

# Projeto ANS

## Centros colaboradores

### ***Modelo tecno-assistencial do mercado supletivo, seus atores e a qualidade da assistência – Cardiologia / Oncologia Região Metropolitana de São Paulo***

**Relatório final - 15/05/07**

OPS/MS/ANS – ***Regulação e modelos assistenciais em saúde  
suplementar***: produção científica da rede de centros colaboradores da  
ANS – 2006/2008. Bsb, OPS, 2009 (série técnica: Desenvolvimento de  
Sistemas e Serviços de Saúde, n.14)

**Pesquisadores principais:**

Denise Schout, Ana Maria Malik, Roberto de Queiroz Padilha

**Pesquisadores associados:** Marisa M. Miyagi, Paulo David Scatena, Aline R.  
Andriolo, Marly Mitiko Kawahara

# Contexto

## ▶ ANS com apoio da OPAS

- Incentivo a formação de centros colaboradores – instituições de ensino e pesquisa
- Estímulo à produção de conhecimento para direcionar ações de regulação
- Áreas estratégicas: materno-infantil, saúde bucal, neoplasias e doenças cardiovasculares.
  - ▶ Conhecer o modelo tecno-assistencial
  - ▶ Identificar linhas de cuidado → descrever o itinerário diagnóstico e terapêutico

# Recortes Projetos

- ▶ Área temática → Cardiologia → Atenção em Síndromes coronarianas agudas (Doenças isquêmicas do coração)
  - Diferenças entre operadoras e de relação entre prestadores médicos e hospitalares no interior e na Grande São Paulo
- ▶ Área temática → Oncologia → Tumores sólidos e hematológicos selecionados
  - Apenas no MSP → critério epidemiológico e operacional → GSP
  - Tipos de câncer → relevância, prevenção secundária e terciária e utilização de quimioterapia e radioterapia no tratamento

# Critérios de qualidade para avaliação – Prioridades nos sistemas de serviços de saúde

## ▶ O caso do IAM

- Critérios definidos – padronização e maior consenso
- Indicadores consagrados
- Inclusão em sistema de Acreditação

## ▶ O caso da Oncologia

- ▶ Tumores sólidos: Câncer de Mama, próstata e colon
- ▶ Leucemias e Linfomas
- Intensa incorporação tecnológica de equipamentos diagnósticos e métodos terapêuticos
- Várias especialidades médicas e diversos tipos de profissionais envolvidos → fragmentação assistencial

[www.qualitymeasures.ahrq.gov](http://www.qualitymeasures.ahrq.gov)  
[www.jcaho.org](http://www.jcaho.org)

# Questões

- ▶ Como “qualificar” a assistência no setor suplementar?
  - Foco em identificar os itinerários diagnóstico-terapêuticos
  - Indicadores assistenciais
  - Linhas de assistência
- ▶ Como garantir padrões de qualidade na assistência?

# Projetos

## ▶ Centro Colaborador Fundação Getúlio Vargas

- *Qualidade da atenção e modelos tecno-assistenciais em Cardiologia na Saúde suplementar da RMSP*

## ▶ Centro Colaborador Sírio Libanês

- *Qualidade da atenção e modelos tecno-assistenciais em Oncologia na saúde suplementar do MSP*

## ▶ Centro Colaborador São Carlos

- *Qualidade da atenção e modelos tecno-assistenciais em Cardiologia na saúde suplementar do interior do ESP*



# Objetivos

## ▶ *Geral*

- Descrever e avaliar o modelo tecno-assistencial e a dinâmica de atores no mercado de saúde suplementar na área de oncologia e cardiologia na região metropolitana de São Paulo.

## ▶ *Específicos:*

- Estudar procedimentos diagnósticos e terapêuticos
- Os aspectos a serem estudados foram:
  - ▶ indicações, fluxos dos pacientes, limitações no acesso, *loci* institucionais e características dos prestadores, existência de diretrizes;
  - ▶ descrição dos registros clínicos existentes;
  - ▶ resultados: indicadores (oportunidade de tratamento, complicações, mortalidade, entre outros);

# Objetivos

## ► *Específicos:*

- Descrever as formas de inserção dos médicos no mercado de saúde suplementar, os requisitos para sua atuação, limitações para a prática e reivindicações dos diferentes atores envolvidos no processo em relação à satisfação de suas demandas e/ou necessidades.
- Descrever os mecanismos existentes nas operadoras, na área de oncologia e cardiologia, para gerenciar o cuidado, procurando identificar limitações de acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos assim como gestão – critérios de credenciamento da rede de serviços de saúde.



# Material e Métodos

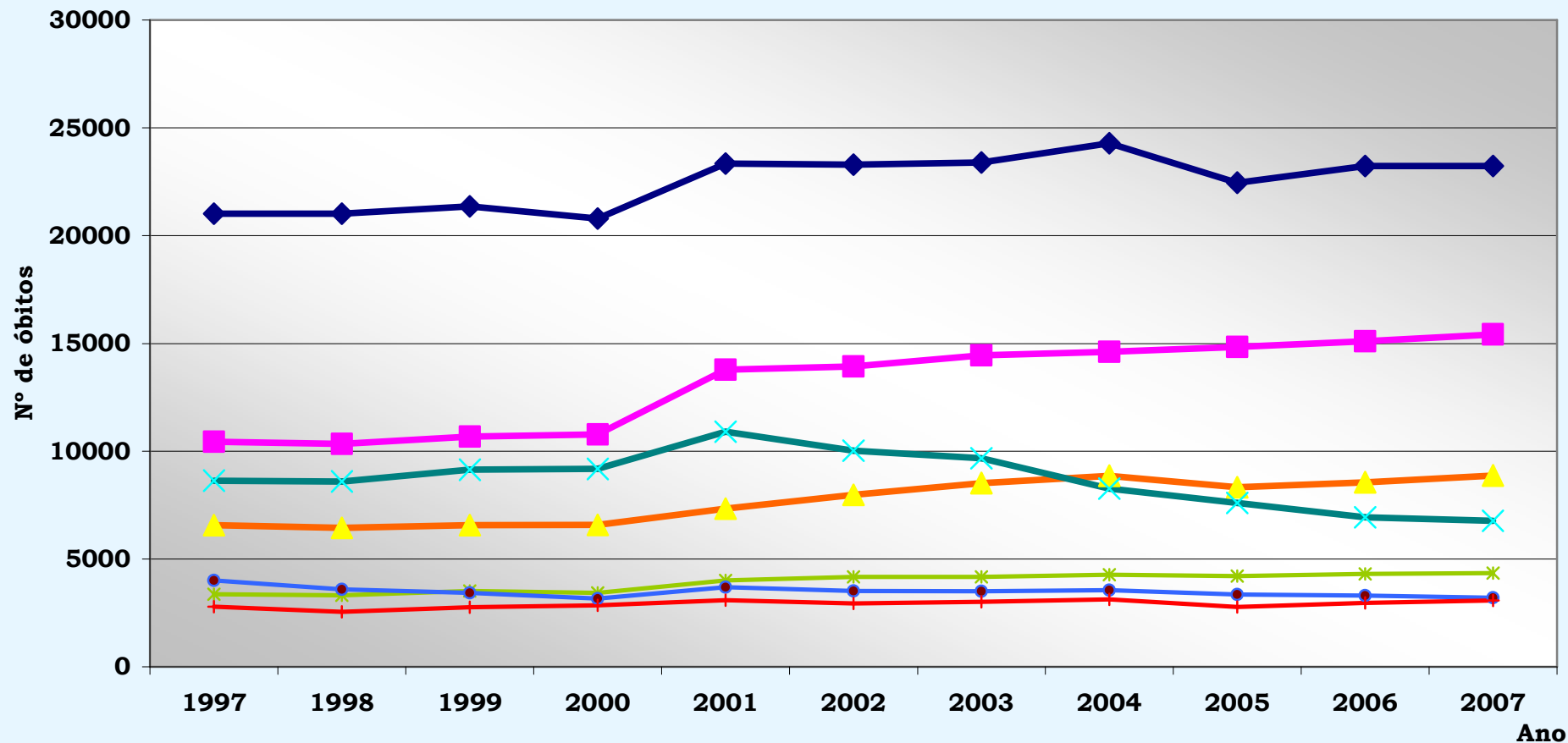
- ▶ Seleção de prestadores e pacientes
  - **Bases de dados → óbitos por ocorrência MSP 2004 e 2005**
    - ▶ Óbitos causa básica → Câncer de mama, Leucemias e Linfomas → seleção de Prestadores hospitalares e Médicos
      - 9% dos óbitos
      - 72 médicos → 28% dos óbitos (maioria SUS)
    - ▶ Óbitos causa básica → Doenças isquêmicas do coração → IAM → seleção de Prestadores hospitalares e Médicos.
      - 63% dos óbitos por doenças isquêmicas do coração foram IAM
      - 10 médicos → 27% dos óbitos (maioria SUS)
        - ▶ Daqueles não SUS, foram identificados os mais relevantes.
    - ▶ Prestadores privados “relevantes” (número de casos) → Beneficência Portuguesa, A.C. Camargo, Albert Einstein, Santa Catarina, São Luiz, Sírio Libanês, Samaritano, Evaldo Foz, Alvorada, Nove de Julho, São Camilo (unidades Pompéia, Ipiranga e Santana)

# Óbitos por ocorrência

**Tabela 1 - Distribuição dos óbitos não fetais ocorridos no município de São Paulo segundo o local de residência - 2004 e 2005**

Local de residência		Ano			
		2004		2005	
		n°	%	n°	%
São Paulo - Capital	Leste	22.881	30,4	21.510	30,2
	Sul	18.005	23,9	16.982	23,8
	Norte	13.642	18,1	12.943	18,1
	Oeste	6.560	8,7	6.519	9,1
	Centro	3.145	4,2	3.010	4,2
	Ignorado	1.101	1,5	979	1,4
<b>São Paulo - Capital - Total</b>		<b>65.334</b>	<b>86,8</b>	<b>61.943</b>	<b>86,8</b>
Grande São Paulo		7.565	10,1	7.108	10,0
Interior São Paulo		1.543	2,1	1.497	2,1
Outros Estados ou Ignorado		788	1,0	776	1,1
<b>TOTAL</b>		<b>75.230</b>	<b>100,0</b>	<b>71.324</b>	<b>100,0</b>

**Distribuição anual do nº de óbitos ocorridos segundo causa básica - Município de São Paulo  
- 1997 a 2007**

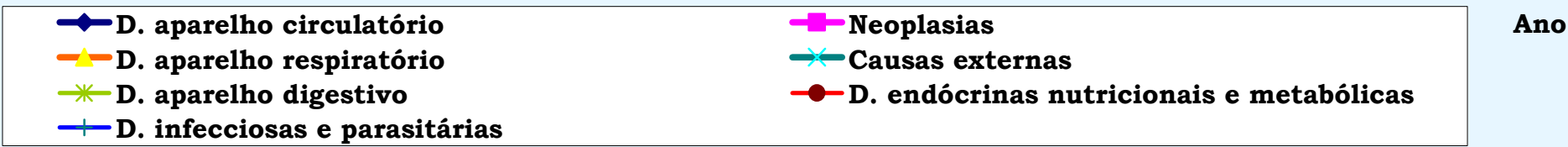
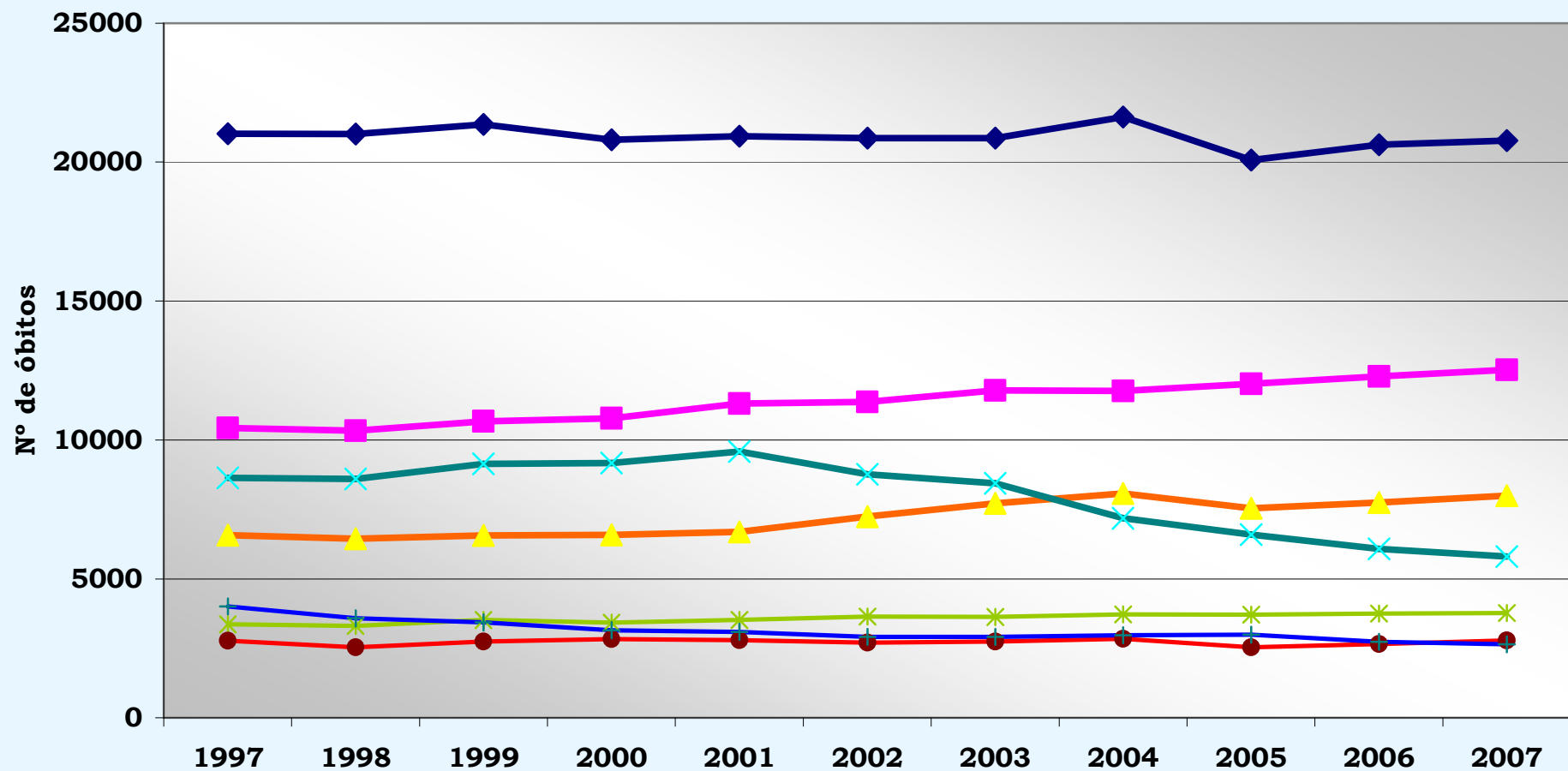


- ◆ D. aparelho circulatório
- Neoplasias
- ▲ D. aparelho respiratório
- × Causas externas
- \* D. aparelho digestivo
- D. infecciosas e parasitárias
- + D. endócrinas nutricionais e metabólicas

**Tabela 2 - Distribuição dos óbitos ocorridos no município de São Paulo segundo o local de residência e causa básica de óbito agrupado por capítulo CID (10ª Revisão) - 2004 e 2005**

Causa básica de óbito	Local de Residência								TOTAL	
	São Paulo - Capital		Grande São Paulo		Interior São Paulo		Outros Estados ou Ign			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Circulatório	20.043	32,4	1.642	23,1	464	31,0	272	35,1	22.421	31,4
Neoplasias	11.983	19,3	2.158	30,4	439	29,3	208	26,8	14.788	20,7
Respiratório	7.562	12,2	644	9,1	109	7,3	52	6,7	8.367	11,7
Causas externas	6.596	10,6	848	11,9	114	7,6	39	5,0	7.597	10,7
Digestivo	3.701	6,0	389	5,5	72	4,8	36	4,6	4.198	5,9
Moléstias Infecciosas	2.770	4,5	440	6,2	90	6,0	41	5,3	3.341	4,7
Endócrino	2.515	4,1	181	2,5	32	2,1	9	1,2	2.737	3,8
Geniturinário	1.406	2,3	170	2,4	36	2,4	10	1,3	1.622	2,3
Sistema Nervoso	1.484	2,4	111	1,6	15	1,0	6	0,8	1.616	2,3
Perinatal	1.276	2,1	189	2,7	32	2,1	2	0,3	1.499	2,1
Sintomas	825	1,3	51	0,7	7	0,5	3	0,4	886	1,2
Congênitas	534	0,9	160	2,3	60	4,0	85	11,0	839	1,2
Mental	682	1,1	37	0,5	3	0,2	4	0,5	726	1,0
Osteomuscular	215	0,3	40	0,6	9	0,6	1	0,1	265	0,4
Sangue	190	0,3	36	0,5	12	0,8	6	0,8	244	0,3
Pele	112	0,2	7	0,1	2	0,1	-	-	121	0,2
Gravidez	40	0,1	5	0,1	1	0,1	2	0,3	48	0,1
Ouvido	8	0,0	-	-	-	-	-	-	8	0,0
Olhos e anexos	1	0,0	-	-	-	-	-	-	1	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>61.943</b>	<b>100,0</b>	<b>7.108</b>	<b>100,0</b>	<b>1.497</b>	<b>100,0</b>	<b>776</b>	<b>100,0</b>	<b>71.324</b>	<b>100,0</b>

**Distribuição dos óbitos residentes segundo causa básica - Município de São Paulo - 1997 a 2007**



**Tabela 3 - Distribuição dos óbitos não-fetais ocorridos no município de São Paulo segundo a causa básica de óbito relacionado a doenças circulatórias - 2004 e 2005**

Causa básica do óbito		Ano			
Capítulo	Descrição topográfica	2004		2005	
		n°	%	n°	%
Circulatório	Doenças isquêmicas do coração	9.504	39,1	8.479	37,8
	Doenças cerebrovasculares	6.206	25,5	5.708	25,5
	Outras formas de doenças do coração	3.499	14,4	3.318	14,8
	Doenças hipertensivas	2.159	8,9	2.120	9,5
	Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	1.594	6,6	1.532	6,8
	Doença cardíaca pulmonar e doenças da circulação pulmonar	787	3,2	735	3,3
	Doenças reumáticas crônicas do coração	296	1,2	298	1,3
	Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos glânglios linfáticos, NCOP	242	1,0	219	1,0
	Febre reumática aguda	6	0,0	6	0,0
	Outros transtornos e os NE do aparelho circulatório	4	0,0	6	0,0
<b>TOTAL</b>		<b>24.297</b>	<b>100,0</b>	<b>22.421</b>	<b>100,0</b>

**GV**

**GVsaúde**

Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da EAESP



**Tabela 3 - Distribuição dos óbitos não-fetais ocorridos no município de São Paulo segundo a causa básica de óbito relacionado às neoplasias - 2004 e 2005**

Causa básica do óbito		Ano			
Capítulo	Descrição topográfica	2004		2005	
		n°	%	n°	%
Neoplasias	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	4.751	32,5	4.922	33,3
	Neoplasias malignas dos aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	2.162	14,8	2.173	14,7
	Neoplasias malignas da mama	1.337	9,1	1.362	9,2
	Neoplasias malignas do tecido linfático, hematopoético e de tecidos correlatos	1.369	9,4	1.283	8,7
	Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos	1.017	7,0	1.064	7,2
	Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos	836	5,7	821	5,6
	Neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias e de localizações NE	678	4,6	740	5,0
	Neoplasias malignas dos olhos, do encéfalo e de outras partes do SNC	586	4,0	580	3,9
	Neoplasias malignas dos órgãos urinários	538	3,7	503	3,4
	Neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe	530	3,6	492	3,3
	Neoplasias malignas da pele	207	1,4	207	1,4
	Neoplasias malignas do tecido mesotelial e tecidos moles	140	1,0	171	1,2
	Neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido	146	1,0	122	0,8
	Neoplasias malignas da tireóide e de outras glândulas endócrinas	105	0,7	113	0,8
	Neoplasias malignas dos ossos e das cartilagens articulares	96	0,7	122	0,8
	Neoplasias benignas	86	0,6	77	0,5
	Neoplasias malignas de localizações múltiplas independentes (primárias)	32	0,2	36	0,2
<b>TOTAL</b>		<b>14.616</b>	<b>100,0</b>	<b>14.788</b>	<b>100,0</b>



# Material e Métodos

- ▶ Seleção de prestadores e pacientes
  - Bases de dados → CIH 2004 e 1º sem 2005  
→ saídas dos prestadores privados →  
1.577.605 saídas – 557 estabelecimentos
    - ▶ Boa cobertura para a Região Metropolitana de São Paulo
    - ▶ Neoplasias → 7% das saídas → Neoplasias malignas
    - ▶ Região Metropolitana → DIR São Paulo e Santo André → Neo de mama
    - ▶ Escolha de prestadores → critério de importância, facilidade operacional e representatividade frente às fontes de financiamento

**Tabela 5 - Distribuição das saídas hospitalares segundo diagnóstico principal agrupado por capítulo (CID 10ª revisão) e ano da data da saída hospitalar - Boletim CIH - SES - Estado de São Paulo**

Capítulo CID	2002		2003		2004		2005*	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Gravidez	28	11,2	16.566	15,3	131.090	13,7	77.852	14,7
Circulatório	40	16,1	13.977	12,9	126.201	13,1	67.241	12,7
Geniturinário	39	15,7	11.002	10,2	98.940	10,3	57.983	11,0
Digestivo	26	10,4	10.524	9,7	98.591	10,3	55.938	10,6
Respiratório	31	12,4	11.169	10,3	109.728	11,4	53.840	10,2
Neoplasias	8	3,2	7.292	6,7	68.013	7,1	35.561	6,7
Lesões	11	4,4	7.144	6,6	65.201	6,8	35.288	6,7
Sintomas	23	9,2	6.849	6,3	55.835	5,8	33.783	6,4
Osteomuscular	4	1,6	4.289	4,0	42.643	4,4	24.682	4,7
Moléstias Infecciosas	13	5,2	3.739	3,5	33.464	3,5	17.479	3,3
Endócrino	8	3,2	3.463	3,2	31.706	3,3	16.513	3,1
Sistema Nervoso	7	2,8	2.065	1,9	19.268	2,0	10.159	1,9
Fatores	3	1,2	1.593	1,5	14.228	1,5	8.502	1,6
Pele	1	0,4	1.615	1,5	12.069	1,3	6.991	1,3
Olhos e anexos	-	-	1.570	1,5	14.817	1,5	5.994	1,1
Perinatal	-	-	1.147	1,1	8.912	0,9	5.680	1,1
Mental	4	1,6	953	0,9	8.382	0,9	4.965	0,9
Congênitas	2	0,8	805	0,7	6.677	0,7	3.709	0,7
Sangue	1	0,4	722	0,7	5.349	0,6	2.758	0,5
Ouvido	-	-	508	0,5	5.443	0,6	2.663	0,5
Causas externas	-	-	849	0,8	1.985	0,2	721	0,1
Ignorado	-	-	284	0,3	1.271	0,1	190	0,0
<b>Total</b>	<b>249</b>	<b>100,0</b>	<b>108.125</b>	<b>100,0</b>	<b>959.813</b>	<b>100,0</b>	<b>528.492</b>	<b>100,0</b>

\*referem-se ao 1º semestre de 2005

# Material e métodos

- ▶ **Hospitais/Prontuários solicitados: Hospitais Beneficência Portuguesa, AC Camargo, 9 de Julho, Alvorada, São Camilo(Pompéia), Paulistano, Santa Catarina e Sírio Libanês no município de São Paulo e H. Brasil em Santo André.**
  - **Prestadores exigiram, para permitir a consulta aos prontuários, aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa.**
  - **Projeto aprovado pela comissão de ética em pesquisa do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês em julho de 2006.**
  - **Hospitais formalmente contatados e esclarecidos por telefone sobre os propósitos da pesquisa.**
  - **Não houve recusa em fornecer prontuários, mas um hospital não conseguiu colocar à disposição a tempo (precisava de um mês a mais) e outro exigiu passagem pela sua Comissão de Ética.**
- ▶ **Amostra aleatória pacientes e passagens entre dez2003 e jun2005**

# Prestadores selecionados – prontuários analisados - Cardiologia

**Tabela 9 - Distribuição dos prontuários selecionados segundo estabelecimento e situação no levantamento - dez 2003 a jun 2005**

<b>Estabelecimento</b>	<b>Analisados</b>	<b>Excluídos</b>	<b>Não disponíveis</b>	<b>Total solicitados</b>
HOSPITAL SIRIO LIBANES	97	7	0	104
HOSP 9 DE JULHO	44	4	2	50
HOSP ALVORADA	42	6	2	50
HOSP MAT SAO CAMILO - POMPEIA	24	1	0	25
HOSP PAULISTANO	22	1	2	25
HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL	22	0	3	25
HOSP STA CATARINA	10	1	2	13
<b>Total - %</b>	<b>261 89,4</b>	<b>20 6,8</b>	<b>11 3,8</b>	<b>292 100,0</b>

# Prestadores e Prontuários selecionados Oncologia

**Tabela 9 - Distribuição dos prontuários selecionados segundo estabelecimento e situação no levantamento - dez 2003 a jun 2005**

<b>Estabelecimento</b>	<b>Analisados</b>	<b>Não disponíveis</b>	<b>Excluídos</b>	<b>Total solicitados</b>
HOSPITAL SIRIO LIBANES	159	66	0	225
HOSP 9 DE JULHO	45	2	2	49
HOSPITAL E MATERNIDADE BRASIL	33	0	0	33
HOSP ALVORADA	27	15	7	49
HOSP STA CATARINA	24	1	0	25
HOSP PAULISTANO	23	2	0	25
HOSP MAT SAO CAMILO - POMPEIA	20	0	5	25
<b>Total - %</b>	<b>331 76,8</b>	<b>86 20,0</b>	<b>14 3,2</b>	<b>431 100,0</b>



# Formulários semi- estruturados

Prontuários

Médicos

Operadoras

Pacientes / familiares

# Análise de prontuários - CARDIOLOGIA

- ▶ **Hospitais adotam formulários padrão para documentos exigidos do prontuário: folha de admissão, prescrição, evolução, solicitação de exames, descrição de cirurgia.**
- ▶ **Documentos freqüentemente diferenciados por setor (UTI) e por profissional (médico, enfermeiro).**
- ▶ **Setores que apresentavam prontuário por computador tinham maior legibilidade (mais comum em UTIs).**
- ▶ **Muitos prontuários continham apenas história das complicações do momento ou relato do procedimento que motivou a internação, dificultando visão completa do itinerário terapêutico.**
- ▶ **Em alguns prontuários foi possível verificar que o paciente trocou de médico, de operadora e ou de hospital, sem apresentação de motivo.**
- ▶ **Muitas vezes não foi encontrado relatório dos exames nem sua transcrição no prontuário.**

# Análise de prontuários

- ▶ **Hábitos e fatores de risco raramente descritos por médicos.**
- ▶ **Na maioria dos hospitais apareciam registrados na entrevista da enfermagem.**
- ▶ **Freqüente indicação de internação diretamente a partir do Pronto Atendimento (PA) ou Pronto Socorro (PS), porém dados anotados nesses serviços são no geral muito pobres. Em alguns casos não foi possível saber se o paciente foi internado pelo serviço de urgência, devido à ausência desta informação no prontuário.**
- ▶ **Um dos indicadores mais utilizados para avaliação da oportunidade de tratamento é o “tempo porta-balão”, (depende dos registros de atendimento do PA/PS).**
- ▶ **Nos casos em que ocorreu transferência do paciente de outro hospital havia carta de encaminhamento com dados relevantes sobre transferência.**
- ▶ **Quando ocorreu transferência do paciente para outro hospital, anotação em prontuário foi mais pobre.**

# Cardio - Análise de 261 prontuários

- ▶ **Idade média dos pacientes = 64 anos.**
- ▶ **39% pacientes por seguradoras, 33% por medicina de grupo, 15% particulares, 9% auto-gestões e 5% cooperativas**
- ▶ **Seguradoras e medicinas de grupo concentravam faixas mais velhas – 60 a 74 anos.**
- ▶ **Casos apresentaram média de permanência de 8,4 dias, desvio padrão de 11,9 dias.**
- ▶ **Maior média de dias de permanência seguradoras, seguidas de medicinas de grupo, autogestões, cooperativas e particulares.**
- ▶ **Informação sobre quadro clínico inicial presente em 97% dos casos.**
- ▶ **87% apresentavam sintomas no momento do atendimento.**
- ▶ **Informação sobre tabagismo presente em 63% dos casos ( prevalência alta - 40%).**

# Cardio - Análise de 261 prontuários

- ▶ **Dados de comorbidade em 72% dos prontuários (57% hipertensão arterial; diabetes pouco registrada; 20% hipertensos e diabéticos.)**
- ▶ **Eventos vasculares prévios pouco registrados. 27% tiveram antecedentes - evidência de complexidade dos casos e de oportunidade para ações de prevenção secundária e terciária (prevenção de incapacidades e atividades de reabilitação)**
- ▶ **Procedimentos diagnósticos: ECG realizado em pelo menos 82% dos casos (97% com descrição do achado do exame).**
- ▶ **Realização de angiografia em 79% dos casos(100% resultados nos prontuários).**
- ▶ **Ecocardiograma realizado em 36% casos.**

# Cardio - Análise de 261 prontuários

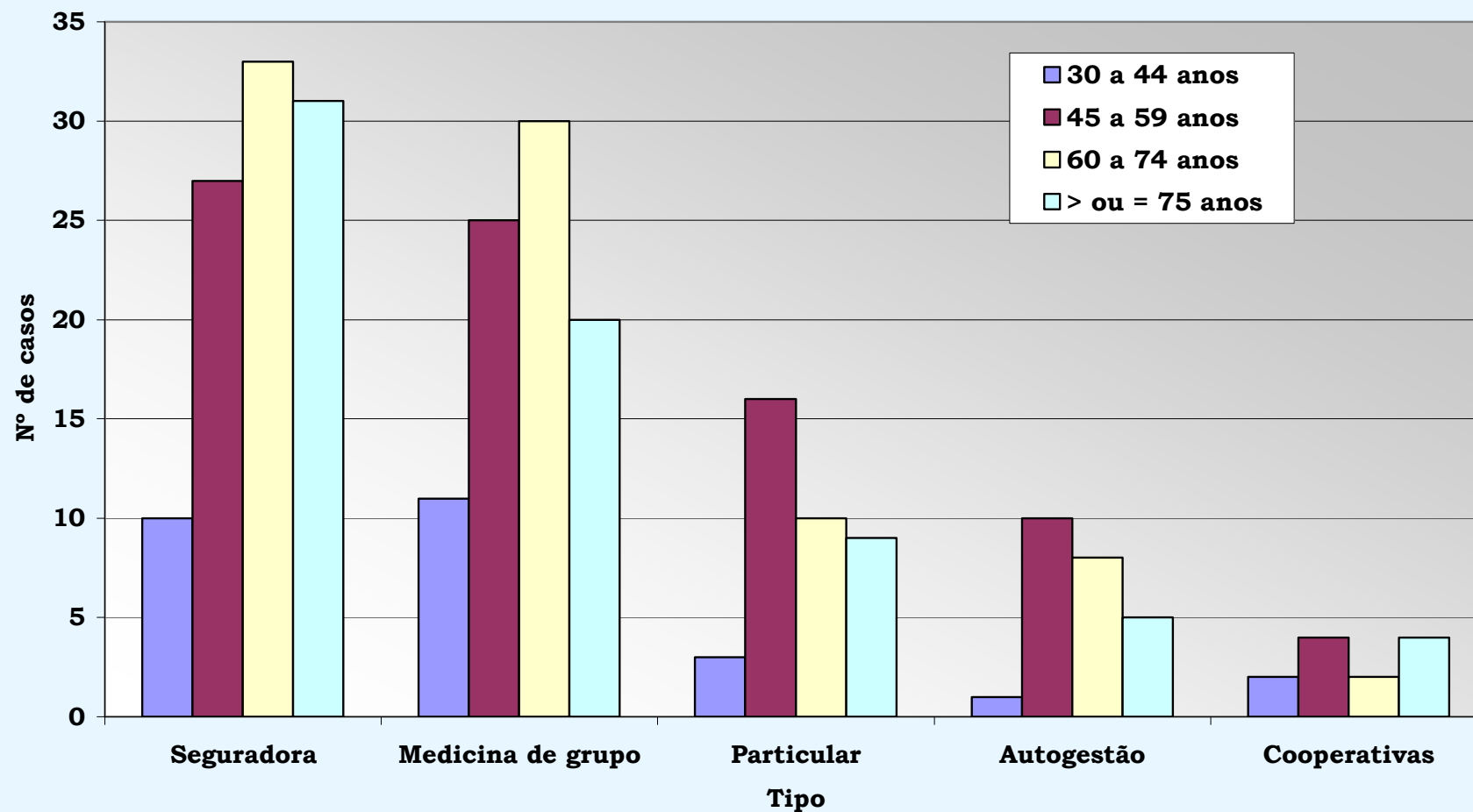
- ▶ **UTI em 79% dos casos**
- ▶ **Angioplastia em 40% (grande maioria colocou *stent*).**
- ▶ **Registro de complicações recuperado em 92% dos casos (13% complicações, grande maioria infecções hospitalares).**
- ▶ **26 casos foram a óbito (18 durante a internação e 8 em internações posteriores ao diagnóstico; 10% de letalidade na casuística estudada).**
- ▶ **3% dos casos foram transferidos.**



**Tabela 10 - Distribuição dos prontuários analisados segundo tipo de operadora e período de atendimento do paciente**

<b>Tipo de Operadora</b>	<b>ANO SAIDA</b>			<b>Total geral</b>	
	<b>dez/03</b>	<b>2004</b>	<b>1º sem 2005</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
Seguradora	4	73	24	101	38,7
Medicina de grupo	1	64	21	86	33,0
Particular	2	24	12	38	14,6
Autogestão	1	15	8	24	9,2
Cooperativas	2	7	3	12	4,6
<b>Total geral</b>	<b>10</b>	<b>183</b>	<b>68</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 1 - Distribuição dos casos com prontuários analisados com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio segundo faixa etária e tipo de operadora - dez 2003 a jun 2005**



**Tabela 11 - Distribuição da média e desvio padrão dos dias de permanência de Infarto Agudo do Miocárdio segundo tipo de operadora - dez 2003 a jun 2005**

<b>Tipo de Operadora</b>	<b>Média dos dias de permanência</b>	<b>Desvio padrão dos dias de permanência</b>
Seguradora	9,2	14,7
Medicina de grupo	8,9	12,4
Autogestão	6,8	5,3
Cooperativas	6,8	5,7
Particular	6,6	4,2
Total	8,4	11,9

# Oncologia - Resultados – Prontuários

**Tabela 10 - Distribuição dos prontuários de neoplasia segundo diagnóstico principal e sexo - dez 2003 a jun 2005**

<b>Descrição diagnóstico principal</b>	<b>SEXO</b>		<b>Total geral</b>	
	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Neoplasia maligna da mama	260	4	264	79,8
Linfoma não-Hodgkin	12	25	37	11,2
Leucemia linfóide	12	17	29	8,8
Neoplasia maligna secundária dos órgãos respiratórios e digestivos	1	-	1	0,3
Total geral	285	46	331	100,0

**Idade média – 53 anos**

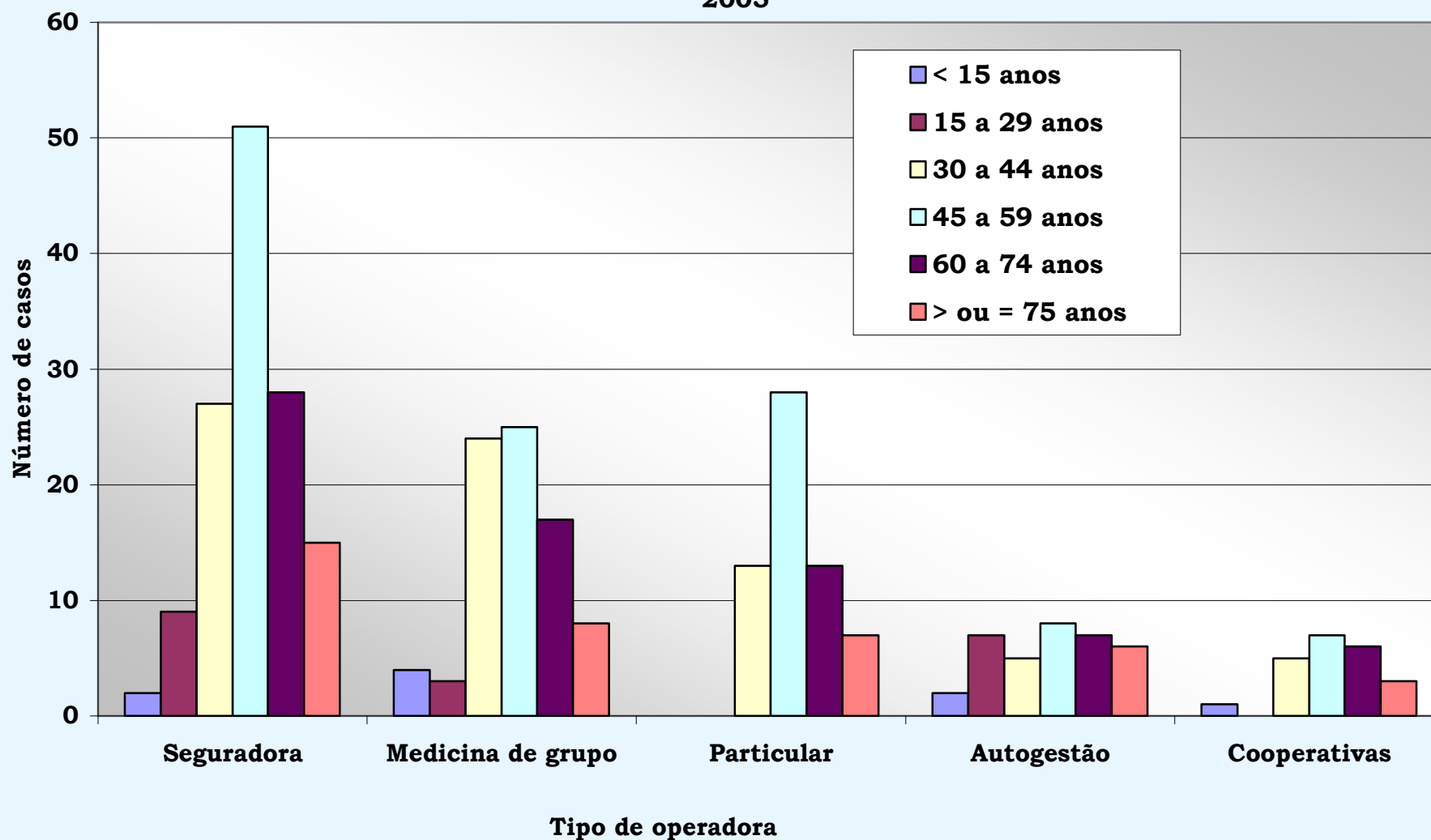
# Oncologia Resultados - Prontuários

**Tabela 11 - Distribuição dos prontuários analisados segundo tipo de operadora e período de atendimento do paciente**

<b>Tipo de Operadora</b>	<b>ANO SAIDA</b>			<b>Total geral</b>	
	<b>dez/03</b>	<b>2004</b>	<b>1º sem 2005</b>	<b>nº</b>	<b>%</b>
Seguradora	3	79	50	132	39,9
Medicina de grupo	3	58	20	81	24,5
Particular	1	37	23	61	18,4
Autogestão	1	25	9	35	10,6
Cooperativas	2	13	7	22	6,6
<b>Total geral</b>	<b>10</b>	<b>212</b>	<b>109</b>	<b>331</b>	<b>100,0</b>

# Resultados - Prontuários

**Gráfico 1 - Distribuição dos casos com prontuários analisados com diagnóstico de Câncer de mama e leucemias e linfomas segundo faixa etária e tipo de operadora - dez 2003 a jun 2005**





# Oncologia – Câncer de mama – Análise Prontuários

**Tabela 12 - Distribuição dos casos e da média e desvio padrão dos dias de permanência de Câncer de mama segundo tipo de operadora - dez 2003 a jun 2005**

<b>Tipo de Operadora</b>	<b>Prontuários</b>	<b>Média dos dias de permanência</b>	<b>Desvio padrão dos dias de permanência</b>
Seguradora	108	5,8	15,8
Medicina de grupo	56	3,1	3,9
Autogestão	61	2,9	3,8
Cooperativas	20	3,3	4,5
Particular	19	5,1	8,4
Total	264	4,7	11,1

# Oncologia – Leucemias – Análise Prontuários

**Tabela 13 - Distribuição dos casos e da média e desvio padrão dos dias de permanência de Leucemias segundo tipo de operadora - dez 2003 a jun 2005**

<b>Tipo de Operadora</b>	<b>Prontuários</b>	<b>Média dos dias de permanência</b>	<b>Desvio padrão dos dias de permanência</b>
Seguradora	10	17,1	32,9
Medicina de grupo	9	15,6	15,9
Autogestão	9	6,3	5,1
Cooperativas	1	-	-
Total	29	12,7	21,6

# Oncologia – Linfomas – Análise Prontuários

**Tabela 14 - Distribuição dos casos e da média e desvio padrão dos dias de permanência de Linfomas segundo tipo de operadora - dez 2003 a jun 2005**

<b>Tipo de Operadora</b>	<b>Prontuários</b>	<b>Média dos dias de permanência</b>	<b>Desvio padrão dos dias de permanência</b>
Seguradora	14	11,4	10,9
Medicina de grupo	16	5,0	7,3
Autogestão	6	4,7	7,0
Cooperativas	2	1,5	0,7
Total	38	7,1	8,9

# Oncologia – Análise Prontuários

**Tabela 15 - Distribuição dos prontuários de Câncer de Mama, Leucemias e Linfomas segundo variáveis selecionadas - dez 2003 a jun 2005**

<b>264 prontuários de Câncer de Mama e 67 Leucemias e Linfomas</b>		<b>Total</b>	
		<b>n°</b>	<b>%</b>
Sintomas	Achado de mamografia	8	2,4
	Nódulo ou tumor na mama	19	5,7
	Outros sintomas	30	9,1
	Sem registro no prontuário	228	68,9
Tabagismo	Sim	51	15,4
	Não	104	31,4
	Sem registro no prontuário	176	53,2
Hipertensão	Sim	65	19,6
	Não	112	33,8
	Sem registro no prontuário	154	46,5
Diabetes	Sim	23	6,9
	Não	135	40,8
	Sem registro no prontuário	173	52,3
Histórico familiar de câncer	Sim	24	7,3
	Não	5	1,5
	Sem registro no prontuário	302	91,2

**Tabela 15 - Distribuição dos prontuários de Câncer de Mama, Leucemias e Linfomas segundo variáveis selecionadas - dez 2003 a jun 2005**

		264 prontuários de Câncer de Mama e 67 Leucemias e Linfomas		Total	
				n°	%
Tamanho do Tumor	Sim			36	13,6
	Não			228	86,4
Localização	Sim			234	70,7
	Não			97	29,3
Hemograma	Sim			10	14,9
	Não			57	85,1
Imunohistoquímica	Sim			38	14,4
	Não			226	85,6
Cirurgia Curativa	Sim			236	89,4
	Não			28	10,6
Realização de Biopsia de congelação	Sim			42	17,8
	Não			194	82,2
Anatomo Patológico de peça cirúrgica	Sim			77	32,6
	Não			159	67,4
Cirurgia Reparadora - Plástica	Sim			91	34,5
	Não			173	65,5
Quimioterapia	Sim			140	42,3
	Não			191	57,7
Radioterapia	Sim			63	19,0
	Não			268	81,0
Complicações cirúrgicas	Sim			9	3,8
	Não			209	88,6
	Sem registro no prontuário			18	7,6
Infecção hospitalar	Sim			19	5,7
	Não			273	82,5
	Sem registro no prontuário			39	11,8
Evolução	Óbito			32	9,7
	Alta			298	90,0
	Transferências			1	0,3

## Resultados - Prontuários

# Resultados - Prontuários

**Tabela 16 - Distribuição dos prontuários de Câncer de Mama segundo tipo de procedimento cirúrgico - dez 2003 a jun 2005**

<b>Descrição procedimento cirurgia de mama</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Mastectomia + Linfonodos com ou sem reconstrução no mesmo tempo (Adenomastectomia bilateral + gânglio sentinela ou Mastectomia radical ou Mastectomia Pattey ou Mastectomia e esvaziamento gangionar)	120	50,8
Quadrantectomia / Ressecção Segmentar / Setorectomia com ou sem linfadenectomia	100	42,4
Exerese de tumor	8	3,4
Outros procedimentos	8	3,4
Total	236	100,0

# Resultados – Entrevistas médicos

- ▶ Foram identificados e selecionados para serem entrevistados 8 médicos mastologistas e/ou oncologistas. O critério de escolha foi volume e diversidade de operadoras identificadas na análise dos prontuários
- ▶ Todos foram contatados, mas além da dificuldade de agenda, cinco deles se recusaram a participar de entrevista.
- ▶ Foram entrevistados três (03) médicos oncologistas com formação em:
  - mastologia
  - oncologia e imunologia
  - cirurgia torácica e endoscopia respiratória



# Resultados – Entrevistas médicos

- ▶ **O tempo de formado variou de 15 a 25 anos, e todos tinham títulos de especialista**
- ▶ **Operadoras disponíveis nos consultórios:**
  - ▶ **Omint, Lincxs, Notredame, Classes Laboriosas; Sul América, Bradesco (planos individuais antigos), Porto Seguro, Marítima, AGF, Unibanco, Internacional (dinamarquesa), Hospitaú; Unimed Paulista, Unimed Central Nacional, Unimed Fortaleza; Cabesp, Cesp, Metrus, Vale do Rio Doce, Afresp, Cet, Petrobras, Associação Nove de Julho, São Luiz; Green Line, Golden Cross, Mediservice, Careplus, Hospital Adventista.**
- ▶ **Relação humanizada – vínculo com os pacientes**
- ▶ **Não referiram cerceamento em consultas – relatórios para autorização de muitos procedimentos e conversa com auditor → demora para liberação de exames de alto custo essenciais para estadiamento → reagendamento de cirurgias**
- ▶ **Internação pela demora no acesso a exames – agilidade nos casos mais graves**
- ▶ **Tabela AMB não possuía códigos de novos procedimentos quimioterápicos**
- ▶ **Problemas para liberação de medicamentos novos ou fora do protocolo – pacientes mais graves ou com situações clínicas de difícil manejo**
- ▶ **Fisio e fono limitados – Psicologia não coberta**
- ▶ **Sem percepção de acompanhamento dos pacientes – programas**

# Resultados – Entrevistas médicos

- ▶ **Médico-Paciente** – Reembolso. Paciente vinha encaminhado por médico que o atendeu pelo convênio. O paciente tinha medo de precisar arcar com custos da internação, quando médico não era credenciado. Precisava explicar sempre para não perder o paciente. Algumas operadoras pagavam reembolso maior a quem não era credenciado. A relação sempre tensa, pois tenta viabilizar o tratamento. Precisava realizar relatórios (50% do tempo), mas fazia para garantir o reembolso.
- ▶ **Médico-Hospital** – Burocracia do tempo de autorização prévia para os procedimentos. Muitos relatórios necessários. Hospital fez convênio com a operadora em que o segundo médico receberia apenas metade do honorário, sem consultar médicos. O hospital lidava mal com corpo clínico. O hospital pressionado pelas seguradoras e considerava os médicos frequentemente indisciplinados.
- ▶ **Médico-Operadora** – Glosas de reembolso de procedimentos e cirurgias. Existia situação de dependência. Seria necessária maior cumplicidade. As operadoras não valorizavam qualidade. A relação exige credibilidade, mas é lábil pela dependência. Muitos procedimentos novos perante tabela AMB desatualizada. Por exemplo, para mastologia os valores muito baixos. Das dificuldades com autorização dos convênios, aquelas relacionadas à plástica eram as piores, sendo questionados os tipos de prótese, ou de fios.

# Resultados – Entrevistas médicos

- ▶ **Paciente-Operadora – Burocracia em tempo de aprovação de procedimentos e exames. Medicamentos orais (quimioterápicos) não cobertos pelo plano. Alguns exames deveriam ser realizados e não costumavam ser autorizados (ex: PET-CT e RNM de mama). Havia restrição para internações, principalmente quando o caso ficava mais grave e começava a custar mais. Em alguns hospitais não havia problemas. Em outros, onde houvesse muitos planos, procedimentos eram realizados com diferenças.**
- ▶ **Hospital-Operadora – Materiais especiais, em relação ao preço (grampeador, suturas, cateter). Quando os pacientes descobriam, reclamavam: “Vou ter que esperar negociarem preço enquanto minha doença piora?” Há pressões pelo credenciamento fácil, pelos preços praticados, por meio dos médicos. Faltava mais parceria.**

# Resultados – pacientes/ familiares

- ▶ 89 selecionados → 9 recusas, 66 não encontrados, 14 entrevistados
- ▶ 14 responderam por telefone (11 pacientes e 3 familiares)
- ▶ Maioria disse estar satisfeita com médico e operadora (2 insatisfeitos)
- ▶ Valorizavam e percebiam os tempos entre sintomas e diagnóstico

# Resultados - operadoras

- ▶ **5 dirigentes: 2 autogestões, 1 cooperativa, 1 medicina de grupo e 1 seguradora**
- ▶ **Empresas trabalhavam com sistemas de informação fragmentados e limitados para responder perguntas assistenciais.**
- ▶ **Mecanismos de comunicação com os usuários: seguradora era a operadora com mecanismos mais deficientes (pesquisa de satisfação a cada 2 anos).**
- ▶ **As 5 operadoras tinham *call center* para autorização prévia para procedimentos de maior custo ou complexidade e liberação de senhas; sem estrutura montada para referenciamento de casos.**
- ▶ **Solicitação médica e autorização prévia para todos os exames mais sofisticados que raios X**
- ▶ **Quimioterapia com drogas fora do habitual – muita discussão e não cobertura**
- ▶ **Beneficiário → poder de escolha do prestador**
- ▶ **Prestadores com maior padronização**

# Comentários finais

- ▶ **Ponto forte: possibilidade de estudar mesmo objeto sob diferentes olhares.**
- ▶ **Hospitais e operadoras mais abertos à investigação que médicos e pacientes.**
- ▶ **Campo permitiu observar que os prontuários são considerados propriedade e patrimônio dos hospitais: acesso difícil.**
- ▶ **Cuidado com prontuário não se refletiu na qualidade do seu preenchimento. Preenchimento incompleto não permitiu visualizar se não adesão a protocolos era aparente ou real.**
- ▶ **Qualidade dos registros clínicos na Oncologia foi pior e a quantidade de informações disponíveis nos prontuários hospitalares foi menor.**



# Comentários finais

- ▶ **Dificuldade de recuperar nos prontuários a continuidade da assistência apontava para necessidade de investimento na construção de sistemas de informação dirigidos para garantir o acompanhamento da linha assistencial.**
- ▶ **Prestadores médicos insatisfeitos com relação com operadoras e com os hospitais. Viés dos respondentes?**
- ▶ **Para médicos, hospitais não estavam preocupados em satisfazê-los. Buscavam melhores acordos com operadoras. Médico percebia perda de espaço como aquele que leva o paciente para o hospital. Planos de saúde são fonte de pacientes para hospitais e interferem na qualidade da assistência, colocando limites aos desejos dos pacientes.**



# Comentários finais

- ▶ **Alguns dos médicos entrevistados valorizavam a utilização de protocolos. Especialmente em relação a novos quimioterápicos, relatavam dificuldades no diálogo com as operadoras (auditores) e não conseguiam liberação de autorização para suportar tratamentos para pacientes que não respondessem aos medicamentos tradicionais.**
  - **Operadoras colocavam restrições ao acesso utilizando recomendações de sociedades de especialistas, auditores especializados e critérios.**
- ▶ **Operadoras não usavam mecanismos recomendados como controle de pacientes de risco (*case management* ou *disease management*). Todas as operadoras pensavam implantar algum sistema nesse sentido. Mais frequente o controle para excesso de utilização de procedimentos que recompensas por baixo consumo.**
  - **Falta de políticas claras para prevenção secundária – câncer de mama**

# Comentários finais - limitações

- ▶ **Pacientes e familiares tinham visão incompleta do processo. Dificilmente conseguiam relatar a que procedimentos foram submetidos. Conseguiam separar médico de hospital e de operadora e tendiam a supervalorizar o papel do médico. Quando ocorriam problemas, era mais fácil atribuí-los a hospitais do que aos médicos. Maior disponibilidade para entrevistas nos casos de câncer.**
- ▶ **Para estudar utilização de protocolos, seria adequado abordar os médicos cujos prontuários tiverem sido analisados, o que não é fácil.**
- ▶ **Realidade estudada se aproximou de visão elitizada da assistência médico-hospitalar.**

# Obrigada

[dschout@uol.com.br](mailto:dschout@uol.com.br)



# Novo projeto ????

- ▶ **Estudo apresentado ainda parcial: para identificar de fato qualidade e gargalos na assistência em cardiologia, no IAM especificamente, imprescindível ter levantamento dos tempos de atendimento e de realização de procedimentos, o que requer estudo prospectivo, com acordos entre centros colaboradores e hospitais, para seguir pacientes que procurassem serviços de emergência.** Estudo prospectivo e quantitativo
- ▶ **Traçador → Pneumonia adquirida na comunidade → menores de 15 anos (exclusão de menores de 1 ano); maiores de 60 anos**
  - Seleção de operadoras segundo representatividade no mercado da região metropolitana
  - Amostra de prestadores hospitalares
  - Seleção e acompanhamento durante 1 ano (sazonalidade), de preferência a partir de janeiro, de amostra representativa de prontuários
  - Entrevistas com pacientes, familiares e profissionais envolvidos no atendimento