

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

ERNANDES KAORU NAKAMURA

DEMANDA E INDICADORES DE QUALIDADE CIRÚRGICOS EM IDOSOS COM
NEOPLASIAS DE CABEÇA E PESCOÇO: DADOS DE UM HOSPITAL
TERCIÁRIO

Dissertação apresentada como requisito para a
obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde
pelo Programa de Mestrado Profissional em Ciências
para a Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em
Ciências da Saúde

Orientadora: Nilce Santos de Melo

BRASÍLIA

2014



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior de Ciências para a Saúde
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu



TERMO DE APROVAÇÃO

ERNANDES KAORU NAKAMURA

“Demanda e Indicadores de Qualidade Cirúrgicos em Idosos com neoplasias de cabeça e pescoço: Dados de um Hospital Terciário”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para Saúde, pelo programa de Pós -Graduação *Strictu Sensu* Mestrado Profissional em Ciências para a saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Aprovada em: 24 de abril de 2014.

Profa. Dra. Nilce Santos de Melo
Universidade de Brasília-Unb
Orientadora

Prof. Dr. André Ferreira Leite
Universidade de Brasília-Unb
Examinador Interno

Prof. Dr. Julival Fagundes Ribeiro
Examinador Externo
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Dedico este trabalho aos meus pais: Getúlio, pelo exemplo de caráter e perseverança e Maria Teresa, doce e amada, que há anos nos deixou para se unir ao Pai Celeste. Á minha esposa, Ana Cristina, que tanto amo. Aos meus filhos, Isabela e Guilherme, frutos do mais forte e verdadeiro amor.

AGRADECIMENTOS

Mais que um trabalho individual, esta dissertação é fruto do apoio irrestrito e da colaboração e contributos de várias pessoas, em um longo processo. Por esta razão, expresso meus sinceros agradecimentos:

Em primeiro lugar à Professora Doutora Nilce Santos de Melo, por todo o seu saber, pelos seus conselhos e sólidos ensinamentos. Registro aqui, inestimável admiração por ser uma profissional gentil, paciente, criteriosa e ética. Sua contribuição me permitiu uma nova perspectiva sobre a multidisciplinaridade no tratamento do Câncer de Cabeça e Pescoço.

Aos Professores Doutores André Ferreira Leite e Paulo Tadeu de Souza Figueiredo, cujas críticas foram fundamentais durante a elaboração do projeto e nos ajustes finais dos artigos desta dissertação.

Aos Coordenadores do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde, as Professoras Doutoras: Liz Cunha, Adriana Pederneiras Rebelo da Silva e Ana Patrícia Paula. Parabéns pela criação deste programa de mestrado, que muito permitiu para meu crescimento pessoal e profissional.

À Professora Doutora Ana Tereza Bittencourt Guimarães, professora Adjunta da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. – UNIOESTE, pela realização da análise estatística do segundo Artigo, do corpo desta dissertação.

A todo corpo de Docentes do Mestrado Profissional por terem compartilhado seus conhecimentos, expectativas, indagações e pelos sólidos conhecimentos em Saúde Pública, que despertaram em mim, um olhar mais amplo e crítico.

Ao Dr. Julival Fagundes Ribeiro, que me confiou o cargo de Chefia da UCCP-HBDF, o que permitiu uma visão mais ampla da realidade sobre o atendimento ao Câncer de Cabeça e Pescoço, realidade esta que sustentou e sustenta todo o meu empenho e minha luta no combate a esta doença.

Aos meus sócios, Dr. Marcelo Cavassani, Dr. André Povia, Dra. Marina Azzi, e em especial ao Dr. Carlos Santa Ritta, que me estimulou o regresso à vida acadêmica.

Aos colegas do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital de Base do Distrito Federal, cujo trabalho na luta diária, no combate ao Câncer de

Cabeça e Pescoço forneceu inspiração para o tema desta dissertação e informações essenciais para sua elaboração.

A todo o corpo de funcionários do Hospital de Base, em especial do Setor de Arquivo Médico, que contribuíram para que esta dissertação pudesse se concretizar.

RESUMO

Introdução: O perfil sócio sanitário dos portadores de neoplasias malignas de cabeça e pescoço é: baixo nível sócio econômico, consumo de tabaco e álcool, má saúde bucal e faixa etária acima da quinta década de vida. O envelhecimento populacional e a estimativa de aumento de casos de câncer de cabeça e pescoço gera a necessidade de conhecimento sobre a demanda e a qualidade dos serviços ofertados nesta especialidade, como forma de analisar a assistência vigente e fornecer substrato para propor readequação ou otimização desta assistência;

Objetivo: conhecer a demanda de procedimentos cirúrgicos e avaliar, por meio de indicadores de desempenho cirúrgicos, a qualidade dos procedimentos cirúrgicos ofertados;

Método: A população do estudo foi constituída por todos os pacientes que demandaram por procedimento cirúrgico e/ou que foram operados, na Unidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital de Base – DF, no período compreendido entre os meses de maio de 2011 à maio de 2012. Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo e analítico, em duas etapas simultâneas: a primeira, consistiu na caracterização da demanda por procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade (contexto SUS) e do perfil sócio sanitário desta população, com análise do acesso ao tratamento cirúrgico. A segunda etapa consistiu em avaliar a qualidade da assistência cirúrgica mediante a comparação com indicadores de desempenho cirúrgicos já estabelecidos na literatura(Benchmarking);

Resultados: A população que demandou por tratamento cirúrgico foi constituída predominantemente por procedimentos cirúrgicos de média complexidade (contexto SUS) e de neoplasias benignas ou doenças não neoplásicas. Houve predomínio de acesso aos portadores de neoplasias malignas e consequente lista de espera. Em relação ao desempenho dos procedimentos cirúrgicos ofertados, observou-se alto padrão de qualidade exercido pelos profissionais da referida unidade. A infecção foi o evento adverso de maior prevalência;

Conclusão: a demanda reprimida e lista de espera, no referido período, foi constituída predominantemente de procedimentos cirúrgicos de média complexidade, fato ocasionado pela escassez de recursos e pela tomada de decisão, que se baseou em critérios clínicos. A complexidade dos fatores que influenciaram a tomada de decisão para escolha de procedimentos cirúrgicos, impede o atendimento a patologias de menor gravidade bem como atendimento preferencial a idosos, muitas vezes em maior

prevalência na população. Os dados sugerem haver necessidade de ampliação de recursos necessários para realização de procedimentos cirúrgicos desta especialidade. A necessidade de incorporação de indicadores na avaliação de desempenho, apesar de não ser prática comum, pode fornecer informações importantes à gestão, como forma de identificação de eventos adversos e como substrato para proposta de mudanças no modelo assistencial vigente.

ABSTRACT

Introduction: The social health profile of patients with malignant neoplasms of the head and neck is low socioeconomic level, smoking and alcohol, poor oral and age above the fifth decade of life. Population aging and the estimated increase in cases of head and neck cancer generates the need for knowledge about the demand and quality of services offered in this specialty. It is a way of analyzing the current assistance and provide substrate for proposing improvement or optimization of this assistance; **Objective:** To know the demand for surgical procedures and evaluate, through indicators of surgical performance, the quality of the offered surgical procedures; **Method:** The study population consisted of all patients who required a surgical and/or who underwent the procedure, in the Unit Head and Neck Surgery, Hospital de Base – DF, in the period between the months of May 2011 to May 2012. This is a descriptive, retrospective and analytical study in two simultaneous steps: the first consisted in characterizing the demand for surgical procedures of medium and high complexity (Brazilian Unified Health System context) and social health of this population profile, with analysis access to surgical treatment. The second step was to assess the quality of surgical care by comparing with surgical performance indicators established in the literature (Benchmarking); **Results:** The population that required surgical treatment consisted predominantly of surgical procedures of medium complexity (Brazilian Unified Health System, context) and benign neoplasms or non-neoplastic diseases. Predominated access to patients with malignancies and consequent waiting list. Regarding the performance of surgical procedures offered there was a high standard of quality carried out by professionals of the unit. Infection was the most prevalent adverse event; **Conclusion :** the pent-up demand and a waiting list, in that period consisted predominantly of surgical procedures of medium complexity, a fact caused by the scarcity of resources and decision making that was based on clinical criteria . The complexity of factors influencing the decision making for choice of surgical procedures preclude attend minor pathologies as well as preferential treatment for the elderly, many times in higher prevalence in the population. The data suggest a need to expand the resources necessary for performance of surgical procedures in this specialty. The need to incorporate indicators in performance assessment, although it is not common practice, may provide important information to the

management, in order to identify adverse events and as a substrate for proposed changes in the current health care model.

LISTA DE FIGURAS

DEMANDA POR TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO: IDOSOS TEM ACESSO PRIORITÁRIO?

Gráfico 1	Distribuição percentual de pacientes, por grupo etário decenal.....	25
Gráfico 2	Distribuição Percentual segundo grupos de doença.....	26
Gráfico 3	Distribuição percentual de Neoplasias Malignas, segundo Grupo de Doença.....	26
Gráfico 4	Estadio clínico de apresentação, Momento da Indicação Cirúrgica (distribuição percentual).....	27
Gráfico 5	Percentual de Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (percentual) por década de vida.....	28
Gráfico 6	Relação entre cirurgias cadastradas, pacientes operados e fila de espera (números absolutos).....	29
Gráfico 7	Relação entre Procedimentos Cadastrados, Operados e Listas de Espera, por Complexidade Cirúrgica (números absolutos).....	30

INDICADORES DE QUALIDADE DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Quadro 1	Benchmarks de referência.....	43
Gráfico 1	Distribuição Percentual da amostra por decênios	44
Gráfico 2	Distribuição percentual das doenças da amostra, conforme grupo de doença.....	44
Gráfico 3	Tipos e número de comorbidades na amostra (prevalência percentual).....	45
Gráfico 4	Boxplot do tempo de internação segundo a acuidade cirúrgica.....	46

LISTA DE TABELAS

DEMANDA POR TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO: IDOSOS TEM ACESSO PRIORITÁRIO?

Tabela 1	Distribuição das Doenças e CID-10 por Subgrupos de Sítios Anatômicos.....	21
----------	---	----

INDICADORES DE QUALIDADE DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Tabela 1	Análise descritiva da variável de desempenho Tempo de internação (em dias), segundo Benchmarks estabelecidos.....	46
Tabela 2	Análise descritiva da variável de desempenho Reoperação em 7 dias, segundo Benchmarks estabelecidos.....	47
Tabela 3	Análise descritiva da variável de desempenho Readmissão em 30 dias, segundo Benchmarks estabelecidos.....	48
Tabela 4	Análise descritiva da variável de desempenho Óbitos em 30 dias, segundo Benchmarks estabelecidos.....	48
Tabela 5	Análise descritiva da variável de desempenho Transfusão de Hemoderivados, segundo Benchmarks estabelecidos.....	49
Tabela 6	Análise descritiva da variável de desempenho Infecção do sítio cirúrgico, segundo Benchmarks estabelecidos.....	49

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	ARTIGO ORIGINAL: “Demanda por tratamento cirúrgico de média e alta complexidade: idosos tem acesso prioritário?”	16
2.1	Resumo.....	16
2.1.1	Descritores.....	16
2.2	Abstract.....	17
2.2.1	<i>Key-Words</i>	17
2.3	Introdução.....	17
2.4	Método.....	20
2.5	Resultados.....	24
2.6	Discussão.....	30
2.7	Conclusão.....	32
2.8	Referências.....	34
3	ARTIGO ORIGINAL: “Indicadores de Qualidade de Procedimentos Cirúrgicos em um Hospital Terciário.”	37
3.1	Resumo.....	37
3.1.1	Descritores.....	38
3.2	Abstract.....	38
3.2.1	<i>Key-Words</i>	38
3.3	Introdução.....	39
3.4	Método.....	40
3.5	Resultados.....	43
3.6	Discussão.....	49
3.7	Conclusão.....	52
3.8	Referências.....	52
4	ANEXOS	55
4.1	Documento de Aprovação do Comitê de Ética	56
5	APÊNDICE	59
5.1	Formulário de Cadastro Cirúrgico	60

1 INTRODUÇÃO

O uso adequado de medicamentos no tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, a prática desportiva e a mudança de hábitos alimentares aumentam a prevalência do envelhecimento saudável na população e prolongam a capacidade funcional do indivíduo. Estes fatores permitem que o idoso apresente dependência mais tardiamente.

Contudo, o envelhecer com saúde não é a realidade de todos. Os indivíduos ao envelhecerem, além da dependência dos fatores acima citados, estão constrangidos pelos determinantes sociais da saúde (Dahlgren, Whitehead 1991), o que torna as práticas públicas fundamentais para melhorias neste processo.

A mudança demográfica, conhecida como “envelhecimento da população”, associada ao controle das doenças infecto contagiosas traz consigo um novo perfil de morbimortalidade, com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Com esta mudança, há necessidade de se recompor a coerência entre uma situação de saúde de tripla carga de doenças e o sistema de atenção à saúde, de modo a estruturar as Redes de Atenção à Saúde (Mendes, 2010).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, o câncer constitui um dos maiores desafios de oferta com qualidade de assistência a ser promovida pelo SUS. As estimativas em números absolutos são preocupantes, pois,

de acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (*IARC*, do inglês International Agency for Research on Cancer), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, em 2012. A carga do câncer continuará aumentando nos países em desenvolvimento e crescerá ainda mais em países desenvolvidos se medidas preventivas não forem amplamente aplicadas. Nesses, os tipos de câncer mais frequentes na população masculina foram próstata, pulmão e cólon e reto; e mama, cólon e reto e pulmão entre as mulheres. Nos países em desenvolvimento, os três cânceres mais frequentes em homens foram pulmão, estômago e fígado; e mama, colo do útero e pulmão nas mulheres (INCA, 2014).

É importante ressaltar que câncer

é o nome dado a um conjunto de mais de 100 tipos diferentes de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo. Além disso, sua origem se dá por condições multifatoriais. Esses fatores causais podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover o câncer (carcinogênese) (INCA 2014).

Neste sentido, para o enfrentamento desta doença e promoção de saúde, existe a necessidade de ações em vários níveis de atenção, que devem ser integradas entre si. Estas ações se iniciam na atenção básica com projetos educativos (mudança de hábitos, como tabagismo e consumo de álcool) e de diagnóstico precoce, continuam com o acesso ao tratamento e novas tecnologias existentes e se estendem aos cuidados paliativos. Neste processo, estão envolvidos cidadãos, pacientes, profissionais de saúde, professores, mestres, doutores e políticos.

Dentre os diferentes tipos de câncer, estão as neoplasias malignas de cabeça e pescoço, que apresenta o seguinte perfil sócio demográfico: faixa etária acima da quinta década de vida, consumo de álcool e tabaco bem como baixo nível sócio econômico. Estas características são típicas dos usuários do Sistema Único de Saúde(SUS).

Esta pesquisa teve foco na assistência a idosos e câncer de cabeça e pescoço. Se desenvolveu em duas etapas simultâneas, com avaliação do acesso ao ato cirúrgico e a qualidade dos procedimentos cirúrgicos prestados à população.

Os objetivos específicos desta pesquisa foram:

- avaliar a demanda de procedimentos cirúrgicos na Unidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço – Hospital de Base do Distrito Federal(UCCP-HBDF), suas características e as características desta população
- avaliar a demanda por procedimentos de alta e média complexidade
- avaliar o percentual de adultos e idosos desta população
- avaliar as principais patologias cirúrgicas desta unidade e quais são priorizadas (pacientes que são operados).
- avaliar a demanda reprimida e as características destes procedimentos, bem como desta população
- avaliar a qualidade da assistência cirúrgica mediante a comparação com Indicadores de Qualidade Cirúrgica já estabelecidos na literatura(Benchmarking).

A pesquisa ocorreu no período compreendido entre os meses de setembro de 2012 à abril de 2014 e os resultados são apresentados na forma de artigos científicos.

O primeiro artigo, intitulado “DEMANDA POR TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM CABEÇA E PESCOÇO: IDOSOS TEM ACESSO PRIORITÁRIO?” consistiu na primeira etapa desta pesquisa e foi

encaminhado para avaliação de publicação à REVISTA BRASILEIRA DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO, periódico científico indexado na Base de dados LILACS, com classificação Webqualis – INTERDISCIPLINAR, nível B2. Este artigo descreve e analisa o resultado da pesquisa sobre cadastro e acesso de pacientes cirúrgicos no período compreendido entre os meses de maio de 2011 e maio de 2012.

O segundo artigo, intitulado INDICADORES DE QUALIDADE DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO, consistiu na segunda etapa desta pesquisa. Foi encaminhado para avaliação de publicação na REVISTA BRASILEIRA DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO, periódico científico indexado na Base de dados LILACS, com classificação Webqualis – INTERDISCIPLINAR, nível B2. Este artigo descreve e analisa o desempenho (qualidade) de procedimentos cirúrgicos realizados na UCCP-HBDF, no período compreendido entre os meses de maio de 2011 à maio de 2012, ao compará-los com os indicadores de qualidade cirúrgica já estabelecidos(benchmarks).

2 DEMANDA POR TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO: IDOSOS TEM ACESSO PRIORITÁRIO? (Versão encaminhada para publicação)

2.1 RESUMO:

Introdução: No Distrito Federal não foram encontrados estudos sobre o perfil do paciente que busca tratamento cirúrgico de média e alta complexidade em Cirurgia de Cabeça e Pescoço; **Objetivo:** Investigar, dentro da demanda por cirurgias de alta e média complexidade nesta especialidade, o perfil sócio sanitário e, especificamente, verificar se em atenção ao Estatuto do Idoso há acesso prioritário ao paciente de 60 anos ou mais, independentemente da condição patológica apresentada; **Método:** Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo e analítico de todos os pacientes cadastrados para cirurgia entre os meses de maio/2011 à maio/2012, com análise de formulário de cadastro cirúrgico e prontuário médico; **Resultados:** Foram cadastrados 518 pacientes para tratamento cirúrgico, dos quais 118(22,7%) eram portadores de neoplasia maligna. A média de idade foi de 49,9 anos e 30,3% dos pacientes eram idosos. Dentre os procedimentos cadastrados, houve maior prevalência de procedimentos de média complexidade. Apenas 123(23,75%) pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico no período, com maior acesso dos portadores de neoplasias malignas/alta complexidade; **Conclusão:** Há necessidade de aumento da oferta de recursos para realização de procedimentos cirúrgicos, como forma de melhorar o acesso ao tratamento cirúrgico indicado nesta especialidade, sobretudo para procedimentos de média complexidade. No contexto de escassez de recursos, os critérios clínicos prevaleceram sobre o critério idade quanto ao recurso alocado. O uso de formulário de cadastro cirúrgico é um instrumento útil para coleta de informações e para estimar os recursos necessários, ao gestor.

2.1.1 Descritores: Neoplasias de Cabeça e Pescoço, Listas de Espera, Pesquisa sobre Serviços de Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Direitos dos

Idosos, Alocação de Recursos para Atenção à Saúde, Alocação de Recursos, Administração de Serviços de Saúde, Gestão de Informação, Gestão em Saúde.

2.2 ABSTRACT

Introduction: In the Federal District(Brazil) there was no study on the profile of patients seeking surgical treatment of medium and high complexity in Head and Neck Surgery; **Objective:** To investigate , in the demand for surgeries of high and medium complexity in this specialty , the social and health profile and specifically check , note the Elderly Statute , if exist priority access to the patient 60 years or more , regardless of the pathological condition presented; **Methods:** This was a descriptive, retrospective and analytical study of all patients in register for surgery between the months of May/2011 to May/2012 , with analysis of surgical registration form and medical records; **Results:** 518 patients were enrolled for surgical treatment , of which 118 (22.7 %) had malignant neoplasia . The mean age was 49.9 years and 30.3 % of patients were elderly. Among the studied procedures, there was a higher prevalence of intermediate complexity. Only 123 (23.75 %) patients underwent surgical treatment in the period , with greater access to patients with malignancies / high complexity ; **Conclusion :** There is need to increase the supply of resources for surgical procedures as a way to improve access to surgical treatment indicated in this specialty , particularly for procedures of medium complexity . In the context of scarce resources, the clinical criteria prevailed over the age criterion for the allocated resource. The use of surgical registration form is a useful tool for gathering information and for estimating the necessary resources to the manager.

2.2.1 Key-words: Head and Neck Neoplasms, Waiting Lists, Health Services Research, Health Services Accessibility, Health Care Rationing, Health Services Administration, Information Management.

2.3 INTRODUÇÃO

A população brasileira está envelhecendo. A partir dos censos demográficos realizados em 2000 e 2010 podemos observar que o número de idosos no Brasil saltou de 14,5 milhões para pouco mais de 20,5 milhões de indivíduos^{1,2,3}. Este novo perfil sócio demográfico deverá impactar no perfil de doenças da população.

Em conformidade com o envelhecimento populacional está o crescimento, em números absolutos, do número de portadores de câncer. A incidência de todos os tipos de câncer tem aumentado nos países em desenvolvimento. De acordo com a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Projeto Globocan 2012), no ano de 2012 foram 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos em todo o mundo⁴. Dentre esses está o câncer de cabeça e pescoço que perfaz cerca de 6% de todos os casos de câncer⁵.

Para 2014, no Brasil, são esperados 11.280 casos novos de câncer de boca em homens e 4.010 casos novos em mulheres (risco estimado de 11,54 casos novos a cada 100.000 homens e 3,92 casos novos a cada 100.000 mulheres)⁴. Esta neoplasia ocupa o quarto e quinto posicionamento entre tipos de cânceres entre homens nas regiões Sudeste/Nordeste e Centro-Oeste, respectivamente⁴. Espera-se também, para o mesmo ano, 6.870 casos novos de câncer de laringe em homens e 770 em mulheres (risco estimado de 7,03 casos a cada 100 mil homens e de 0,75 a cada 100 mil mulheres)⁴. Se por um lado a incidência relativa de câncer de cavidade oral e laringe tem se mantido estável, o crescimento populacional ocasiona o aumento absoluto do número de casos, demanda a ser atendida pelo Sistema de Saúde do País, público ou privado⁶.

O termo câncer de cabeça e pescoço (CACP) denomina um grupo heterogêneo de neoplasias malignas da região da face, fossas nasais, seios paranasais, boca, faringe, laringe, tireoide, glândulas salivares, dos tecidos moles do pescoço, da paratireoide e tumores do couro cabeludo⁷. O principal representante histopatológico das neoplasias malignas de cabeça e pescoço, o carcinoma de células escamosas (CECCP), corresponde a cerca de 90% dos casos, estando associado ao consumo de tabaco, álcool e infecção pelo HPV^{8,9}. Sua incidência apresenta variações demográficas^{7,9,10,11}, e estas neoplasias, em alguns países, representam um sério problema de saúde pública^{7,10}.

O aumento do número de casos de câncer de cabeça e pescoço guarda correlação positiva, não linear, com a necessidade por cuidados específicos em saúde. Segundo os *guidelines* do *National Comprehensive Cancer Network*, pacientes

com neoplasias malignas em estadió clínico avançado demandam por um maior número de procedimentos, envolvendo várias especialidades e recursos terapêuticos¹². Neste sentido, a pesquisa da demanda por procedimentos permite avaliação mais adequada da necessidade de recursos a serem alocados, quer sejam de ordem financeira, de pessoal ou de gestão.

O tratamento cirúrgico destas neoplasias malignas, de domínio técnico do cirurgião de cabeça e pescoço, constitui parte da terapêutica necessária. A Assistência Integral se caracteriza por procedimentos clínicos e cirúrgicos, realizados em Hospitais estruturados com Serviços de Terapia Intensiva, Radiologia, Quimioterapia e Radioterapia.

A Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990¹³, transforma a saúde num “direito fundamental do ser humano” e determina a “obrigação do Estado em prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Ao instituir os Princípios de “Universalidade do acesso aos serviços de saúde” e “integralidade da assistência” garante aos portadores de doenças congênitas, inflamatórias, neoplasias benignas e agravos de saúde, o direito de acesso ao tratamento em serviços da especialidade. Estas doenças, apesar de seu impacto físico, psíquico, emocional e econômico ao ser humano, não tem a taxa de mortalidade e as características de progressão e disseminação do câncer de cabeça e pescoço.

O desafio enfrentado na gestão dos serviços desta especialidade, quando o acesso é referenciado, porém livre, apresenta várias dimensões: conhecimento da demanda, recursos disponíveis, fluxo de procedimentos, distribuição e alocação adequada dos recursos. Este desafio deve aumentar se considerarmos a estimativa de crescimento da população de idosos, dada a maior incidência das neoplasias malignas a partir da quinta década de vida e o estatuto do idoso, que estabelece a “absoluta prioridade” ao “direito à saúde” de indivíduos acima dos 60 anos^{1,2,3}.

No contexto SUS, a estruturação da Assistência é dividida em níveis, conforme a necessidade de recursos físicos (infraestrutura, equipamentos, insumos e densidade tecnológica) e humanos (especialidades médicas). A média complexidade *“compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico”*¹⁴.

A alta complexidade se caracteriza por “*alto custo e alta tecnologia*”¹⁴. Desta forma, os procedimentos cirúrgicos da especialidade pertencem a dois níveis de atenção: média e alta complexidade¹⁴.

No Distrito Federal, que conta com apenas uma unidade referenciada de tratamento cirúrgico de doenças neoplásicas e não neoplásicas em cabeça e pescoço, não existe estudo prévio sobre o perfil do paciente que busca tratamento cirúrgico de média e alta complexidade. O objetivo do presente estudo é investigar, dentro da demanda por cirurgias de alta e média complexidade nesta especialidade, o perfil sócio sanitário e, especificamente verificar se, em atenção ao Estatuto do Idoso, há acesso prioritário ao paciente maior de 60 anos, independentemente da condição patológica apresentada.

2.4 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, retrospectivo, envolvendo todos os pacientes que demandaram por procedimento cirúrgico na Unidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HBDF, no período compreendido entre os meses de maio de 2011 à maio de 2012. Os dados foram obtidos por meio de consulta ao formulário de cadastro cirúrgico, implementado pela gestão da Unidade no citado período. Este formulário, foi preenchido por um dos especialistas, do corpo de médicos assistentes da referida unidade, quando ao término de consulta médica ambulatorial, observava a necessidade de tratamento cirúrgico.

Dentre os pacientes operados, os dados referentes à cirurgia foram obtidos mediante consulta ao prontuário físico e eletrônico do paciente. Todos os dados foram cadastrados em planilha *Excel*. As variáveis coletadas do formulário e analisadas foram: idade (agrupados em grupos etários decenais), gênero, doença (classificada sob o código da CID-10), estadió de apresentação quando do diagnóstico de câncer (para os portadores de neoplasia maligna o estadió inicial foi definido como EC I e II e estadió avançado como EC III e IV – segundo a classificação da AJC-UICC – revisão 2002), procedimento cirúrgico indicado, comorbidades associadas, necessidade de internação em unidade de terapia intensiva^{15,16}.

O agrupamento das doenças foi realizado com base nos sítios anatômicos, incluindo doenças neoplásicas e não neoplásicas que demandavam por

procedimentos cirúrgicos similares. Este agrupamento também se deveu à existência de vários subsítios anatômicos, da dificuldade de localização precisa do sítio primário em tumores avançados, da inexistência de uma classificação que comporte procedimento cirúrgicos de patologias benignas e malignas específicas para a especialidade, bem como necessidade de se obter um número de casos que permitisse a comparabilidade. Desta forma foram criados os seguintes grupos: Tumores de lábio, Cavidade oral e Orofaringe; Tumores de Laringe e Hipofaringe; Tumores de Cavidade Nasal, Seios Paranasais e Nasofaringe; Doenças Obstrutivas, Inflamatórias e Neoplásicas de Glândulas Salivares; Bócio e Neoplasias da Tireoide; Neoplasias da Paratireoide e Hiperparatireoidismo; Cistos, fístulas e Doenças Cervicais Congênitas; Tumores de Pele e Anexos; Tumorações e Neoplasias Cervicais; Outros. As doenças classificadas sob o CID-10 pertencentes a cada grupo podem ser vistas na Tabela 1. Nestes grupos de doenças, foi avaliado a percentual de neoplasias malignas.

Tabela 1 – Distribuição das Doenças e CID-10 por Subgrupos de Sítios Anatômicos		
Não Classificado	-	-
	C00	Neoplasia Maligna de Lábio
Tumores de Lábio, Cavidade Oral e Orofaringe	C01	Neoplasia Maligna de Base de Língua
	C02	Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua
	C03	Neoplasia maligna da gengiva
	C04	Neoplasia maligna do assoalho da boca
	C05	Neoplasia maligna do palato
	C06	Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca
	C09	Neoplasia maligna da amígdala
	C10	Neoplasia maligna da orofaringe
	D10.0	Neoplasia benigna dos lábios
	D10.1	Neoplasia benigna da língua
	D10.2	Neoplasia benigna do assoalho da boca
	D10.3	Neoplasia benigna de outras partes da boca e as não especificadas
	D10.4	Neoplasia benigna da amígdala
	D10.5	Neoplasia benigna de outras partes da orofaringe
Tumores de Laringe e Hipofaringe	C12	Neoplasia maligna do seio piriforme
	C13	Neoplasia maligna da hipofaringe
	C32	Neoplasia maligna da laringe
	D10.7	Neoplasia benigna da hipofaringe
	D14.1	Neoplasia benigna da laringe
Tumores de Cavidade	C11	Neoplasia maligna da nasofaringe

Nasal, Seios Paranasais e Nasofaringe	C30.0	Neoplasia maligna da cavidade nasal
	C31	Neoplasia maligna dos seios da face
	D10.6	Neoplasia benigna da nasofaringe
	D14.0	Neoplasia benigna do ouvido médio, cavidade nasal e seios paranasais
Tumores e Doenças Obstrutivas Inflamatórias de Glândulas Salivares	C07	Neoplasia maligna da glândula parótida
	C08	Neoplasia maligna de outras glândulas salivares maiores e as não especificadas
	D11.0	Neoplasia benigna de glândulas salivares maiores
	K11.2	Sialoadenite
	K11.5	Sialolitíase
Bócio e Tumores de Tireoide	K11.6	Mucocele de glândula salivar
	C73	Neoplasia maligna da glândula tireoide
	D34	Neoplasia benigna da glândula tireoide
	D44.0	Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido da glândula tireoide
	E01	Transtornos tireoidianos e afecções associadas, relacionados à deficiência de iodo
Hiperparatireoidismo e Tumores da Paratireoide	E04	Outros bócios não-tóxicos
	C75.0	Neoplasia maligna da glândula paratireoide
	D35.1	Neoplasia benigna da glândula paratireoide
Cistos, Fístulas e Doenças Cervicais de Origem congênita	E21	Hiperparatireoidismo e outros transtornos da glândula paratireoide
	Q18.0	Seio, fístula e cisto de origem branquial
	Q18.1	Seio, fístula e cisto pré-auricular
	Q18.2	Outras malformações da fenda branquial
	Q18.8	Outras malformações congênitas especificadas da face e do pescoço
Tumores de Pele e Anexos	Q18.9	Malformação congênita não especificada da face e do pescoço
	C44	Outras neoplasias malignas da pele
	L72	Cistos foliculares da pele e do tecido subcutâneo
Tumorações e Neoplasias Cervicais	C77.0	Neoplasia maligna secundária e não especificada dos gânglios linfáticos
	R22.1	
	D17.0	Neoplasia lipomatosa benigna da pele e do tecido subcutâneo da cabeça, face e pescoço
	D36	Neoplasia benigna de outras localizações e de localizações não especificadas
Outros	D35.5	Neoplasia benigna do corpo carotídeo
	Y83.2	Reação anormal em paciente ou complicação tardia, causadas por intervenção cirúrgica com implante de uma prótese interna, sem menção de acidente

		durante a intervenção
	Y83.3	Reação anormal em paciente ou complicação tardia, causadas por intervenção cirúrgica com formação de estoma externo, sem menção de acidente durante a intervenção
	Y84.2	Reação anormal em paciente ou complicação tardia, causadas por procedimento radiológico e radioterapia, sem menção de acidente durante o procedimento

Os procedimentos cirúrgicos solicitados foram então convertidos para a Tabela Sigtap, respeitando-se a princípio, a técnica cirúrgica adotada^{17,18}. Segundo esta tabela, alguns procedimentos pertencem às duas categorias distintas (média e alta complexidade), a depender do CID – 10 e do local onde o procedimento é realizado (infraestrutura). Para separar em duas categorias distintas foi adotado o seguinte critério: os procedimentos de pacientes portadores de neoplasias malignas (CID – 10 – categoria C), foram designados como de alta complexidade. Os demais procedimentos com dupla classificação, cujo paciente não era portador de neoplasia maligna, foi designado como pertencente ao grupo de média complexidade.

Em pacientes portadores de neoplasias malignas em estágio avançado e que necessitaram de mais de um procedimento cirúrgico segundo a tabela Sigtap, foi considerado apenas o procedimento de maior complexidade^{17,18}.

Uma vez classificado segundo a tabela Sigtap, os procedimentos foram separados em dois grandes grupos: procedimentos de alta complexidade (neoplasias malignas) e de média complexidade (neoplasias benignas e doenças não neoplásicas)^{17,18}.

Para avaliar o acesso ao tratamento foi identificado o valor absoluto e relativo (percentual) de pacientes operados da amostra do estudo. Foi realizada uma análise descritiva para as variáveis gênero, sítios anatômicos, estágio da doença, presença de comorbidades, necessidade de UTI, acesso à cirurgia, tempo de espera e classificação de procedimentos. Para avaliar a associação entre as variáveis comorbidade e idade, foi utilizado o teste do Qui-Quadrado.

Ao término da coleta de dados, observou-se a desproporção entre o número de procedimentos cadastrados e pacientes operados, o que resultou em fila de espera. Para análise deste achado, os dados – procedimentos cadastrados,

cirurgias realizadas, número de pacientes em fila de espera (geral e por complexidade cirúrgica) – foram agrupados mês a mês.

Com o objetivo de investigar se a complexidade foi um critério para o acesso ao tratamento cirúrgico, a população do estudo foi dividida em dois subgrupos: média complexidade e alta complexidade. Nestes dois subgrupos, realizou-se a contagem do número de indivíduos operados, de modo a compor uma tabela de contingência 2x2. Nesta análise, a hipótese testada foi a de que os pacientes de alta complexidade (neoplasias malignas) tiveram maior acesso ao tratamento. A análise estatística foi realizada por meio da aplicação do teste de hipótese $\chi^2(\alpha=0,05)$.

Para avaliar se os idosos tiveram acesso preferencial ao tratamento cirúrgico, foi realizada a seguinte análise: nos dois subgrupos de procedimentos (média e alta complexidade), realizou-se a contagem do número de indivíduos operados, o que levou à composição de duas tabelas de contingência 2x2, uma para cada subgrupo. Nessa análise, a hipótese testada em cada subgrupo foi a de que os pacientes idosos tiveram maior acesso ao tratamento indicado. A análise estatística, em ambos os subgrupos foi realizada por meio da aplicação do teste de hipótese $\chi^2(\alpha=0,05)$.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Conselho Nacional de Ética em pesquisa (CONEP), através da Plataforma Brasil em 20/11/2012, sendo aprovado através do parecer n. 153.658 de 28/11/2012.

2.5 RESULTADOS

Entre os meses de maio de 2011 a maio de 2012 foram cadastrados 518 doentes, com indicação de tratamento cirúrgico. Destes pacientes, houve diferença quanto à distribuição da variável gênero, sendo a maioria dos pacientes do sexo feminino.

A idade média desta população foi de 49,4 anos ($\pm 17,04$ anos) não se observando distribuição normal. Ao analisar a frequência de indivíduos idosos e não idosos, observou-se que 157 pacientes eram idosos (30,3%). Cerca de 74% dos pacientes apresentavam idade igual ou superior a quarenta anos (Gráfico 1).

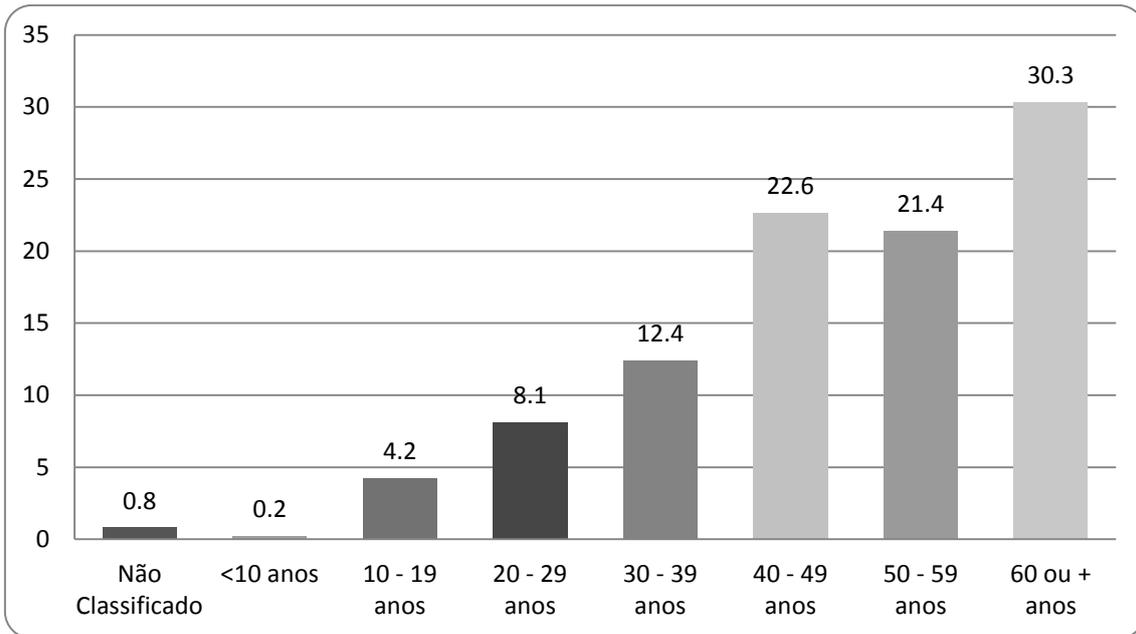


Gráfico 1: Distribuição percentual de pacientes, por grupo etário decenal.

A distribuição das doenças, quanto aos grupos de sítios anatômicos é mostrada na Gráfico 2. Houve predomínio de tumores de tireoide e bócio (48,8%), seguido de tumores e doenças obstrutivo/inflamatórias de glândulas salivares.

Do total de pacientes, 118 (22,77%) eram portadores de neoplasia maligna. Com relação à distribuição dos cânceres por grupos de neoplasias, houve uma concentração do número de casos em quatro grupos principais (Gráfico 3), perfazendo 76,4% de todas as neoplasias malignas.

Dentre os pacientes portadores de câncer, no momento da indicação cirúrgica, houve leve predomínio do estadio clínico inicial (48,3%). Contudo, o estadio clínico variou conforme o sítio anatômico de origem do câncer: em pacientes portadores de câncer de tireoide houve predomínio de apresentação em fase inicial (73,2%), enquanto que em pacientes com câncer de laringe, hipofaringe e neoplasias malignas cervicais, houve predomínio de apresentação em estádio avançado – respectivamente 73,3% e 100% (Gráfico 4).

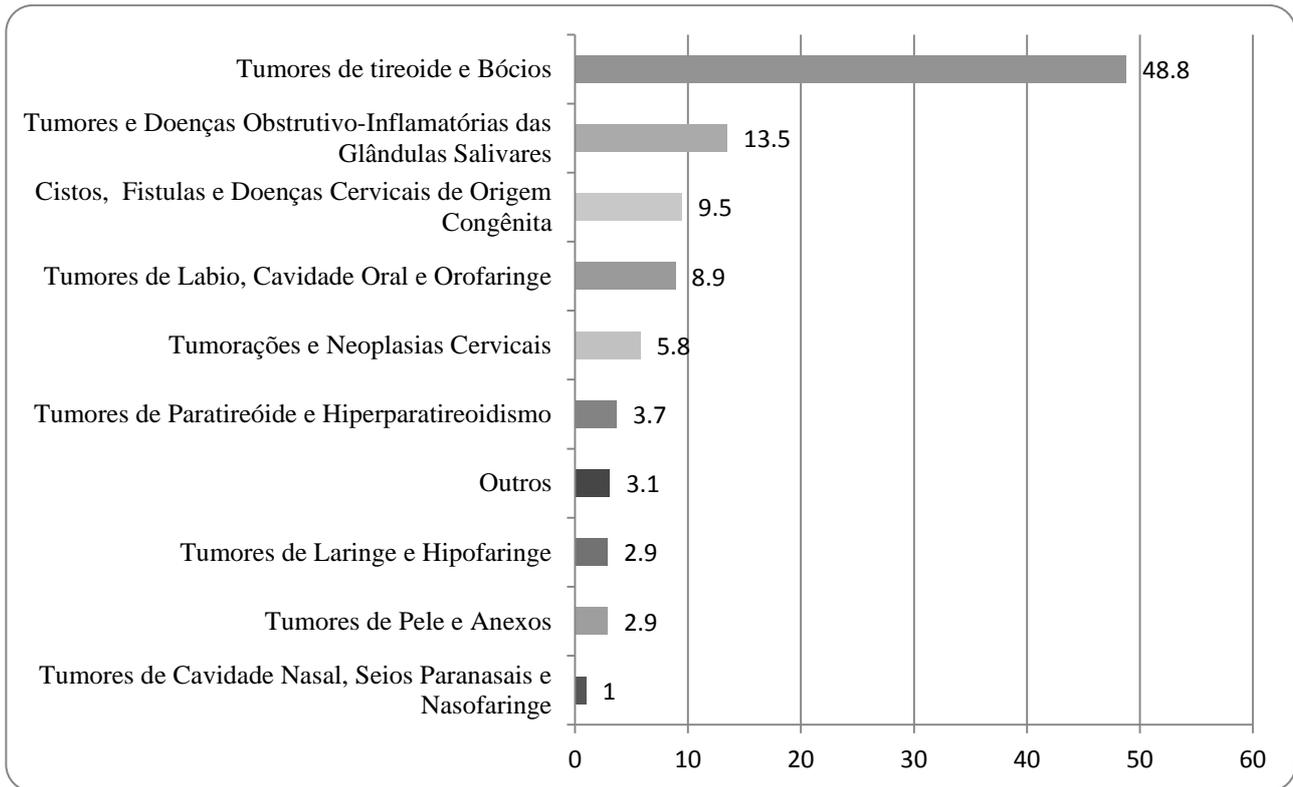


Gráfico 2 - Distribuição Percentual segundo grupos de doença

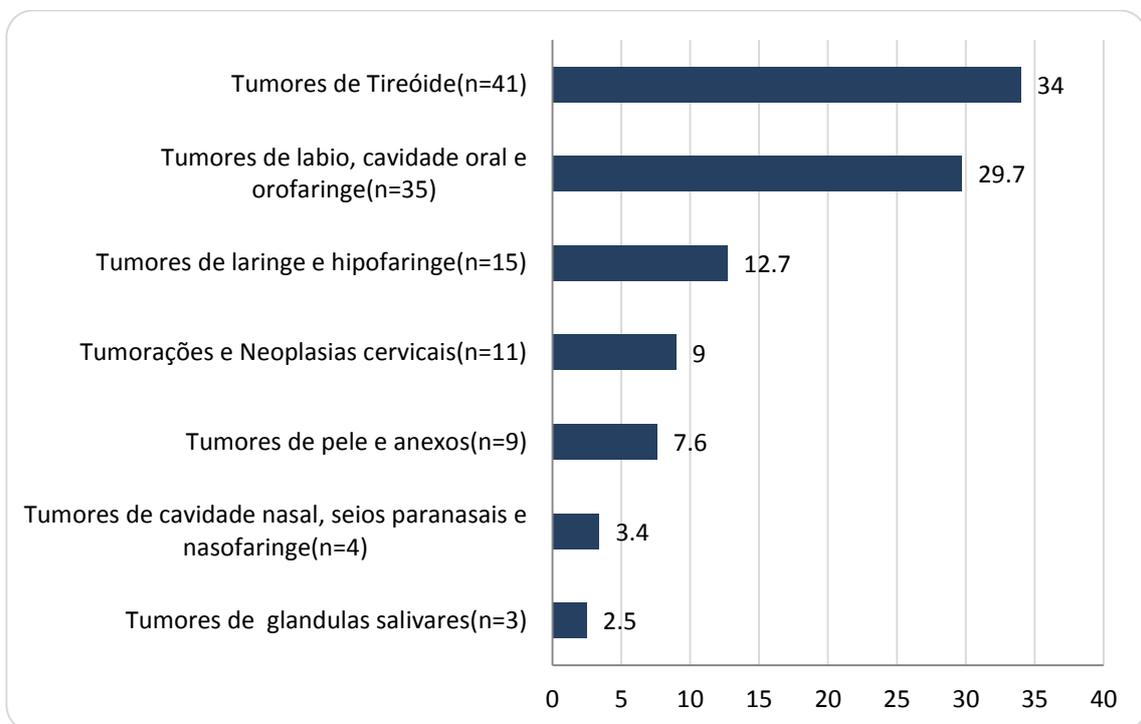


Gráfico 3 - Distribuição percentual de Neoplasias Malignas, segundo Grupo de Doença

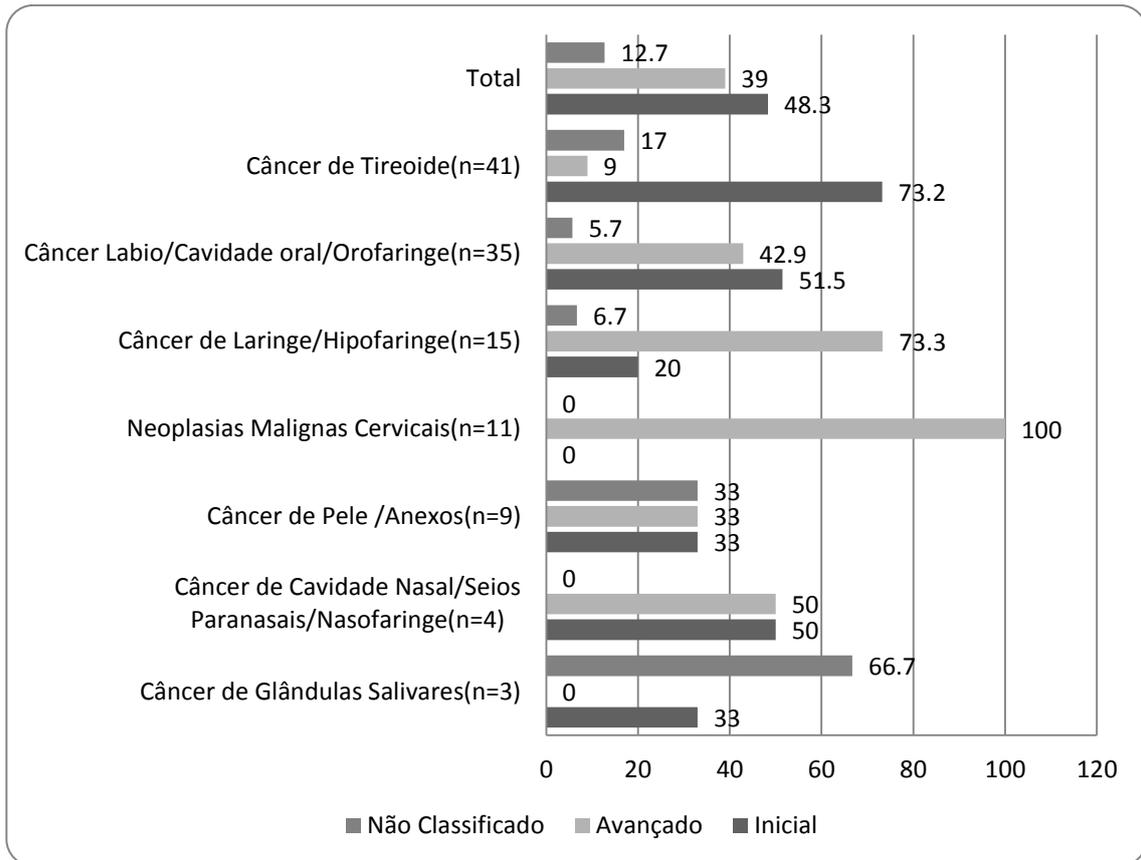


Gráfico 4 – Estadio clínico de apresentação, Momento da Indicação Cirúrgica (distribuição percentual)

A prevalência de comorbidades associadas nesta população foi 38,8% (n=201), havendo correlação positiva entre as variáveis idade e comorbidade (Gráfico 5). Em nosso estudo, para apenas 4,4% (n=23) dos pacientes foi solicitado a realização do pós operatório em Unidade de Terapia Intensiva.

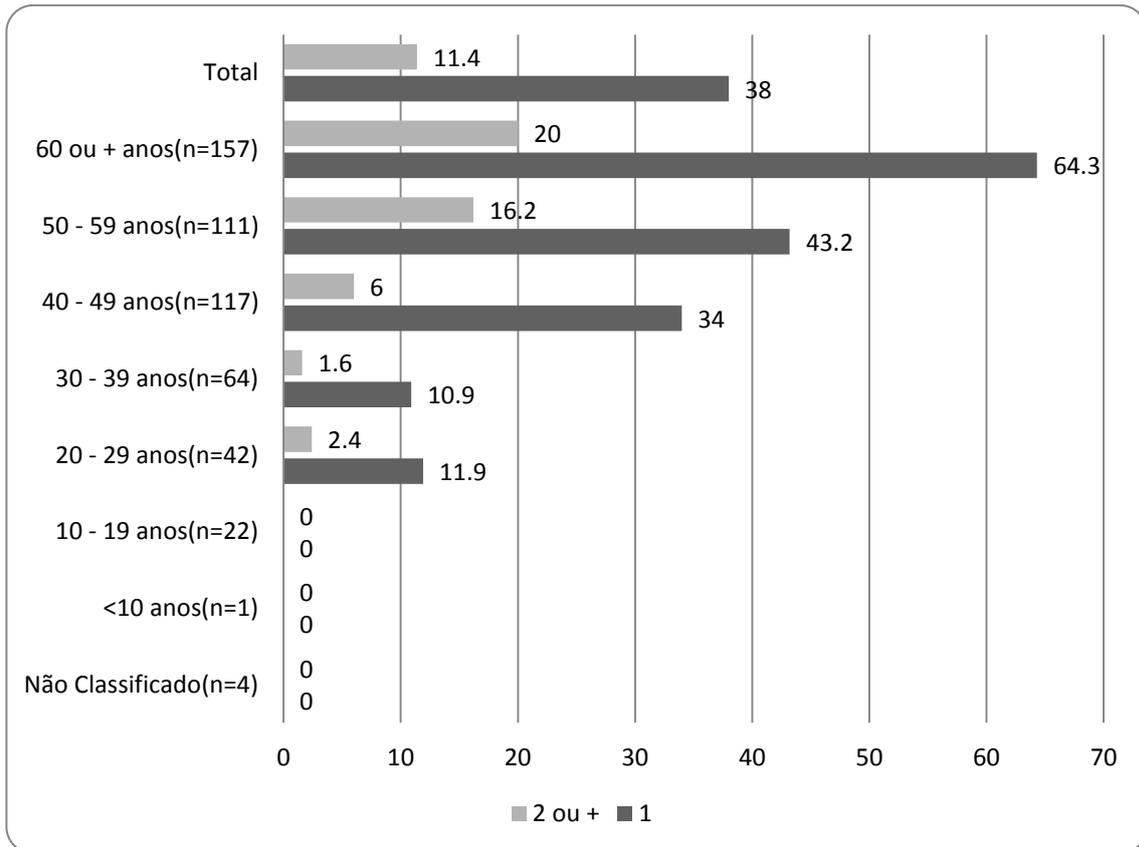


Gráfico 5 – Percentual de Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (percentual) por década de vida

Ao todo, foram indicados 76 diferentes combinações de procedimentos da tabela sigtap. Nos pacientes portadores de neoplasia malignas em estágio avançado, houve maior prevalência de mais de um procedimento, envolvendo vários sítios anatômicos. A caracterização da demanda por procedimentos cirúrgicos revelou o predomínio de indivíduos com necessidade de procedimento de média complexidade sobre os de alta complexidade – respectivamente 77,02% (399) e 22,77% (118).

Dos 518 pacientes com procedimentos indicados, apenas 23,74% (123) foram submetidos à tratamento cirúrgico no período da pesquisa, o que ocasionou o surgimento de fila de espera. As relações entre os dados da demanda (cirurgias cadastradas, pacientes em fila de espera) e de acesso (pacientes operados) estão demonstradas nos gráficos 6 e 7. Houve predomínio do acesso aos indivíduos com necessidade de procedimento de alta complexidade sobre os de média complexidade – respectivamente 69,49%(82) e 10,27%(41). Com relação a este critério, observou-se diferença estatisticamente significativa do acesso ao

tratamento. Os indivíduos que demandaram por procedimento de alta complexidade (neoplasias malignas) foram priorizados($p < 0,0001$).

A análise estatística do critério idade como fator de acesso ao tratamento cirúrgico, para investigar se idosos tiveram acesso preferencial concluiu: não houve predomínio do acesso de idosos sobre não idosos, nos subgrupos média complexidade (χ^2 ; $p=0,55$) e alta complexidade (χ^2 ; $p=0,54$)

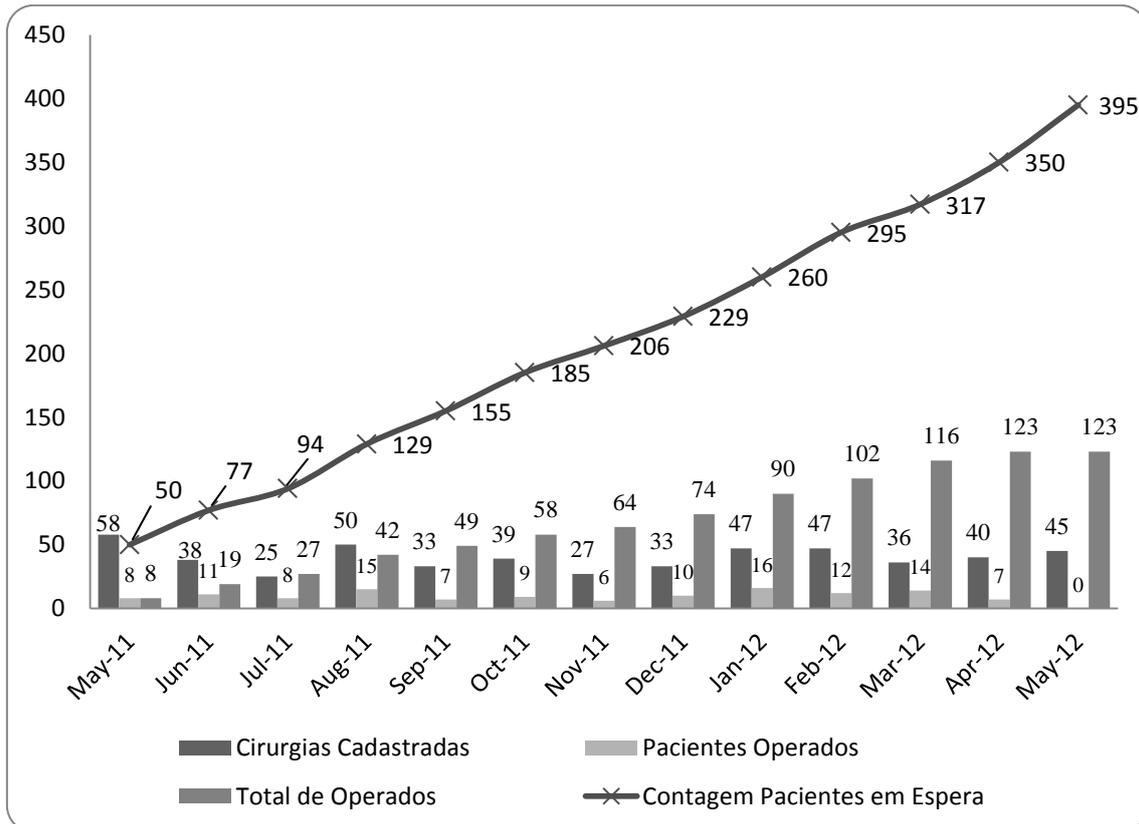


Gráfico 6 – Relação entre cirurgias cadastradas, pacientes operados e fila de espera(números absolutos).

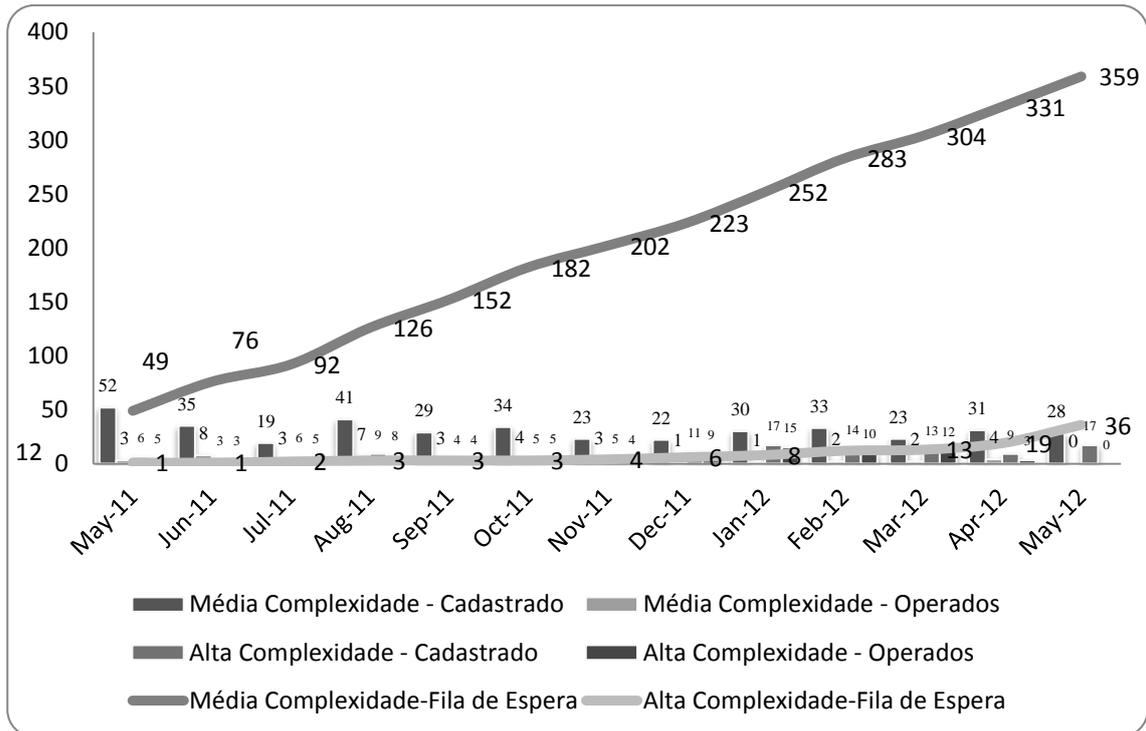


Gráfico 7 -Relação entre Procedimentos Cadastrados, Operados e Listas de Espera, por Complexidade Cirúrgica(números absolutos).

2.6 DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi investigar, dentro da demanda por procedimentos cirúrgicos de alta e média complexidade em cabeça e pescoço, o perfil sócio sanitário e, especificamente verificar se, em atenção ao Estatuto do Idoso, houve acesso prioritário ao paciente com 60 anos ou mais, independentemente da condição patológica apresentada. Neste sentido, os resultados do estudos permitem inferir que a gravidade do caso (complexidade cirúrgica ou neoplasia maligna) foi o principal critério de acesso ao tratamento. A análise estatística evidenciou que o fator idade não influenciou o acesso ao tratamento.

A segunda questão importante deste estudo é que o mesmo permitiu identificar o fenômeno “das listas de espera”^{22,23}. Este fenômeno, ainda parcialmente estudado, é comum em países que mantêm o financiamento público dos serviços de saúde²³. O simples desequilíbrio entre os serviços ofertados e a demanda existente, ou a ineficiência dos serviços prestados, são considerados fatores causais de sua ocorrência²³. Algumas tendências contemporâneas

contribuem para este fenômeno: o envelhecimento da população, maior disponibilidade de tecnologias de tratamento inovadoras e de alto custo e a maior propensão dos cidadãos em demanda por mais cuidados²³.

A idade é considerada um critério social de priorização de pacientes, sendo utilizada em uma série de estudos como um dos fatores de prioridade ao tratamento²³. Em estudo de revisão, MacCormick et. Al²⁴ analisou bases éticas, critérios sociais e clínicos (específicos e genéricos) na elaboração de pontuação (*score*) elegíveis para priorização do acesso ao tratamento cirúrgico. Estes estudos são considerados horizontais e com diferentes tipos de procedimentos cirúrgicos (catarata, cirurgias corretivas dos ombros e joelhos, by-pass coronariano, colecistectomia). Contudo, em nenhum destes, a indicação de tratamento cirúrgico foi de origem oncológica.

Não há consenso de critérios de priorização de cirurgias consideradas “eletivas”, para pacientes portadores de doenças oncológicas e não oncológicas no seguimento anatômico da cabeça e do pescoço, em filas de espera, estabelecido e internacionalmente aceito. A priorização de critérios é uma das medidas adotadas como forma de enfrentamento de listas de espera (políticas de demanda)²². O que é claro é que esta medida, com a justificativa do menor dano ao doente mais grave não resolve o problema da escassez de recursos ou do acesso, sobretudo se considerarmos a demanda crescente por procedimentos cirúrgicos. A priorização de pacientes portadores de neoplasias malignas, com risco de disseminação para outros órgãos é um critério aceito no referido serviço, como forma de minimizar o conflito ético existente. O critério idade não é considerado elegível nesta condição.

A escassez de recursos para atender pacientes que necessitem de tratamento cirúrgico, com consequentes filas de espera, não é uma ocorrência exclusiva da especialidade^{22, 25, 26, 27} nem do país^{22, 23,28}. Os dados desta pesquisa sugerem a necessidade do aumento da capacidade instalada para oferta de serviços (sala de cirurgias, profissionais médicos, insumos, leitos de internação hospitalar, outros profissionais), uma das formas de solucionar o conflito existente.

Em nosso estudo, que utilizou critérios do SUS para classificação dos procedimentos cirúrgicos cadastrados, a principal característica da demanda reprimida foi ser constituída por procedimentos cirúrgicos de média complexidade, ou pacientes portadores de neoplasias benignas ou doenças não neoplásicas. Sua

causa pode ser explicada pelo desequilíbrio entre oferta e demanda por procedimentos cirúrgicos e uso de critérios clínicos na priorização do acesso ao tratamento cirúrgico^{22, 23}.

Outra questão importante observada foi a escassez de informações em fontes de dados governamentais que impede uma adequada caracterização da demanda. Neste sentido, o uso do instrumento de cadastro de pacientes cirúrgicos (apêndice I) possibilitou analisar e mensurar a necessidade dos pacientes desta amostra quanto ao tipo de tratamento cirúrgico a ser instituído, as doenças mais prevalentes, os recursos pós operatórios necessários, a existência de doenças crônico degenerativas. Este instrumento, por seu baixo custo, facilidade de preenchimento e riqueza de informações se mostrou válido no sentido de gerar informação ao gestor.

Os critérios clínicos e sociais não são os únicos que influenciam a alocação do recurso. Neste estudo, apenas a complexidade de recursos necessários (contexto SUS) e a idade foram analisados como critério de acesso ao tratamento, fato que constituiu um dos limites da pesquisa. Em estudo recente, Bekemeier et al.²⁸ definiram que o processo de tomada de decisão no “mundo real” sofre influências de inúmeros fatores, dentre eles: mandados judiciais, disponibilidade de recursos, capacidade produtiva, pesquisas e dados, história e filosofia organizacional, necessidades da comunidade e políticas públicas. No Brasil, pouco se investiga sobre os critérios determinantes de alocação de recursos para esta especialidade, o que torna a tomada de decisões baseada em critérios locais. Em nosso estudo, ao observarmos o percentual de portadores de neoplasias malignas submetidos ao tratamento cirúrgico, podemos afirmar que a tomada de decisão sofreu influência predominante de critérios clínicos, onde pacientes portadores de doenças mais graves receberam o recurso primeiro.

2.7 CONCLUSÃO

Podemos concluir que houve demanda reprimida para procedimentos cirúrgicos no citado período, notadamente aos procedimentos de média complexidade, fato ocasionado pela escassez de recursos e pela tomada de decisão, que se baseou em critérios clínicos. Dada à complexidade dos fatores

que influenciaram a tomada de decisão para escolha de procedimentos cirúrgicos, a condição de escassez de recursos impede o atendimento a patologias de menor gravidade bem como atendimento preferencial a idosos, muitas vezes em maior prevalência na população.

Embora o idoso deva ter prioridade de acesso, a existência de múltiplas necessidades, doenças com risco potencial elevado de disseminação impede esta priorização, o que conduz a um conflito ético. Há necessidade de revisão dos processos de acessibilidade aos serviços especializados, bem como a adequação entre a capacidade de produção (realização do ato cirúrgico) e a demanda (necessidade da população).

O uso de formulário de cadastro de pacientes cirúrgicos permitiu, nesta amostra, a coleta de informações de forma a gerar dados sobre as necessidades específicas e critérios sócio demográficos destes pacientes, em seu período de espera por uma cirurgia. Estes dados, além de servirem para avaliação da demanda por assistência cirúrgica na especialidade em estudos posteriores, podem ser utilizados para o planejamento e estruturação de assistência à saúde.

A existência de uma única unidade para realização de procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade dentro da Secretaria de Estado de Saúde-DF, ilustra a desorganização, a forma reativa do atendimento à necessidade da população nesta especialidade e sua não inclusão na agenda política em políticas de Estado, nos anos precedentes. A falta de estudo prévio com dados específicos corrobora este contexto e é fator impeditivo para os adequados diagnóstico e planejamento.

As de Redes de Atenção à Saúde, um dos Modelos para o enfrentamento das condições crônicas de saúde²⁸, podem servir de modelo para a estruturação e o planejamento da assistência nessa especialidade. Neste sentido, a descentralização do atendimento, com a criação de novos serviços para atender à demanda de média complexidade, o estabelecimento de critérios específicos e elegíveis de acesso, é fundamental para minimizar o conflito ético e assegurar a assistência à demanda de média complexidade, em predomínio na população deste estudo.

2.8 REFERÊNCIAS

1. Brasil. **Lei 10741 de 01 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2003, out.3), Seção 1, p.1.
2. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2000: Características Gerais da População, Resultados da Amostra. Rio de Janeiro: IBGE; 2000, 178 p. Disponível para download em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>
3. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010: Características da População e dos Domicílios, Resultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2011, 270 p. Disponível em para download em <http://biblioteca.ibge.gov.br/detalhes.php?id=793>
4. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA,2014. p 26, p41, p48. Disponível para download em : <http://controlecancer.bvs.br/>
5. Siddiqui F, Gwede CK. Head and neck cancer in the elderly population. Semin Radiat Oncol. 2012 Oct; 22(4):321-33.
6. Taxa de Incidência de Neoplasias Malignas por 100.000 habitantes por localização, Segundo Região e UF. Estimativas para 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/d05.htm>
7. Curado MP, Martins E. Incidência e mortalidade dos cânceres de Cabeça e Pescoço no Brasil. Rev. Bras. Cirurgia Cabeça Pescoço. 2006;35(3):136-41.
8. Lubin JH, Purdue M, Kelsey K, Zhang ZF, Winn D, Wei Q et.al. Total exposure and exposure rate effects for alcohol and smoking and risk of head and neck cancer: a pooled analysis of case-control studies. Am J Epidemiol. 2009 Oct 15.170(8):937-47.
9. Curado MP, Hashibe M. Recent changes in the epidemiology of head and neck cancer. Curr Opin Oncol. 2009 May. 21(3):194-200.

10. Krishna Rao SV, Mejia G, Roberts-Thomson K, Logan R. Epidemiology of oral cancer in Asia in the past decade--an update (2000-2012). *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013; 14(10):5567-77.
11. Gupta B, Ariyawardana A, Johnson NW. Oral cancer in India continues in epidemic proportions: evidence base and policy initiatives. *Int Dent J.* 2013 Feb.63(1):12-25.
12. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Head and Neck Cancers. Version 2.2013. Disponível em para download em <http://www.nccn.org/professionals/>
13. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (1990, set.20) p.18055*
14. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 480p. Disponível para download em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf, *última consulta em 02 de março de 2014.*
15. Organização Mundial da Saúde. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças em Português. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 [Internet]. Brasília, DF: OMS/DATASUS; 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.
16. Sobin LH, Witteking Ch. TNM Classificação de Tumores Malignos. Eisenberg ALA, tradutora. 6 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004. 254 p.
17. Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimentos/publicados/consultar>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP versão WEB. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 Volume I - 61 p. Disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/manuais.jsp>

19. Carvalho AMC, Koifman RJ, Koifman S; Caracterização da Demanda de Atenção para Neoplasias de Cabeça e Pescoço no Hospital do Câncer de Rio Branco, AC, 2008-2009; Rev. bras. cir. cabeça pescoço; 2010; 39(4):255-260.
20. Indicadores e Dados Básicos para Saúde No Brasil (IDB): Conceitos e Critérios [internet]. RIPSA Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Disponível em <http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=20>.
21. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e Aplicações; Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde; 2008; 2 ed.; 349 p. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/php/index.php>.
22. Siciliani L, Hurst J.; Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. Health Policy. 2005 May; 72(2):201-15.
23. Gauld R, Derrett S. Solving the surgical waiting list problem? New Zealand's 'booking system'. Int J Health Plann Manage. 2000 Oct-Dec; 15(4):259-72.
24. MacCormick A, Collecutt WG, Parry BR. Prioritizing patients for elective surgery: a systematic review. ANZ J Surg. 2003 Aug; 73(8): 633-42. Carneiro Neto NJ, Umeta R, Meves R, Caffaro MFS, Landim E, Avanzi O; Estudo demográfico de pacientes portadores de deformidades de coluna vertebral que aguardam cirurgia em hospital terciário de alta complexidade; Coluna/columna. 2012; 11(3): 219-22.
25. Kara-Jr N, Dellapi Jr. R, Espíndola RF. Dificuldades de acesso ao tratamento de pacientes com indicação de cirurgia de catarata nos Sistemas de Saúde Público e Privado, Arq Bras Oftalmol. 2011; 74(5): 323-5.
26. Antunes ML, Frazatto RM, Kosugi E, Vieira FM; Yonamine FK. Mutirão de cirurgias de adenotonsilectomias: uma solução viável? Rev. Bras. Otorrinolaringol.; 73(4): 446-451.
27. Bekemeier B, Chen AL, Kawakyu N, Yang Y.; Local public health resource allocation: limited choices and strategic decisions. Am J Prev Med. 2013 Dec; 45(6): 769-75.
28. Mendes EV. [Health care networks]. Cien Saúde Colet; 15(5): 2297-305, 2010 Aug.

3 INDICADORES DE QUALIDADE DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO.

3.1 RESUMO

Introdução- Pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço ressecável, em estágio avançado, apresentam alta mortalidade e consumo elevado de recursos de saúde. A avaliação do desempenho dos procedimentos cirúrgicos realizados torna-se relevante, para promover melhorias na qualidade dos cuidados ofertados. Não se conhecia a qualidade da assistência cirúrgica nesta especialidade, no Hospital de Base-DF; Objetivo- Através da comparação com os *benchmarks* estabelecidos, investigar a aplicabilidade de indicadores de qualidade cirúrgica na UCCP-HBDF; Método- estudo descritivo analítico com coleta retrospectiva de dados em prontuários médicos de todos os pacientes operados na UCCP-HBDF, entre os meses de maio de 2011 e maio de 2012. Para comparação com os *benchmarks*, a amostra foi dividida em dois grupos: procedimentos de baixa acuidade e de alta acuidade. Os dados dos seguintes indicadores foram coletados: tempo de internação, retorno à sala de cirurgia em 7 dias, Readmissão em 30 dias, mortalidade no período de 30 dias, transfusão de hemoderivados e infecção do sítio cirúrgico; Resultados- houve maior número de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, no contexto do Sistema Único de Saúde(SUS). Dos seis *benchmarks* estabelecidos, na avaliação dos indicadores de qualidade cirúrgicos nos pacientes operados observamos: cinco para procedimentos de baixa acuidade e quatro para os de alta acuidade. Pneumonia e infecção do sítio cirúrgico foram as complicações mais prevalentes; Conclusão- Observou-se a aplicabilidade do estudo comparativo com os *benchmarks*. A incorporação de indicadores na avaliação de desempenho, pode fornecer informações importantes à gestão, como forma de identificação de eventos adversos e substrato para proposta de mudanças no modelo assistencial vigente.

3.1.1 Descritores- Revisão da Utilização de Recursos de Saúde; Indicadores de Serviço; Indicadores de Qualidade de Assistência à Saúde; Neoplasias de Cabeça e Pescoço.

3.2 ABSTRACT

Introduction - Patients with resectable cancer of the head and neck, advanced stage, have a high mortality and high consumption of health resources . Performance evaluation of surgical procedures performed is relevant, to promote improvements in the quality of care offered . Do not know the quality of surgical care in this specialty , in the Hospital de Base Federal District; Objective - Through compared to " benchmarks " established, investigate the applicability of surgical quality indicators in UCCP – HBDF; Method - study collection retrospective data from medical records of all patients operated on UCCP - HBDF , between the months of May 2011 and May 2012. For comparison with the benchmark set, the sample was divided into two groups: low acuity procedures and high acuity procedures. The data were collected for the following indicators : length of stay , return to the operating room within 7 days, readmission within 30 days, mortality at 30 days , blood transfusions and surgical site infection; Results - there was a prevalence of surgical procedures High complexity, in Brazilian Unified National Health System context. Of the six benchmarks established, in the evaluation of surgical quality indicators we observed in operated patients: five for low-acuity procedures and four for the high acuity. Pneumonia and surgical site infections were the most prevalent complications; Conclusion - There was the applicability of the comparative study with the benchmark. The incorporation of indicators in performance assessment can provide important information to the management, in order to identify adverse events and substrate for proposed changes in the current health care model.

3.2.1 Key-Words- Benchmarking, head and neck neoplasms, head and neck cancer, health care quality assessment.

3.3 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro associado ao aumento do número absoluto de casos de câncer de cabeça e pescoço ocasionará, nas próximas décadas, maior necessidade e de recursos de saúde por estes pacientes, independente do estágio, sobretudo os operáveis^{1,2,3}.

O alto consumo de recursos por pacientes portadores destas neoplasias, no estágio em que a doença é ressecável, já é uma ocorrência constatada em outros países^{4,5}. Este consumo envolve não só a cirurgia primária, mas também recursos diagnósticos (exames radiológicos de alto custo), quimioterapia, radioterapia, cirurgias reconstrutoras e internações hospitalares para o tratamento dos eventos adversos decorrentes da terapêutica instituída inicialmente. Em estudo retrospectivo com 11.403 pacientes portadores de carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço tratados cirurgicamente, Kim *et al.*⁴ constataram mortalidade elevada (32,3%) e custo de £23,212 por paciente em um período de cinco anos.

Em outro estudo, com 1.104 indivíduos portadores de câncer de cabeça e pescoço tratados cirurgicamente, Amonkar *et al.*⁵ observaram que cerca de metade dos pacientes foram irradiados e 16,2% submetidos à quimioterapia. O custo médio por paciente por ano foi de \$34,450. Nestes dois estudos, houve maior frequência de indivíduos do sexo masculino e a idade média dos sujeitos(ambos os sexos) nos dois estudos foi 63,2 e 56,6 anos, respectivamente.

O tratamento cirúrgico destas neoplasias guarda o risco potencial de complicações, didaticamente divididas em locais e sistêmicas⁶. Estas complicações são alvo de pesquisa, para prevenir seu desenvolvimento e podem ser causa de processos ético-profissionais, com impacto positivo em gastos com saúde⁷. Neste contexto, a avaliação do desempenho dos procedimentos cirúrgicos realizados em uma determinada unidade ganha relevância, como forma de promover a melhoria na qualidade dos cuidados ofertados e assim, mitigar a possibilidade de complicações.

A qualidade em serviços de saúde é almejada por instituições e pode ser definida como “o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados, sendo consistentes com o conhecimento profissional atual”⁸. Sua mensuração implica na avaliação de cada uma das três dimensões descritas por Donabedian⁹: estrutura, processos e resultados. Estrutura refere-se à organização do sistema de saúde, os recursos humanos e o financiamento. Processos abrangem a gestão dos casos clínicos e os

cuidados de saúde oferecidos. Os resultados são consequência final da estrutura e dos processos, geralmente apresentados na forma de condição clínica, bem-estar do doente, estado funcional ou satisfação do paciente¹⁰.

No contexto de resultados, a qualidade do cuidado ofertado pode ser avaliada pelo método *Benchmarking*. Esse termo foi introduzido no *Pubmed (MeSH)* como descritor em 1998. Seu significado é “método de medida de desempenho em relação aos padrões estabelecidos de boas práticas”.

Uma medida de desempenho, também chamado de indicador, é pactuada e quantificável, refletindo fatores críticos de sucesso de uma intervenção cirúrgica¹¹. Weber *et al.*¹¹, após análise de 2.618 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, estabeleceram os *benchmarks* para avaliar o desempenho dos procedimentos cirúrgicos desta especialidade. A aplicabilidade, comparação e análise de desempenho de procedimentos cirúrgicos foi posteriormente corroborada por Shellenberger *et al.*¹². No Brasil, não dispomos de indicadores de desempenho de cirurgias amplamente aceitos para procedimentos cirúrgicos de cirurgia de cabeça e pescoço.

A Unidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital de Base (UCCP-HBDF), é referência no tratamento de doenças cirúrgicas de Cabeça e Pescoço, em todo o Distrito Federal e cidades do Entorno. No referido Hospital não havia conhecimento sobre indicadores de qualidade cirúrgica em procedimentos realizados nesta Unidade. Diante da falta de um indicador específico no Brasil, torna-se necessário o estudo sobre a definição de medidas de desempenho da assistência cirúrgica na especialidade, para promover a melhoria do atendimento e da gestão de saúde no país.

O objetivo do presente estudo foi investigar a aplicabilidade dos indicadores de qualidade cirúrgica na Unidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital de Base (HBDF), realizados para tratamento de pacientes portadores de patologias cirúrgicas, em especial, nos portadores de câncer de cabeça e pescoço.

3.4 MÉTODO

Este estudo consistiu em uma pesquisa de levantamento de dados, com coleta retrospectiva, e abordagem quantitativa. Por meio da consulta aos mapas cirúrgicos e cadernos de sala cirúrgica, elaborou-se uma lista com o nome e o

registro hospitalar de todos os pacientes operados pelos médicos da Unidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HBDF, no período compreendido entre os meses de maio de 2011 à maio de 2012. Os prontuários físico e eletrônico (*trackcare*) foram consultados para a coleta dos dados.

As variáveis estudadas foram: idade (distribuída por decênios), gênero, doença (classificada sob o código da CID-10, e agrupada em subgrupos por sítios anatômicos e semelhança quanto ao procedimento cirúrgico), estágio clínico (para os portadores de neoplasia maligna o estágio inicial foi definido como EC I e II; o estágio avançado, como EC III e IV – segundo a classificação da AJC-UICC – revisão 2002)¹³, procedimento cirúrgico realizado e comorbidades associadas.

O agrupamento das doenças foi realizado com base em sítios anatômicos, incluindo doenças neoplásicas e não neoplásicas que demandaram por procedimentos cirúrgicos similares. Este agrupamento também se deveu à existência de vários subsítios anatômicos. Desta forma foram criados os seguintes grupos: Tumores de lábio, Cavidade oral e Orofaringe; Tumores de Laringe e Hiporafaringe; Tumores de Cavidade Nasal, Seios Paranasais e Nasofaringe; Doenças Obstrutivas, Inflamatórias e Neoplásicas de Glândulas Salivares; Bócio e Neoplasias da Tireoide; Neoplasias da Paratireoide e Hiperparatireoidismo; Cistos, fístulas e Doenças Cervicais Congênitas; Tumores de Pele e Anexos; Tumorações e Neoplasias Cervicais; Outros.

Com base nos critérios de desempenho estabelecidos por Weber *et al.*¹¹, como forma de avaliar o resultado dos procedimentos os seguintes dados foram coletados dos prontuários de todos os pacientes, da amostra do estudo:

- 1) tempo de internação: definido como o número de dias que o paciente ficou internado após a cirurgia, obtido pelo cálculo da subtração, em dias, entre as datas da alta médica e da cirurgia;
- 2) retorno à sala de cirurgia em sete dias: esta variável foi considerada positiva quando o paciente retornou à sala de cirurgia em até sete dias após o ato cirúrgico para um novo procedimento médico, como forma de tratamento de complicação pós operatória (hematoma, deiscência de ferida cirúrgica ou infecção);
- 3) readmissão em trinta dias: esta variável foi considerada positiva, quando o paciente apresentou nova internação hospitalar, por qualquer causa, em até trinta dias após o ato cirúrgico;

- 4) mortalidade em 30 dias: esta variável foi considerada positiva, caso o paciente apresentasse óbito em até 30 dias após o ato cirúrgico;
- 5) uso de hemoderivados: considerado positivo se no ato cirúrgico ou pós operatório, durante o período de internação o paciente fora submetido ao uso de algum tipo de hemoderivado.
- 6) infecção do sítio cirúrgico: a infecção do sítio cirúrgico foi definida como presença de sinais ou sintomas clínicos de infecção, em até 30 dias após o ato cirúrgico.

Os *benchmarks* estabelecidos são listados na tabela 1. Para o tempo de internação e transfusão de hemoderivados, foi considerado o desempenho negativo quando os dados obtidos fossem maiores que o ponto de corte¹¹. Para retorno à sala cirúrgica, readmissão em trinta dias, mortalidade em trinta dias, infecção de sítio cirúrgico, o desempenho negativo foi definido apenas por sua ocorrência.

De acordo com os critérios estabelecidos por Weber *et al.*¹¹ e Shellenberger *et al.*¹², os procedimentos cirúrgicos foram subdivididos em dois grupos principais:

Grupo A – Baixa Acuidade (*Low Acuity Procedure*, ou procedimentos de baixa acuidade ou PBA): laringoscopia sob anestesia geral, esvaziamento cervical, parotidectomia e tireoidectomia com ou sem esvaziamento cervical, laringectomia endoscópica, linfadenectomia e glossectomia sem reconstrução.

Grupo B – Alta Acuidade (*High Acuity Procedure* ou procedimentos de alta acuidade ou PAA): faringo-laringectomia, mandibulectomia e glossectomia com reconstrução.

Em concordância com Weber *et al.*¹¹ e Shellenberger *et al.*¹², todos os PAAs necessitaram de retalho para reconstrução ou o uso de retalho micro cirúrgico. A laringectomia parcial aberta e a laringectomia total também foram incluídas neste grupo.

Os seguintes critérios de exclusão foram adotados: procedimentos não pertencentes aos grupos A e B foram excluídos desta análise, tratamento radioterápico prévio, história progressiva de tratamento cirúrgico em cabeça e pescoço, doença metastática generalizada, doença recorrente com metástase e a presença de dois tumores sincrônicos¹¹. Os valores de referência dos benchmarks estão apresentados no Quadro 1, sendo que para o atual estudo os pontos de corte utilizados para transfusão de hemoderivados e tempo de internação foram os percentis 75¹¹.

Quadro 1 – Benchmarks de Referência

	PBA	PAA
Tempo de Internação	75% dos pacientes com tempo de internação igual ou menor que três dias	75% dos pacientes com tempo de internação igual ou menor que doze dias
Retorno à Sala de Cirurgia em 7 dias	<2% dos pacientes	<10% dos pacientes
Readmissão em 30 dias	<5% dos pacientes	<13% dos pacientes
Mortalidade em 30 dias	<0,3% dos pacientes	<2% dos pacientes
Transfusão de Hemoderivados	75% dos pacientes receberam menos que uma unidade	75% dos pacientes receberam menos que três unidades
Infecção de Sítio Cirúrgico	98% dos pacientes operados, livres de infecção	98% dos pacientes operados, livres de infecção

Os valores absolutos dos indicadores de desempenho, dos pacientes pertencentes aos grupos A e B, foram comparados por meio do teste de Qui Quadrado para k proporções.

As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto ao seu padrão de distribuições por meio do teste de Lilliefors, bem como a homogeneidade dos dados por meio do teste de Levene. Uma vez que os dados não se encontravam em acordo com os pressupostos dos testes paramétricos, optou-se por realizar a comparação dos grupos por meio do teste U-Mann-Whitney (não-paramétrico).

As análises foram realizadas no programa Statistica 7.0 (Statsoft, 2004), sendo estabelecido em todos os testes estatísticos o nível de significância equivalente a 0,05.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Conselho Nacional de Ética em pesquisa (CONEP), através da Plataforma Brasil em 20/11/2012, sendo aprovado através do parecer n. 153.658 de 28/11/2012.

3.5 RESULTADOS

A população estudada foi constituída por 242 pacientes, submetidos a um ou mais procedimentos cirúrgicos, contabilizando 249 cirurgias, na Unidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital de Base (DF). Permaneceram na amostra em

análise 168 pacientes, sendo excluídos os demais conforme critérios estabelecidos anteriormente.

A idade média desta amostra foi de 50 anos (DP=14 anos), havendo maior frequência de pessoas com mais de 50 anos (fig.1). Cerca de 63,7% dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico apresentavam bócio ou neoplasias de tireoide (fig. 2).

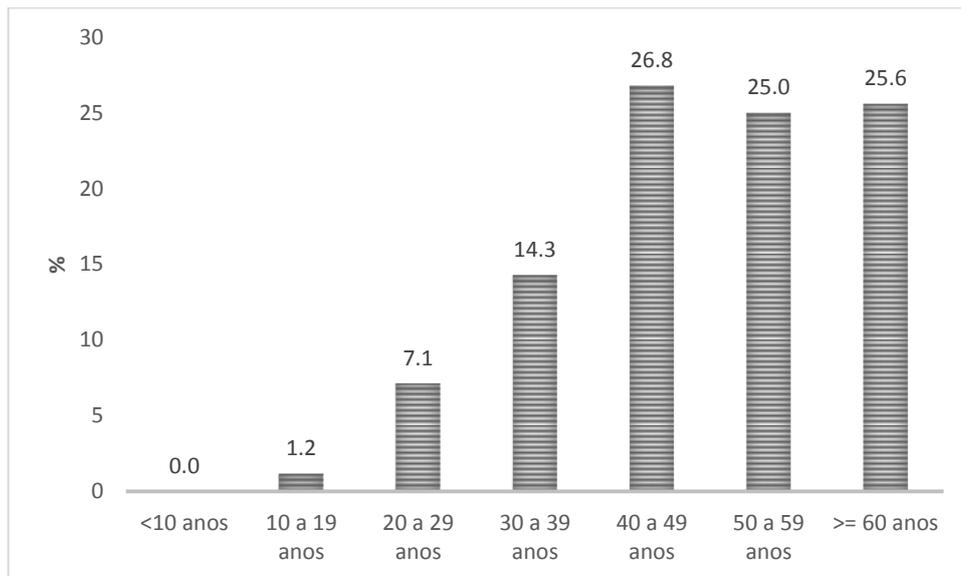


Gráfico 1 – Distribuição Percentual da amostra por decênios

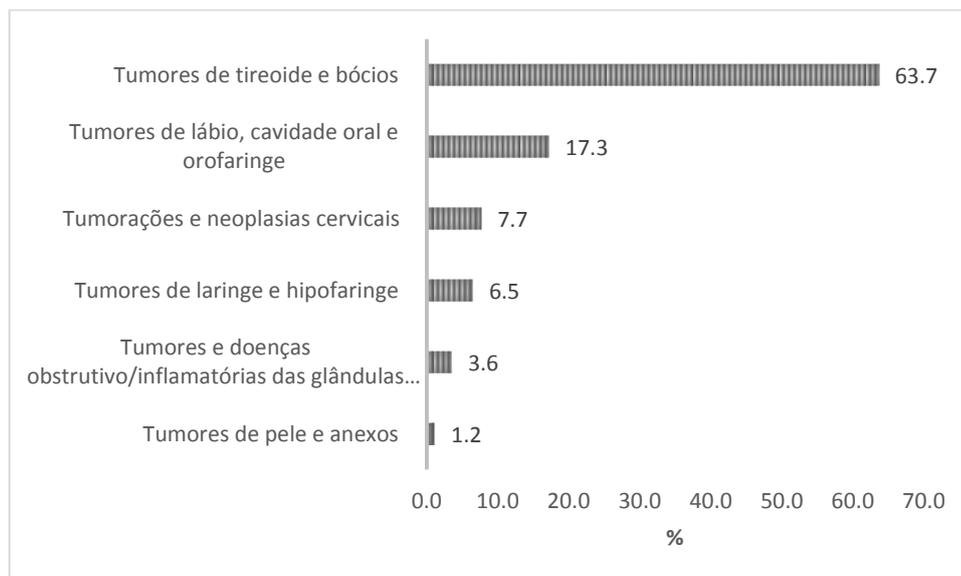


Gráfico 2 – Distribuição percentual das doenças da amostra, conforme grupo de doença

A doença crônica degenerativa mais prevalente nesta população foi a hipertensão e 41,5% apresentava uma comorbidade (fig. 3). Dos 168 pacientes da amostra, 155 (92%) não apresentaram qualquer intercorrência pós-operatória. Apenas 13 pacientes (8%) apresentaram alguma complicação, e 1 (1%) evoluiu com óbito (causa = pneumonia hospitalar com desequilíbrio hidroeletrólítico).

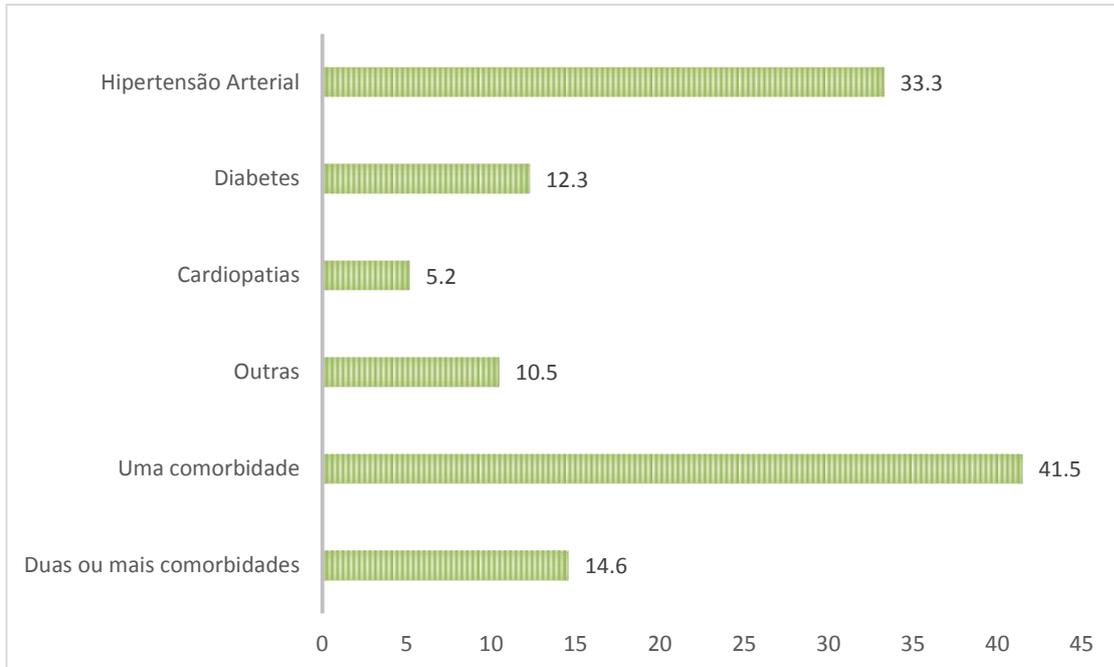


Gráfico 3 – Tipos e número de comorbidades na amostra (prevalência percentual)

As complicações ocorridas no grupo A (n=134 pacientes) foram: hematoma pós extubação (n=1), infecção do trato urinário (n=1), paralisia de prega vocal (n=1), laceração de seio piriforme por acometimento tumoral (n=1), fístula esofagocervical (n=1). As complicações ocorridas no grupo B (n=34 pacientes) foram: deiscência de ferida cirúrgica (n=3), perda do retalho (n=1), pneumonia pós operatória (n=2) e fístula faringocutânea (n=1).

Sobre os indicadores do *benchmarking*, foram observadas os seguintes resultados para os pacientes PBA (grupo A) e PAA (grupo B):

1) Tempo de Internação: os pacientes pertencentes ao grupo com alta acuidade (grupo B) permaneceram significativamente mais tempo internados (Mediana=7; Mínimo=2; Máximo=100 dias) em relação ao grupo com baixa acuidade (grupo A) (Mediana=1; Mínimo=0; Máximo=11 dias) (MW; U=166,5; p=0,0001) (fig. 3).

Realizando a comparação com os *Benchmarks* estabelecidos na literatura, foi possível observar que o número de pacientes do grupo A com tempo de internação menor ou igual a 3 dias foi equivalente a 87%, estando de acordo com os valores de referência. No grupo B, foram observados 76,47% dos pacientes com tempo de internação menor ou igual a 12, também estando de acordo com os valores de referência (tab. 1).

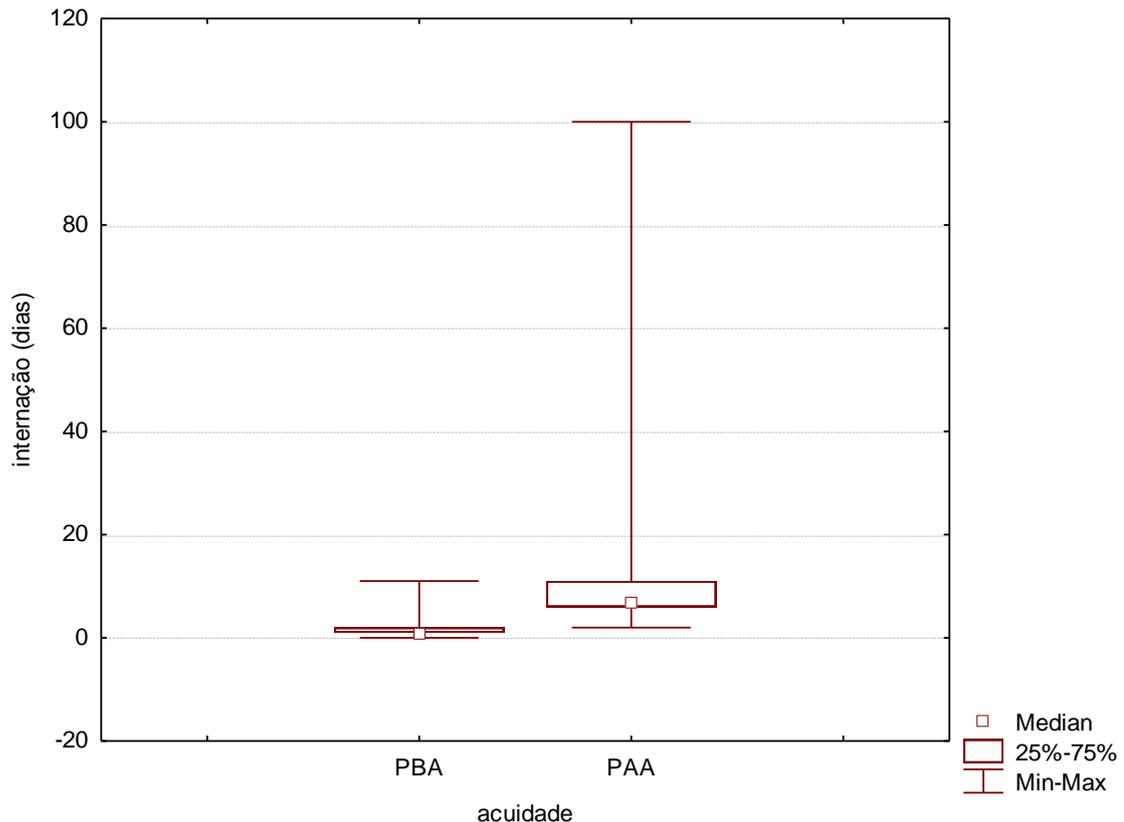


Gráfico 4 – Boxplot do tempo de internação segundo a acuidade cirúrgica.

Tabela 1 – Análise descritiva da variável de desempenho Tempo de internação (em dias), segundo Benchmarks estabelecidos.

	BAIXA ACUIDADE (n=134)			ALTA ACUIDADE (n=34)			p
	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	
Tempo de internação (dias)	0	11	1 ^b	2	77	7 ^a	0,0001*
Benchmark estabelecido	75% dos pacientes com tempo de internação igual ou menor que 3 dias			75% dos pacientes com tempo de internação igual ou menor que 12 dias.			PBA e PAA em acordo com Benchmark
Benchmark atingido	Número pacientes com internação ≤ 3d n=118 (87%)			Número de pacientes com internação ≤ 12 dias n=26 (76,47%)			

* *letras diferentes indicam medidas significativamente diferentes entre os grupos*

2) Retorno à sala de cirurgia em sete dias: a maioria dos pacientes, em ambos os grupos, não necessitou de retornar à sala de cirurgia em ambos os grupos, não havendo diferença estatística entre os grupos A e B ($\chi^2=0,0$; $p=0,99$).

Ao comparar com os valores de referência de *Benchmarks*, foi possível observar que o número de pacientes do grupo A que foram reoperados em um período de 7 dias foi equivalente a 3%, estando acima dos valores estabelecidos na referência (<2%). No grupo B, foram observados 2,9% dos pacientes reoperados em 7 dias, estando de acordo com os valores de referência (<10%) (tab. 2).

Tabela 2 – Análise descritiva da variável de desempenho Reoperação em 7 dias, segundo Benchmarks estabelecidos.

	BAIXA ACUIDADE (n=134)			ALTA ACUIDADE (n=34)			p
	SIM	NÃO	NC*	SIM	NÃO	NC*	
Reoperação em 7 dias	4 (2,9%)	129 (96,3%)	1 (0,8%)	1 (2,9%)	33 (97,1%)	0 (0%)	0,989
Benchmark estabelecido	<2% dos pacientes			<10% dos pacientes			PBA em desacordo com o Benchmark
Benchmark não atingido	Número de pacientes reoperados em 7 dias			Número de pacientes reoperados em 7 dias			
	n=4 (3%)			n=1 (2,9%)			

* NC – não classificável

3) Readmissão em 30 dias: os pacientes submetidos à procedimento de alta acuidade (PAA) apresentaram maior frequência relativa de readmissões do que o grupo PBA ($\chi^2=5,05$; $p=0,025$) (tab. 3).

Foi possível observar que o número de pacientes do grupo A que foram readmitidos em um prazo de 30 dias foi equivalente a 1,49%, estando de acordo com os valores de referência (<5%). No grupo B, foram observados 8,82% readmitidos, também de acordo com os valores de referência (<13%) (tab. 3).

Tabela 3 – Análise descritiva da variável de desempenho Readmissão em 30 dias, segundo Benchmarks estabelecidos.

	BAIXA ACUIDADE (n=134)			ALTA ACUIDADE (n=34)			p
	SIM	NÃO	NC	SIM	NÃO	NC	
Readmissão em 30 dias	2 ^b (1,5%)	131 (97,8%)	1 (0,7%)	3 ^a (8,8%)	31 (91,2%)	0 (0%)	0,025*
Benchmark estabelecido	<5% dos pacientes			<13% dos pacientes			PBA e PAA em acordo com Benchmark
Benchmark atingido	Número de pacientes readmitidos em 30 dias n=2 (1,49%)			Número de pacientes readmitidos em 30 dias n=3 (8,82%)			

* letras diferentes indicam proporções significativamente diferentes entre os grupos

4) Mortalidade no período de 30 dias: um paciente do grupo B apresentou óbito pós operatório, enquanto no grupo A não houve nenhum óbito. A comparabilidade entre as proporções de óbitos, revelou diferença estatística significativa entre os dois grupos ($\chi^2=3,965$; $p=0,046$).

Não houve óbitos de pacientes do grupo A, estando de acordo com os valores de referência (<0,3%). No grupo B, foram observados 2,9% de óbitos, estando acima dos valores de referência (<2%) (tab. 4).

Tabela 4 – Análise descritiva da variável de desempenho Óbitos em 30 dias, segundo Benchmarks estabelecidos.

	BAIXA ACUIDADE (n=134)			ALTA ACUIDADE (n=34)			p
	SIM	NÃO	NC	SIM	NÃO	NC	
Óbito em 30 dias	0 ^b (0%)	130 (97,0%)	4 (3,0%)	1 ^a (2,9%)	33 (97%)	0 (0%)	0,046*
Benchmark estabelecido	<0,3% dos pacientes			<2% dos pacientes			PAA em desacordo com o Benchmark
Benchmark atingido	Número de paciente que morreu em 30 dias n=0 (0%)			Número de paciente que morreu em 30 dias n=1 (2,9%)			

* letras diferentes indicam proporções significativamente diferentes entre os grupos

5) Transfusão de hemoderivados: os pacientes do grupo B foram transfundidos significativamente com maior frequência que os do grupo A ($\chi^2=27,764$; $p<0,0001$). As frequências de pacientes transfundidos nos grupos A e B estavam em acordo com os valores estabelecidos pelo *Benchmark* (tab. 5).

Tabela 5 – Análise descritiva da variável de desempenho Transfusão de Hemoderivados, segundo Benchmarks estabelecidos.

	BAIXA ACUIDADE (n=134)			ALTA ACUIDADE (n=34)			p
	SIM	NÃO	NC	SIM	NÃO	NC	
Transfusão de hemoderivados	1 ^b (0,8%)	133 (98,5%)	1 (0,8%)	8 ^a (23,5%)	26 (76,5%)	0 (0%)	< 0,0001*
Benchmark estabelecido	75% dos pacientes receberam <1 unidade			75% dos pacientes receberam <3 unidades			PBA e PAA em acordo com Benchmark
Benchmark atingido	Número de pacientes não transfundidos n=133 (98,52%)			Número de pacientes que recebeu < 3 Unidades n=30 (88,24%)			

* letras diferentes indicam proporções significativamente diferentes entre os grupos

6) Infecção do sítio cirúrgico: houve significativamente maior proporção de pacientes com infecção no grupo B quando comparada ao grupo A ($\chi^2=15,345$; $p<0,0001$).

Realizando a comparação com os *Benchmarks* estabelecidos na literatura, foi possível observar que a frequência de pacientes do grupo A que não apresentaram infecção no sítio cirúrgico foi equivalente a 98,5%, estando de acordo com os valores de referência. No grupo B, foram observados 85,29% dos pacientes que não apresentaram infecção, não estando em acordo com os valores de referência (tab. 6).

Tabela 6 – Análise descritiva da variável de desempenho Infecção do sítio cirúrgico, segundo Benchmarks estabelecidos.

	BAIXA ACUIDADE (n=134)			ALTA ACUIDADE (n=34)			p
	SIM	NÃO	NC	SIM	NÃO	NC	
Infecção do sítio cirúrgico	1 ^b (0,8%)	132 (98,5%)	1 (0,8%)	5 ^a (14,7%)	29 (85,3%)	0 (0%)	< 0,0001*
Benchmark estabelecido	98% dos pacientes operados livres de infecção			98% dos pacientes livres de infecção			PAA em desacordo com o Benchmark
Benchmark atingido	Número de pacientes livres de infecção n=132 (98,5%)			Número de pacientes livres de infecção n=29 (85,29%)			

* letras diferentes indicam proporções significativamente diferentes entre os grupos

3.6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram a aplicabilidade dos indicadores de qualidade cirúrgica na avaliação de desempenho dos procedimentos cirúrgicos, realizados na Unidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital de Base (HBDF).

Os parâmetros de qualidade estabelecidos por Weber *et al.*¹¹ foram obtidos a partir da análise de pacientes tratados no *MD Anderson Cancer Center*, considerado um serviço de referência na especialidade, o que torna os critérios de boas práticas no exercício da especialidade um padrão de referência a ser seguido.

A análise da qualidade dos procedimentos cirúrgicos de pacientes operados na Unidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HBDF, observamos que: para procedimentos de baixa acuidade, dos seis *benchmarks* publicados, cinco foram atingidos; para procedimentos de alta acuidade, dos seis *benchmarks* publicados, quatro foram atingidos. Esse resultado nos permite afirmar que são altos os padrões de qualidade exercidos pelos profissionais da referida unidade, naquele período, segundo critérios de Weber *et al.*¹¹ e Shelleberger *et al.*¹².

No grupo A, o retorno à sala de cirurgia ocorreu em 4 pacientes. Este foi um dos indicadores de desempenho negativo. A causa desta ocorrência foi sangramento pós operatório. Esta complicação pode ser evitada pelo cirurgião, contudo, fatores inerentes à própria doença e ao paciente aumentam o risco de sua ocorrência^{14,15}. Nos pacientes deste grupo, um paciente apresentou falha à extubação (necessidade de traqueostomia) e dois foram submetidos à cirurgia extensa com esvaziamento cervical póstero-lateral.

Pacientes do grupo B, apresentaram maior taxa de infecção do sítio cirúrgico em relação ao grupo A, considerado um fator negativo de desempenho neste grupo de pacientes. Em 1979, constatou-se que o uso de cefazolina no ato da indução anestésica fez com que as taxas de infecção em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço caíssem de 87% para 38%¹⁶. Os benefícios do uso de antibióticos são inquestionáveis¹⁷. Contudo, inúmeros são os fatores de risco para o desenvolvimento de infecção no pós operatório de procedimentos oncológicos em cirurgia de cabeça e pescoço: inerentes ao paciente (tabagismo, etilismo, má saúde bucal, desnutrição e hipoalbuminemia), ao tumor (estádios III e IV, neoplasias malignas de laringe e faringe), ao tratamento prévio (traqueostomia prévia, radioterapia, quimioterapia, hospitalização previa com mudança da flora bacteriana),

ao ato operatório (cirurgias com uso de retalhos, técnica cirúrgica) e pós operatórias (fístulas por deiscência de suturas mucosas, déficit cicatricial)¹⁷.

Estes fatores de risco, em parte não caracterizados nesta pesquisa, podem ter influenciado neste resultado. O quadro infeccioso em nosso estudo influenciou no tempo de internação. A investigação deste fatores deve ser considerada e a abordagem dos pacientes do grupo B merece revisão, quanto aos protocolos de cuidados pré operatórios e mesmo antibiótico-profilaxia cirúrgica. O objetivo é reduzir este tipo de complicação, para melhor adequação a parâmetros de qualidade.

As complicações pós operatórias apresentam diferentes impactos aos doentes. A paralisia de prega vocal e deiscência de ferida cirúrgica, ocorridas nos pacientes nos pacientes do grupo A não promoveram alteração em nenhum dos parâmetros analisados. As demais complicações (infecção da ferida cirúrgica, pneumonia, fístula faringo ou esôfago cutânea) promoveram alteração em pelo menos dois critérios (tempo de internação em todos os pacientes; infecção em 4 pacientes; transfusão em 2 pacientes; re-internação em 30 dias em um pacientes e óbito em um paciente).

Um aumento do tempo de internação ou a readmissão em trinta dias é ocasionado por dificuldades na cicatrização ou retardo na recuperação funcional¹⁸. Contudo, estes parâmetros tendem a ser mais comuns nos procedimentos de alta acuidade por serem influenciados por outros fatores que não exclusivamente do ato cirúrgico, como comorbidades associadas, cuidados e suporte familiar após a alta. Em nosso caso, observamos apenas o maior tempo de internação para o grupo B, sem diferença em readmissão em trinta dias, para os dois grupos, o que difere do achado de Shellenberger et al¹².

A avaliação precisa dos indicadores de qualidade é ameaçada por uma série de fatores como disponibilidade de prontuários para coleta de informações, natureza retrospectiva de coleta de dados, da documentação incompleta e anotações médicas em diferentes formulários do próprio prontuário. Neste sentido, a elaboração de formulário para coleta de informações alvo ou o estabelecimento de programa (software) específico com alimentação de dados em tempo real pode facilitar a coleta e análise de dados para revisão periódica das condutas e mesmo dos protocolos de tratamento adotados. Como os indicadores mostraram-se válidos,

o desafio consiste no meio de coletar e analisar mais facilmente estes dados bem como sua incorporação como conceitos, em programas de qualidade.

A falta de atendimento aos indicadores surgem como consequência de complicações pós operatórias, deterioração clínica, emergência cirúrgica e à incapacidade do doente em prover os cuidados necessários para manutenção de seu estado de saúde. Estes indicadores são medidas quantificáveis que refletem fatores de sucesso de uma intervenção cirúrgica, contudo podem sofrer influência direta de fatores do sistema, condições sócio econômicas e da condição de saúde do próprio doente. Sua monitorização serve de alerta para identificação de eventos adversos e proposição ou otimização de protocolos assistenciais.

A análise destes indicadores se limita a uma etapa do tratamento. Os bons resultados quanto a estes indicadores não guardam relação direta com outros critérios de avaliação de qualidade, muitas vezes importantes na visão dos pacientes, como satisfação com o tratamento, qualidade de vida e tempo de vida livre de doença, que estão fora do escopo desse estudo¹⁰.

3.7 CONCLUSÃO

O presente estudo investigou a aplicabilidade de indicadores de qualidade cirúrgicos na avaliação do desempenho dos procedimentos cirúrgicos realizados por médicos especialistas da Unidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital de Base (DF), indicando critérios de qualidade na assistência cirúrgica oferecida.

As principais complicações pós operatórias observadas foram infecção de sítio cirúrgico, pneumonia, fístula faringo e esôfagocutânea, ocorreram nos pacientes com alta acuidade.

A necessidade de incorporação de indicadores na avaliação de desempenho, apesar de não ser prática comum, pode fornecer informações importantes à gestão, como forma de identificação de eventos adversos e como substrato para proposta de mudanças no modelo assistencial vigente.

3.8 REFERÊNCIAS

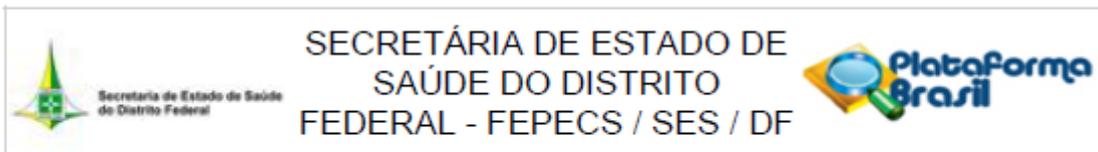
1. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2000: Características

- Gerais da População, Resultados da Amostra. Rio de Janeiro:IBGE;2000, 178 p. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabela_brasil.shtm
2. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2010: Características da População e dos Domicílios, Resultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2011, 270 p. Disponível em:
<http://biblioteca.ibge.gov.br/detalhes.php?id=793>
 3. Taxa de Incidência de Neoplasias Malignas por 100.000 habitantes por localização, Segundo Região e UF. Estimativas para 2005,2006,2007,2008, 2009,2010,2011,2012. Disponível em
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/d05.htm>
 4. Kim K, Amonkar MM, Högberg D, Kasteng F. Economic burden of resected squamous cell carcinoma of the head and neck in an incident cohort of patients in the UK. *Head Neck Oncol.* 2011 Oct 28;3:47.
 5. Amonkar MM, Chastek B, Samant N, Teitelbaum A. Economic burden of resected squamous cell carcinoma of the head and neck in a US managed-care population. *J Med Econ.* 2011;14(4):421-32.
 6. Clayburgh DR1, Stott W, Cordiero T, Park R, Detwiller K, Buniel M, Flint P, Schindler J, Andersen P, Wax MK, Gross N. Prospective study of venous thromboembolism in patients with head and neck cancer after surgery. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013 Nov;139(11):1143-50
 7. Harréus U. Surgical errors and risks - the head and neck cancer patient. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2013 Dec 13;12:Doc04.
 8. Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-Century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
 9. Donabedian A. Quality of care: problems of measurement. II. Some issues in evaluating the quality of nursing care. *Am. J. Public Health Nations Health* 1969, 59(10): 1833-1836
 10. Lewis CM, Weber RS, Hanna EY. Quality of care in head and neck cancer. *Curr Oncol Rep.* 2011 Apr;13(2):120-5.
 11. Weber RS, Lewis CM, Eastman SD, et al. Quality and performance indicators in an academic department of head and neck surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;136(12):1212-1218.

12. Shellenberger TD, Madero-Visbal R, Weber RS. Quality indicators in head and neck operations: a comparison with published benchmarks. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011 Nov;137(11):1086-93.
13. Sobin LH, Witteking Ch. *TNM Classificação de Tumores Malignos.* Eisenberg ALA, tradutora. 6 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004. 254 p.
14. Cernea CR, Brandão LG, Hojaij FC, De Carlucci D, Montenegro FL, Plopper C, et. Al. How to minimize complications in thyroid surgery? *Auris Nasus Larynx.* 2010 Feb;37(1):1-5.
15. Cavallone LF, Vannucci A. Extubation of the difficult airway and extubation failure. *Anesth Analg.* 2013 Feb;116(2):368-83.
16. Becker GD, Parell GJ. Cefazolin prophylaxis in head and neck cancer surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1979 Mar-Apr;88(2 Pt 1):183-6.
17. Simo R, French G. The use of prophylactic antibiotics in head and neck oncological surgery. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006 Apr;14(2):55-61.
18. Clark JR, McCluskey SA, Hall F, et al. Predictors of morbidity following free flap reconstruction for cancer of the head and neck. *Head Neck.* 2007; 29(12):1090- 1101.

ANEXOS

Anexo 1 – Documento de Aprovação pelo Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Demanda e Indicadores de Qualidade Cirúrgicos em Idosos com Neoplasias de Cabeça e Pescoço: Dados de um Hospital Terciário

Pesquisador: Emandes Kaoru Nakamura

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09717012.7.0000.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 153.658

Data da Relatoria: 28/11/2012

Apresentação do Projeto:

Com o envelhecimento populacional e o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis na população, a assistência ao portador de câncer constitui um dos principais desafios de oferta de tratamento a ser realizado pelo SUS no cenário atual. Dentre os diferentes tipos de câncer se encontram as neoplasias malignas de cabeça e pescoço, cujo perfil sócio sanitário preponderante (baixo nível sócio econômico, consumo de álcool/tabaco e idade a partir da quinta década de vida) é característico dos usuários deste sistema. Este estudo, constituído por duas etapas, tem por objetivo avaliar as características e necessidades na assistência de cirurgia de cabeça e pescoço de um Hospital Terciário.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer a demanda de procedimentos cirúrgicos e avaliar, por meio de Indicadores de Desempenho Cirúrgicos em Cabeça e Pescoço a assistência na especialidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço de um Hospital Terciário.

Objetivo Secundário:

-Conhecer a demanda de procedimentos cirúrgicos na Unidade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital de Base do Distrito Federal (U.C.C.P.- H.B.D.F.), suas características e as características desta população.

-Conhecer a demanda por procedimentos de alta e média complexidade.

-Conhecer o percentual de adultos e idosos desta população. Conhecer o tempo entre a data da indicação cirúrgica e o tratamento.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

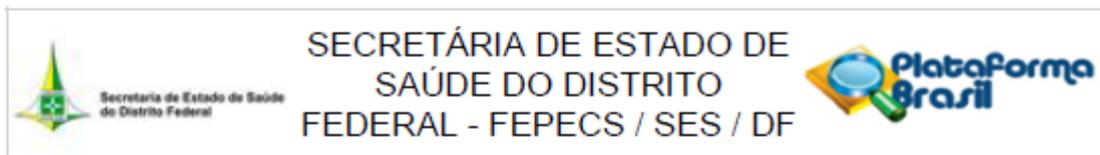
UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br



- Conhecer as principais patologias cirúrgicas desta unidade e quais são priorizadas (pacientes que são operados).
- Conhecer a demanda reprimida e as características destes procedimentos, bem como desta população.
- Avaliar a qualidade da assistência cirúrgica mediante a o estudo e comparação com Indicadores de desempenho cirúrgico já estabelecidos na literatura (Benchmarking).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Trata-se de estudo retrospectivo observacional com levantamento de dados de formulários ou prontuários, onde estes serão mantidos em sigilo, não havendo riscos ou prejuízo aos pacientes.

Benefícios:

O estudo, através da descrição de tipos de procedimentos e as características da população - total e idosos- que demanda por cirurgia na especialidade bem como os índices de desempenho cirúrgico comparados à benchmarks estabelecidos, permitirá estabelecer dados para assistência na especialidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

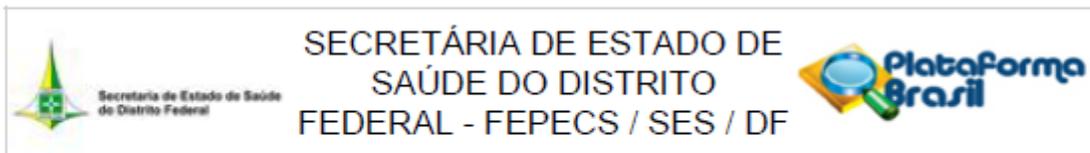
A população de estudo será constituída por pacientes que demandaram por cirurgia na especialidade de CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO, no

Hospital de Base- D.F., no período de maio de 2011 à maio de 2012. Será realizado em duas etapas simultâneas:

Etapa 1- estudo descritivo, retrospectivo, do Perfil Sócio-Demográfico da citada população. As variáveis analisadas serão: Gênero, idade, patologia(classificada conforme CID-10), presença ou ausência de linfonomegalias, comorbidades auto-referidas, cirurgia indicada(tabela SIGTAP), necessidade de cuidados especiais ou recuperação pós operatória em UTI, necessidade de parecer cardiológico.

Etapa 2 - estudo descritivo, retrospectivo analítico. A população desta segunda etapa será constituída pelos pacientes operados na especialidade de CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO, do Hospital de Base D.F.. Conforme o tipo de procedimento cirurgico realizado, os pacientes serão divididos em dois subgrupos: pacientes com PBA(procedimento de baixa acuidade) e PAA(procedimento de alta acuidade), conforme Weber(2010) e Shellenberger(2011). As variáveis analisadas nestes dois subgrupos serão:tempo de internação, retorno à sala de cirurgia em sete dias, readmissão em 30 dias, mortalidade em 30 dias, transfusão de hemoderivados e infecção de sítio cirúrgico. Após a coleta dos dados, estes serão contabilizados para comparadção com os Benchmarks estabelecidos.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepeesdf@saude.df.gov.br



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentadas

Recomendações:

Sugerimos rever objetivos específicos e tipo de estudo. A linguagem do projeto deverá ser científica. Rever a necessidade de 2 etapas, se tratando de estudo de revisão de prontuário.

Alterar cronograma de coleta de dados-O projeto só poderá iniciar mediante aprovação do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 26 de Novembro de 2012

Assinador por:
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
(Coordenador)

APÊNDICE

Apêndice 1 – Formulário de Cadastro de Pacientes Cirúrgicos

Apêndice 1:

FORMULÁRIO DE CADASTRO DE PACIENTES CIRÚRGICO

Dados do Paciente e Responsável Legal

Nome: _____ Dt. Nasc. ___/___/___

Número do Cartão _____ Doc. De Identidade _____

Endereço _____ Cidade _____ UF _____

Nome do Responsável _____ Tel. : _____/_____

Dados Médicos:

Data da Indicação Cirúrgica: ___/___/___

Doença: _____ CID – 10 - _____

Estadio: T _____ N _____ M _____ Cirurgia Prevista: _____

Tireoidectomia por Bócio: Dispneia () sim () não _____	Linfonodomegalias () sim () não PAAF: _____
Parotidectomia () sim () não Tempo de Doença: _____ Paralisia Facial () sim () não. Dores () sim () não Hipoestesia () sim () não Suspeita de Malignidade () sim () não	Uso de Material Especial(OPME)? () sim () não Quais _____
Intolerância à Glicose: () sim () não Diabete: () sim () não Uso de Insulina () sim () não Medicações: _____	Hipertensão: () sim () não Medicações: _____ Cardiopatia() sim () não Tipo: _____ Medicações: _____
Necessidade de UTI: () sim () não Cuidados especiais: () sim () não Quais: _____	Tipo de Anestesia: () local exclusiva () Local e Sedação () Geral
Risco Cirúrgico () sim () não () desnecessário. Data do parecer cardiológico: ___/___/___ Equipe Cirúrgica: I () 01 ESP. /Instrumentador II () 01 ESP. /01 residente/Instrumentador III () 02 ESPs./01 residente/Instrumentador IV () II + outra equipe(_____) V () III + outra equipe(_____)	Intubação: () oral () nasal () guiado por broncoscopia ESP- médico especialista.