)
Percentual de Absenteísmo nas sessões de quimioterapia					
Média de permanência-paciente/dia					
Razão das taxas de tratamento quimioterápico ambulatorial e domiciliar					
Classe farmacológica de medicamentos mais usados na assistência adjuvante ao tratamento oncológico X Custo					

Seção 7 de 7

QUESTIONÁRIO INDICADORES RELEVANTES EM ONCOLOGIA

PARA ENTENDER MELHOR CADA UM DOS INDICADORES ENTRE NO SITE:
<HTTPS://SITES.GOOGLE.COM/A/HCPA.EDU.BR/GUIMARAES/>

INDICADORES DE QUALIDADE

*Marcar apenas uma opção por linha

	Não relevante (NR)	Pouco relevante (PR)	Moderadamente relevante (MOR)	Bastante relevante (BR)	Muito relevante (MR)
Percentual de Pacientes que iniciaram o tratamento em tempo inferior a 60 dias					
Razão da Taxa de Mortalidade na Oncologia no primeiro ano de tratamento do hospital com a taxa de Mortalidade Geral no mesmo período					
Reinternação Hospitalar Oncológica					
Percentual de Diagnóstico Histopatológico					
Tempo médio e mediano de sobrevida do primeiro tratamento até a progressão da doença					

	Não relevante (NR)	Pouco relevante (PR)	Moderadamente relevante (MOR)	Bastante relevante (BR)	Muito relevante (MR)
Percentual de Exames repetidos					
Consulta de enfermagem no período X Início de tratamento oncológico					
Proporção de pacientes com relação ao acesso venoso (cateter totalmente implantado por cateter de inserção periférica)					
Percentual de Eventos Adversos relacionados a infusão de quimioterápicos (QT)					
Avaliação da resposta tumoral					
Extravasamento de Antineoplásico (EA)					