

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 30/09/2025 | Edição: 186 | Seção: 1 | Página: 254

Órgão: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar

RESOLUÇÃO NORMATIVA ANS Nº 644, DE 28 DE AGOSTO DE 2025

Altera a Resolução Normativa - RN nº 506, de 30 de março de 2022, que institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso da competência que lhe confere o inciso II, do art. 10, da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; o inciso III, art. 9º, do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000; e o inciso III, do art. 24 da Resolução Regimental - RR nº 21, de 26 de janeiro de 2022, em reunião realizada em 25 de Agosto de 2025, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

Art. 1º A presente Resolução altera a Resolução Normativa - RN nº 506, de 30 de março de 2022, que institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

Art. 2º O art. 27 da Resolução Normativa - RN nº 506, de 2022, passa a vigorar acrescido do seguinte dispositivo:

"Art. 27.

.....

II - Anexo II - Manual de Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP-Parto Adequado);

III - Anexo III - Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (CBP-OncoRede)". (NR)

Art. 3º Esta Resolução Normativa entra em vigor em XX de XXXXX de XXXXX.

WADIH NEMER DAMOUS FILHO

Diretor-Presidente

ANEXO I À Minuta de Norma

ANEXO III

Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica - OncoRede

Certificação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde

Lista de SIGLAS:

AD- Atenção Domiciliar

AAFP- American Academy of Family Physicians

ACG- American College of Gastroenterology

ACOG- American College of Obstetricians and Gynecologists

ACR- .American College of Radiology

ACS- American Cancer Society

AUA- American Urological Association

ANS- . Agência Nacional de Saúde Suplementar

APS- Atenção Primária à Saúde

CNPJ- Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica



CPPC- Câncer de pulmão de pequenas células

CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CBR-DI - Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem

CABSI-Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa

CCIH- Comissão de Controle de Infecções Hospitalares

CDC- Centers for Disease Control and Prevention

CFF- Conselho Federal de Farmácia

CFM- Conselho Federal de Medicina)

CRM- Conselho Regional de Medicina

CNS- Conferências Nacionais de Saúde

CNEN- Comissão Nacional de Energia Nuclear

CNS- Conferência Nacional de Saúde

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CRP- Comissão de Revisão de Prontuários

CRTR- Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

DAV- Diretiva Antecipada de Vontade

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DNA- Ácido Desoxirribonucleico

EAS- Entidades Acreditoras em Saúde

EAU- Associação Europeia de Urologia

EFS- Edmonton Frail Scale

FEBRASGO- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

HPAs- hidrocarbonetos policíclicos aromáticos

HPV- Papilomavírus Humano

INCA - Instituto Nacional de Câncer

IQEHC- Institute for Quality and Efficiency in Health Care

IVCF- Índice de vulnerabilidade clínico- funcional

KPS- Karnofsky Performance Status

LC- Linhas de Cuidado

LGPD- Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

MCTI- Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI)

MEC- Ministério da Educação

MS- Ministério da Saúde

NLSTRT- National Lung Screening Trial Research Team

MTCI- Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas

NCI- National Cancer Institute

NCCN- National Comprehensive Cancer Network

NHS- Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido

NICE- National Institute for Health and Care Excellence

NOTIVISA- Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária



NSP- Núcleo de Segurança do Paciente

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PADI- Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem

PCBP- Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde

PCIH- Programa de Controle de Infecções Hospitalares

PEP- Prontuário Eletrônico do Paciente

PGRSS- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

PNCP- Política Nacional de Cuidados Paliativos

PNH- Política Nacional de Humanização

PNI- Programa Nacional de Imunizações

PNPIC- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PPS- Palliative Performance Scale

PQO- Programa de Qualificação de Operadoras

PACQ-SBP- Programa de Acreditação e Controle da Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia

PROADESS- Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde

PROMOPREV- Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças

PSA- Antígeno prostático específico

PSP- Plano de Segurança do Paciente

PVC- Policloreto de vinilo

RES- Registro Eletrônico de Saúde

RN- Resolução Normativa

RAD- Rede de Atenção à Saúde

SAC- Serviço de Atendimento ao Cliente

SAD- Serviços de Atenção Domiciliar

SAP- Serviço de Atenção Primária à Saúde

SBOC- Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica

SIB- Sistema de Informação de Beneficiários

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAM - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

STA- Serviços de Terapia Antineoplásica

SUS- Sistema Único de Saúde

S-RES - Sistema de Registro Eletrônico de Saúde

SBM- Sociedade Brasileira de Mastologia

TA- Terapia Antineoplásica

TC- Tomografia computadorizada

TCBD- Tomografia computadorizada de baixa dosagem

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TICs- Terapias Tradicionais, Integrativas e Complementares

UF- Unidade da Federação



UPP- úlceras por pressão

USPSTF- U.S. Preventive Services Task Force

WHO- World Health Organization

O sistema de saúde brasileiro enfrenta desafios significativos, entre os quais se destaca o crescimento contínuo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Paralelamente, persistem elevadas taxas de mortalidade decorrentes de acidentes de trânsito, violência e doenças infecto parasitárias, configurando um cenário epidemiológico caracterizado pela tripla carga de doenças - fenômeno igualmente observado no setor de saúde suplementar (Martins et al., 2021).

Além desses fatores, a saúde suplementar no Brasil necessita de uma reestruturação no modelo de prestação de serviços. Historicamente, sua organização tem sido marcada pela fragmentação do cuidado e pela escassa articulação entre os diferentes níveis de atenção. Predomina um modelo centrado em hospitais e especialidades médicas, com foco em intervenções curativas e no uso de tecnologias de alta complexidade (Mendes, 2011).

Diante desse contexto, destaca-se a necessidade de promover uma transição do atual paradigma assistencial vigente, centrado na cura, para um modelo voltado ao cuidado contínuo. A literatura especializada indica que a Atenção Primária à Saúde (APS), quando bem estruturada e resolutive, é mais eficiente e apresenta melhores desfechos em saúde. A APS deve assumir o papel de principal porta de entrada no sistema de saúde, sendo organizada com base nos atributos essenciais, os quais serão descritos a seguir (Mendes, 2011, 2012; Starfield, 2002).

▣ Acesso: refere-se ao primeiro contato do paciente no sistema;

▣ Longitudinalidade do cuidado: refere-se ao acompanhamento contínuo do paciente ao longo da vida, assegurando atenção à saúde constante e integrada. Esse atributo visa garantir que o cuidado seja contínuo e possibilita que as necessidades de saúde do indivíduo sejam monitoradas de maneira sistemática, facilitando a detecção precoce de problemas e a continuidade do cuidado.

▣ Alta coordenação do cuidado: refere-se à articulação realizada pelo Serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) com os diversos serviços em todos os níveis de atenção à saúde, de modo que, independentemente do local onde os cuidados sejam prestados, eles estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum; e

▣ Integralidade do cuidado: refere-se à capacidade de atender às diversas e mais frequentes demandas de saúde da população, proporcionando uma atenção abrangente que considere todas as necessidades do indivíduo, abordando tanto os aspectos físicos quanto os emocionais e sociais da saúde.

Os atributos essenciais da APS são fundamentais para que a rede de atenção, organizada e estruturada com base nos cuidados primários, funcione de forma integrada. A APS, na função de coordenadora do cuidado, deve atuar em rede com os demais níveis de atenção para responder adequadamente às novas características demográficas da população - com o crescente envelhecimento - e às transformações no perfil epidemiológico, marcadas pelo aumento exponencial das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (OPAS, 2014; Mendes, 2011, 2012; Starfield, 2002).

Assim, uma APS bem estruturada deve ser capaz de responder por aproximadamente 80% das necessidades de saúde da população. Isso se torna viável por meio de um conjunto abrangente de ações, que incluem: promoção e proteção da saúde; prevenção de doenças e agravos; rastreamento; diagnóstico; tratamento; reabilitação; e manutenção da saúde (Mendes, 2011; Starfield, 2002).

Com base nesse entendimento, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) instituiu, em dezembro de 2018, o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde (PCBP), com o objetivo de qualificar a atenção à saúde no setor suplementar. O programa, atualmente regulamentado pela Resolução Normativa nº 506/2022 (ANS, 2022), com alterações introduzidas pela RN nº 572/2023 (ANS, 2023a), é de adesão voluntária e estabelece padrões de qualidade a serem seguidos pelas operadoras de planos de saúde, abrangendo áreas de atenção ou linhas de cuidado específicas.

O PCBP tem como objetivo induzir a adoção de fluxos assistenciais baseados em evidências e nas melhores práticas em saúde, contribuindo para a qualificação do cuidado prestado no âmbito da saúde suplementar.



O Programa tem como objetivos:

- ▣ Melhorar o acesso à rede prestadora de serviços de saúde;
- ▣ Qualificar a atenção à saúde, elevando seus padrões de qualidade; e,
- ▣ Aperfeiçoar a experiência dos beneficiários nas áreas contempladas.

As operadoras que adotam os padrões estabelecidos obtêm um certificado de qualidade, o que contribui para a melhoria do seu desempenho e, agrega um diferencial reputacional no mercado.

A avaliação das operadoras quanto à conformidade com os padrões estabelecidos é realizada por Entidades Acreditoras em Saúde (EAS) por meio de auditorias presenciais. Para atuarem no Programa, as EAS devem obter reconhecimento de competência emitido pela International Society for Quality in Health Care - ISQua ou Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial - Inmetro, além de serem homologadas pela ANS.

A primeira área de atenção abordada pelo PCBP foi a atenção primária à saúde com o objetivo de enfrentar o desafio de reorganizar o modelo de atenção à saúde no setor suplementar. Nesse contexto, foi lançado, em dezembro de 2018, o Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde que deu origem a primeira certificação do programa.

Em 2023, foi implementada a segunda certificação, inspirada no Projeto Parto Adequado, em desenvolvimento desde 2015, com a publicação do Manual de Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP Parto Adequado).

A terceira certificação, aqui apresentada, foi concebida com base nas características demográficas e epidemiológicas do setor, que evidenciam a relevância da atenção oncológica para os beneficiários de planos de saúde. Sua formulação foi orientada pelas experiências do Projeto OncoRede, pelas discussões com grupos de especialistas e pela literatura científica especializada.

O Projeto OncoRede foi implementado pela ANS entre 2017 e 2018, com o objetivo de implantar um novo modelo de cuidado para pacientes oncológicos beneficiários de planos privados de assistência à saúde por meio do desenvolvimento de projetos-piloto. A experiência envolveu 21 (vinte e uma) operadoras de planos de saúde e 20 (vinte) prestadores de serviços de saúde na área de oncologia. Os materiais e resultados do Projeto OncoRede encontram-se disponíveis nos links: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/projeto-oncorede-1>; <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/projeto-oncorede-1/grupo-tecnico-de-oncologia-oncorede>



A partir de 2019, com base nos dados demográficos e epidemiológicos da saúde suplementar e na experiência do Projeto OncoRede, a ANS constituiu grupos técnicos com o objetivo de definir padrões de qualidade para a área de atenção oncológica, a serem adotados pelas operadoras de planos de saúde.

Assim, a terceira certificação do PCBP, aqui apresentada, tem como foco a qualificação da atenção oncológica no âmbito da saúde suplementar.

CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O câncer, também denominado neoplasia maligna, corresponde a um conjunto de mais de 100 (cem) doenças caracterizadas pelo crescimento descontrolado e anormal de células. Essas células apresentam alta taxa de multiplicação e podem invadir tecidos adjacentes ou se disseminar para órgãos distantes, em um processo denominado metástase. A origem desse comportamento está em mutações genéticas que alteram as instruções que regulam as funções celulares. Trata-se de uma condição complexa, que exige abordagem multiprofissional e cuidados contínuos ao longo do tempo (INCA, 2022).

Devido às suas características, o câncer é classificado como uma DCNT e, como já mencionado, a prevalência dessas condições tem aumentado progressivamente no Brasil nas últimas décadas, em função da rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional (OPAS, 2020a).

As DCNT, incluindo o câncer, representam atualmente a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Esse grupo de condições impacta diretamente os sistemas de saúde, sendo responsável por elevados índices de incapacidades, internações recorrentes e mortes prematuras. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um número relativamente pequeno de fatores de risco -

como tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo e consumo excessivo de álcool - explica a maior parte das mortes por DCNT, além de contribuir significativamente para a carga global de doenças (OPAS, 2020a).

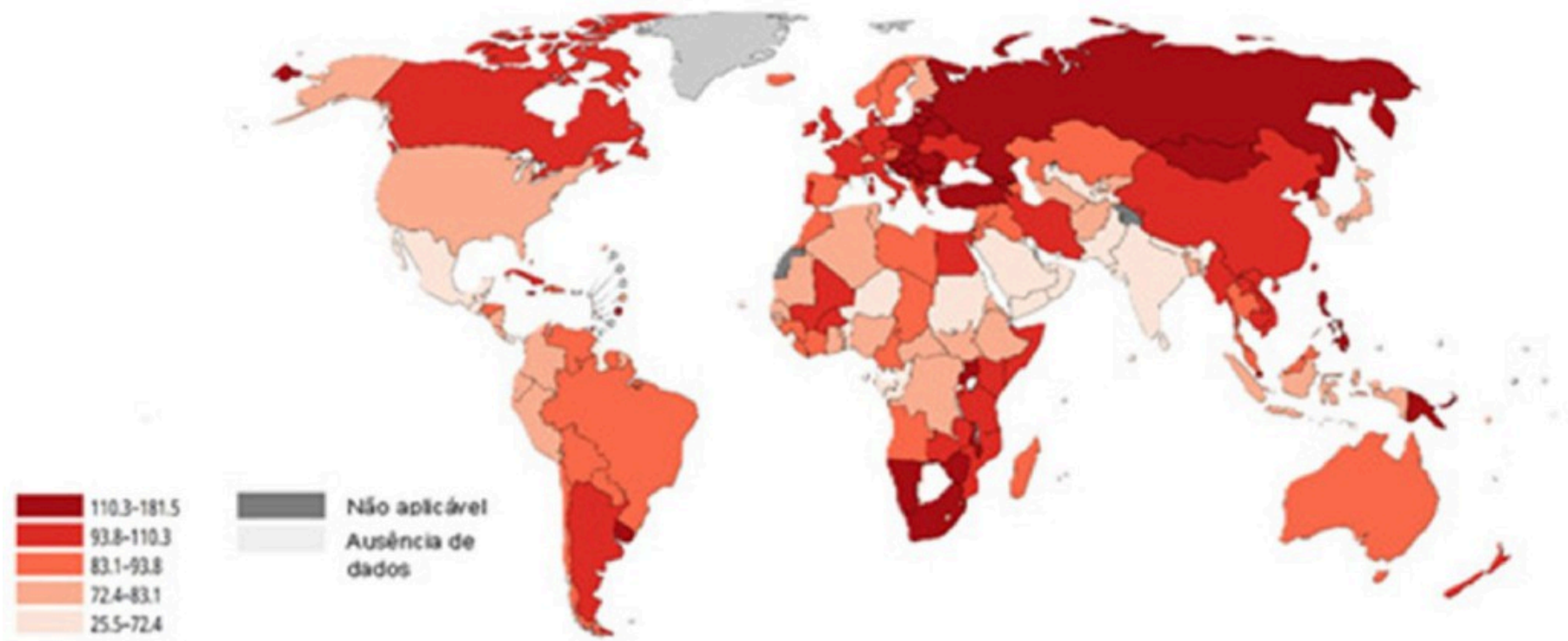
Em 2019, as DCNT foram responsáveis por 74% das mortes globais, segundo a OMS (WHO, 2023). No Brasil, no mesmo ano, essas doenças responderam por 54,7% dos óbitos, totalizando mais de 730 mil mortes, das quais 41,8% ocorreram de forma prematura, na faixa etária de 30 a 69 anos (INCA, 2023a). Nesse contexto, as neoplasias ocupam papel de destaque, figurando entre as principais causas de mortalidade. As mortes por câncer correspondem a cerca de 18% dos óbitos associados às DCNT no mundo (WHO, 2024).

2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AO CÂNCER

Globalmente, o câncer é a segunda principal causa de morte entre as DCNT, com uma taxa de mortalidade ajustada por idade de 91,7 por 100.000 habitantes em 2022, conforme ilustrado na Figura 1 (WHO, 2025). Na Região das Américas, essa taxa de mortalidade ajustada por idade foi de 85,4 por 100.000 habitantes no mesmo ano, sendo mais elevada em homens (96,3 por 100.000 habitantes) do que em mulheres (77,3 por 100.000 habitantes) (WHO, 2025).

A seguir, na Figura 1, apresenta-se o infográfico da taxa de mortalidade por câncer ajustada por idade no mundo em 2022.

Figura 1. Infográfico da taxa de mortalidade por câncer ajustada por idade no mundo, 2022.



Fonte: WHO (2025)

2.1.1 Aspectos Epidemiológicos e Demográficos Relacionados ao Câncer no Brasil

A iniciativa Saúde Amanhã, da Fiocruz, aponta as principais mudanças no perfil epidemiológico brasileiro previstas para ocorrer até 2033, com base nos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). Dentre os resultados da análise, destaca-se o aprofundamento da tendência de aumento da importância relativa das DCNT (Silva Jr.; Ramalho, 2015).

Segundo essas estimativas, as doenças do aparelho circulatório continuarão sendo a principal causa de morte, embora sua importância relativa deva diminuir. Em seguida, destacam-se as doenças oncológicas, cuja incidência tende a crescer, impulsionada pelo envelhecimento da população. Alzheimer e outras demências também devem apresentar aumento contínuo (Silva Jr.; Ramalho, 2015).

Essas doenças causam alto impacto ao sistema de saúde e exigem a adoção de modelos de atenção diferenciados, complementares ao ambiente hospitalar tradicional, envolvendo o atendimento domiciliar, cuidadores comunitários e suporte familiar, entre outras estratégias (WHO, 2015).

No Brasil, segundo a OMS, em 2022, a taxa de mortalidade por câncer foi de 91,3 por 100.000 habitantes, afetando mais os homens (107,7 por 100.000 habitantes) do que as mulheres (79,4 por 100.000 habitantes) (WHO, 2025). Em relação às mortes prematuras (entre 30 e 69 anos), o câncer foi responsável por 55% do total de óbitos no país no mesmo ano (WHO, 2024).

2.1.2 Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil

De acordo com estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o ano de 2023, excluindo-se os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos de câncer de maior incidência na população brasileira foram câncer de mama feminina e de próstata. Em relação à mortalidade da população geral no Brasil, destacam-se o câncer de pulmão e o câncer de cólon e reto (INCA, 2022e; 2023d).

Na sequência, serão apresentados dados de incidência e de mortalidade, por sexo, na população brasileira. As estimativas de incidência realizadas pelo INCA se referem ao ano de 2023 (INCA, 2022a) enquanto as estimativas de mortalidade são relativas ao ano de 2021, em função das características da base de dados de mortalidade utilizada (INCA, 2023a).

População Masculina Brasileira

O Quadro 1, a seguir, apresenta os maiores percentuais de incidência (2023) e de mortalidade (2021) por câncer na população masculina no Brasil, excluindo-se os casos de câncer de pele não melanoma. Destacam-se as maiores incidências de câncer de próstata (30,0%) e cólon e reto (9,2%). Quanto à mortalidade, o câncer de próstata também se sobressai (13,5%), seguido do câncer de traqueia, brônquio e pulmão (13,2%) (INCA, 2023a).

Quadro 1. Percentuais de incidência em 2023 e de mortalidade em 2021 por câncer na população masculina brasileira

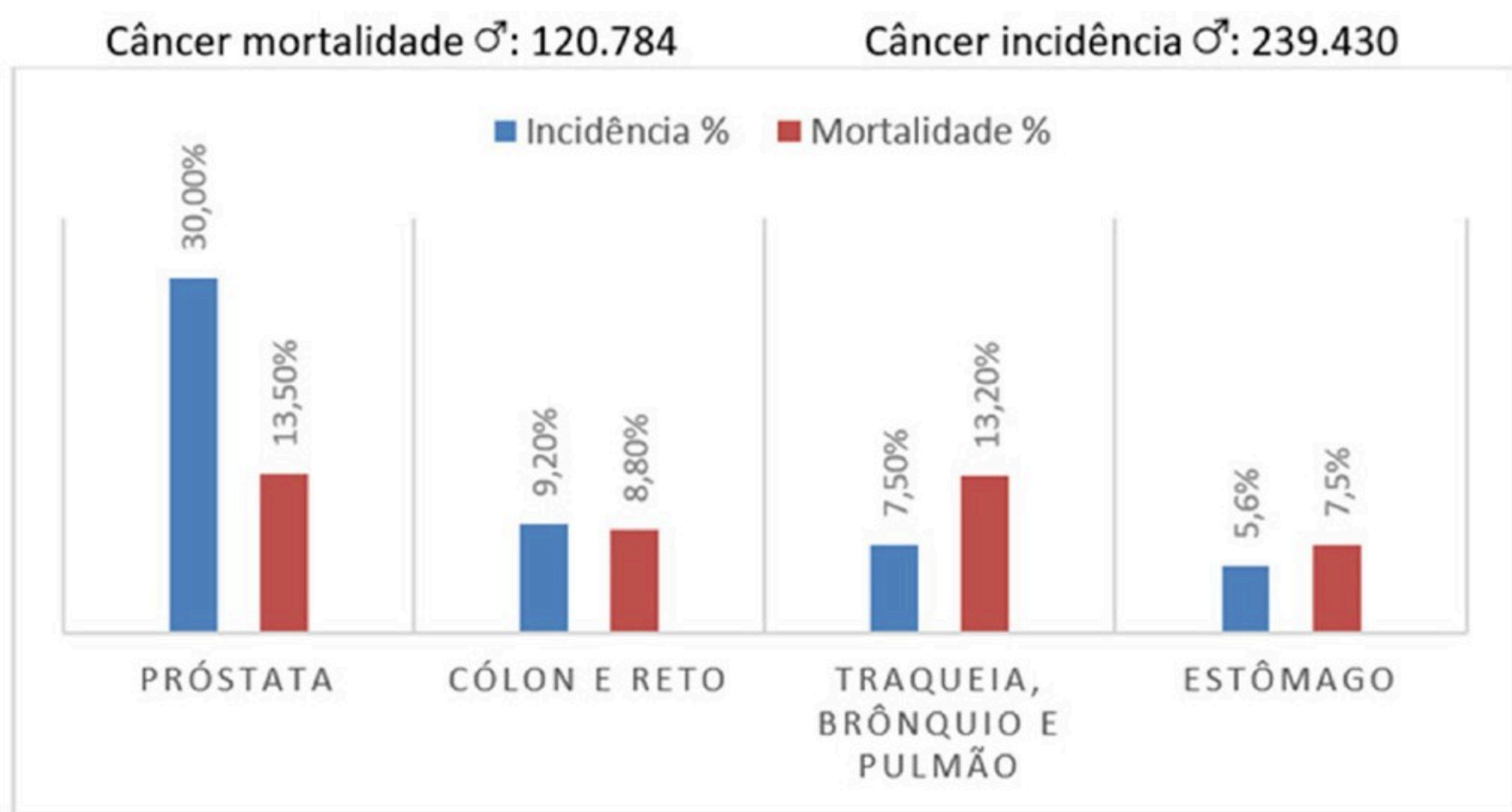
Incidência por câncer na população masculina no Brasil em 2023		Mortalidade por câncer na população masculina no Brasil em 2021	
Tipo de Câncer	Incidência %	Tipo de Câncer	Mortalidade %
Próstata	30,0%	Próstata	13,5%
Cólon e reto	9,2%	Traqueia, brônquio e pulmão	13,2%
Traqueia, brônquio e pulmão	7,5%	Cólon e reto	8,8%
Estômago	5,6%	Estômago	7,5%

FONTE: Elaboração própria a partir de INCA (2023a)

O Gráfico 1, a seguir, ilustra a comparação entre incidência (2023) e mortalidade (2021) na população masculina brasileira, segundo estimativas do INCA (2023a):

Gráfico 1 . Comparação entre percentuais de incidência em 2023 e de mortalidade em 2021 por câncer na população masculina brasileira





FONTE: Elaboração própria a partir de INCA (2023a)

População Feminina Brasileira

O Quadro 2, a seguir, apresenta os maiores percentuais de incidência (2023) e de mortalidade (2021) por câncer na população feminina no Brasil, excluindo-se os casos de câncer de pele não melanoma. Destacam-se as maiores incidências de câncer de mama (30,1%) e cólon e reto (9,7%). Quanto à mortalidade, o câncer de mama permanece como a principal causa (16,4%), seguido pelo câncer de traqueia, brônquio e pulmão (11,7%) (INCA, 2023a).

Quadro 2. Percentuais de incidência em 2023 e de mortalidade em 2021 por câncer na população feminina brasileira

Incidência por câncer na população feminina no Brasil em 2023	
Tipo de Câncer	Incidência %
Mama	30,1%
Cólon e reto	9,7%
Colo do útero	7,0%
Traqueia, brônquio e pulmão	6,0%

Mortalidade por câncer na população feminina no Brasil em 2021	
Tipo de Câncer	Mortalidade %
Mama	16,4%
Traqueia, brônquio e pulmão	11,7%
Cólon e reto	9,6%
Colo do útero	6,0%

FONTE: Elaboração própria a partir de INCA (2023a)

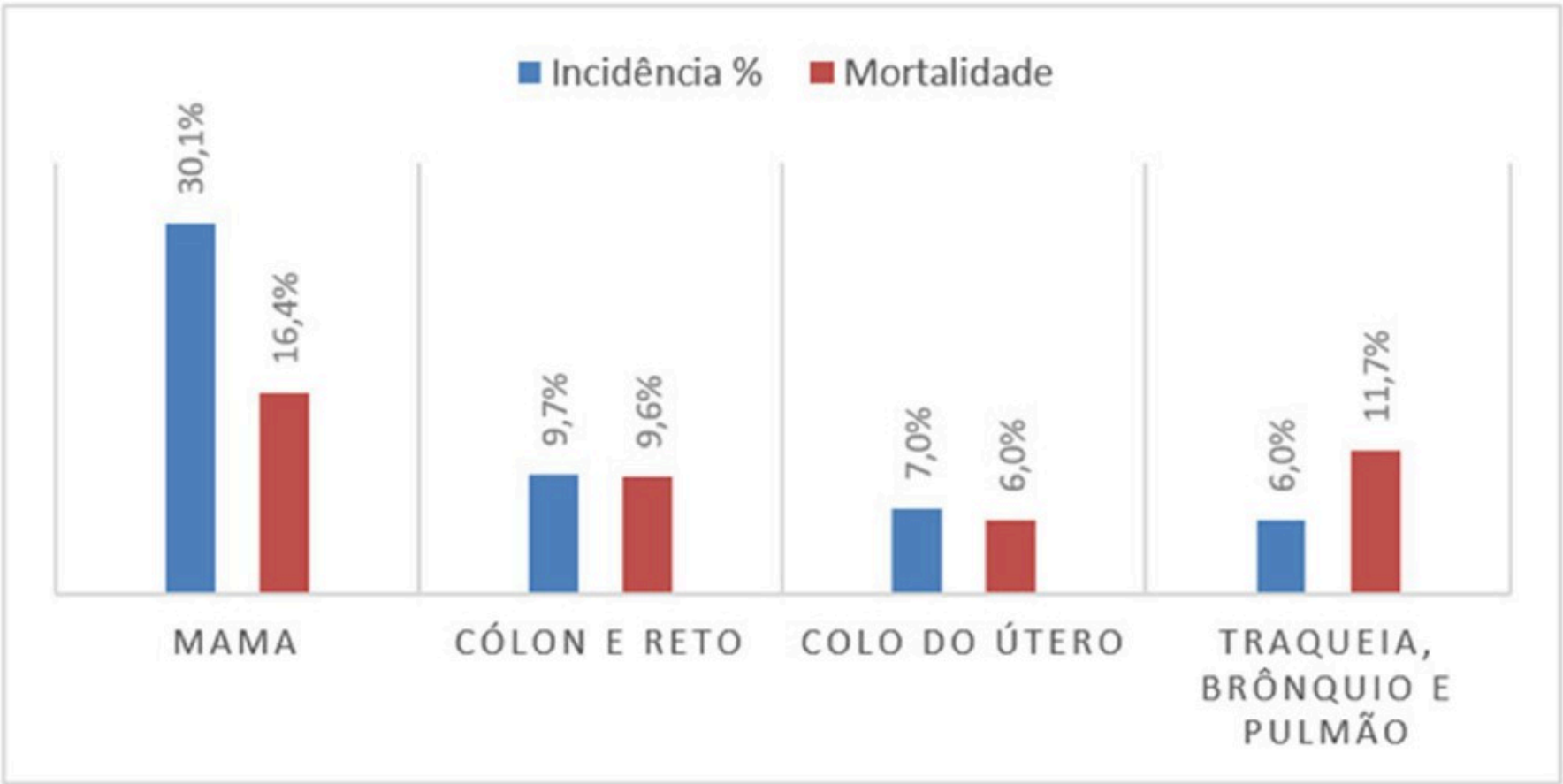
O Gráfico 2, a seguir, apresenta a comparação entre incidência e mortalidade do câncer na população feminina no Brasil (INCA, 2023a).

Gráfico 2 . Comparação entre percentuais de incidência (2023) e de mortalidade (2021) por câncer na população feminina brasileira



Câncer mortalidade ♀ : 110.910

Câncer incidência ♀ : 244.160



FONTE: Elaboração própria a partir de INCA (2023a)

Incidência para o câncer triênio de 2023 a 2025 - Brasil

Segundo informações do INCA, para o triênio de 2023-2025, a estimativa da incidência de câncer no Brasil aponta para ocorrência de aproximadamente 704 mil casos de câncer na população geral, sendo 483 mil novos casos se excluídos os de câncer de pele não melanoma (INCA, 2022b).

O Quadro 3, a seguir, apresenta a estimativa de casos novos para o triênio 2023-2025, segundo os tipos de câncer mais frequentes na população em geral no Brasil.

Quadro 3 .Estimativa de casos novos para o triênio por tipos de câncer mais frequentes na população em geral no Brasil.



Tipos de Câncer mais frequentes na população em geral	Casos novos por 100 mil	% de casos novos
Pele não Melanoma	220 mil	31,3%
Mama	74 mil	10,5%
Próstata	72 mil	10,2%
Cólon e reto	46 mil	6,5%
Pulmão	32 mil	4,6%
Estômago	21 mil	3,1%

FONTE: Elaboração própria a partir de INCA (2022b)

O Quadro 4, a seguir, apresenta a estimativa de novos casos de câncer para o triênio 2023-2025, considerando os tipos mais frequentes na população masculina do Brasil.

Quadro 4 . Estimativa de casos novos para o triênio por tipos de câncer mais frequentes na população masculina no Brasil.

Tipos de Câncer mais frequentes na população masculina	Casos novos por 100 mil	% de casos novos
Pele não melanoma	102 mil	29,9%
Próstata	72 mil	21,0%
Cólon e reto	22 mil	6,4%
Pulmão	18 mil	5,3%
Estômago	13 mil	3,9%
Cavidade oral	11 mil	3,2%

FONTE: Elaboração própria a partir de INCA (2022b)

O Quadro 5, a seguir, apresenta os principais tipos de câncer estimados para a população feminina no triênio de 2023 - 2025 (INCA, 2022b).

Quadro 5 . Estimativa de casos novos para o triênio por tipos de câncer mais frequentes na população feminina no Brasil.

Tipos de Câncer mais frequentes na população masculina	Casos novos por 100 mil	% de casos novos
Pele não melanoma	118 mil	32,7%
Mama	74 mil	20,3%
Cólon e reto	24 mil	6,5%
Colo do útero	17 mil	4,7%
Pulmão	15 mil	4,0%
Tireoide	14 mil	3,9%

FONTE: Elaboração própria a partir de INCA (2022b)

2.1.3 Aspectos Demográficos: o envelhecimento da População e o Câncer

Desde as últimas décadas do século XX, diversos países têm observado mudanças demográficas significativas, como o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, o que se tornou um dos principais desafios para os sistemas de saúde. Nesse contexto, registrou-se um aumento expressivo das DCNT, como doenças cardiovasculares, diabetes e câncer, que passaram a ser as principais responsáveis pela carga de morbimortalidade. Essas condições têm têm provocado piora da qualidade de vida, complicações clínicas permanentes, perda de autonomia e incapacidade funcional, especialmente entre os idosos (Silva et al., 2022).

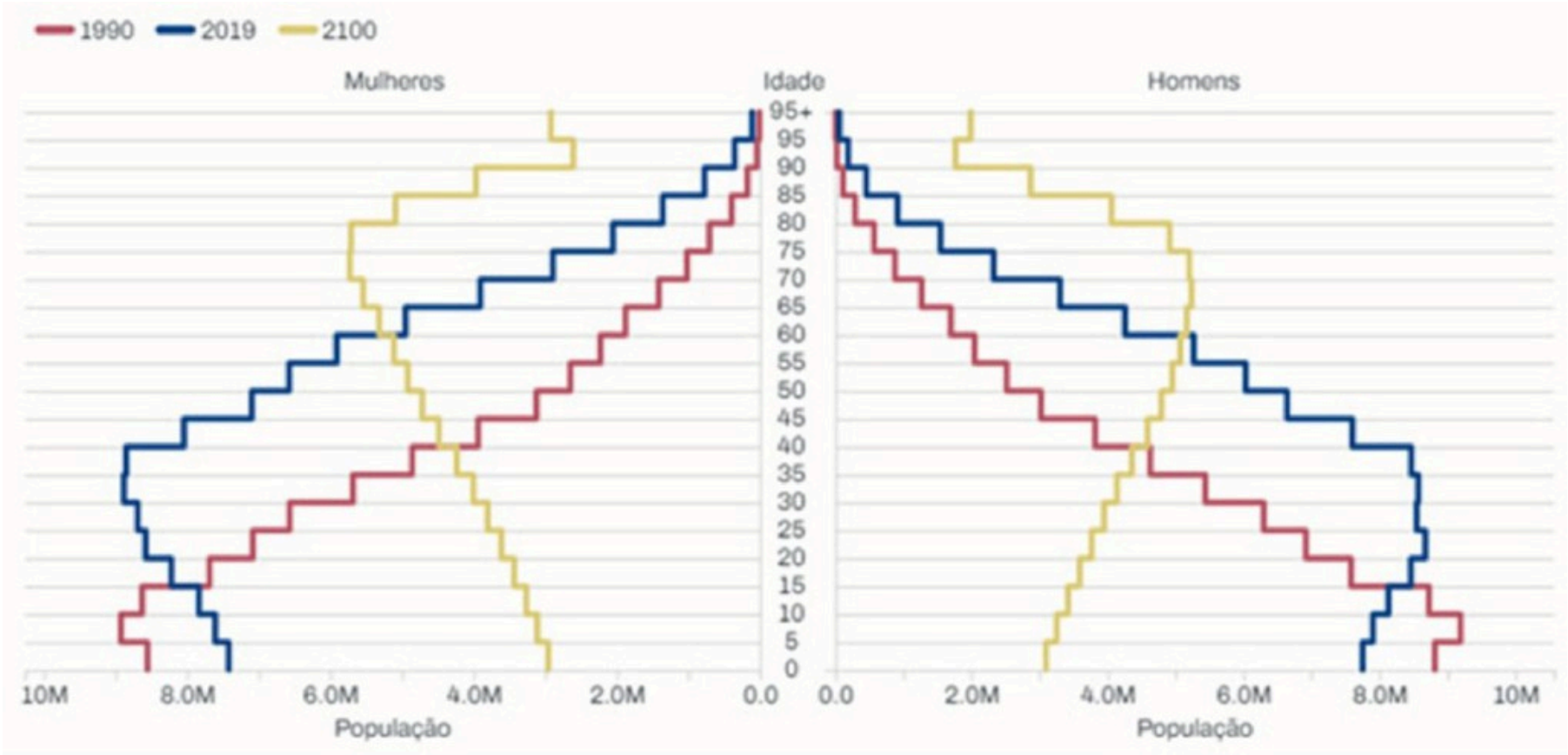
O envelhecimento da população é uma tendência previsível, o que permite que indivíduos e sociedades planejem o futuro considerando a saúde, como aspecto central da longevidade. A preservação de boas condições de saúde será determinante para que os anos adicionais de vida sejam vividos com qualidade e não se tornarem um fardo. Nesse sentido, é fundamental compreender os impactos da transição demográfica nas necessidades de saúde da população (Reis; Barbosa; Pimentel, 2016).



Até o momento, a população idosa tem se mostrado a mais vulnerável às mudanças epidemiológicas. Nesse cenário, destacam-se os diversos tipos de câncer, que devido à sua multi causalidade e diferentes apresentações clínicas, exercem um impacto profundo na saúde e qualidade de vida dessa população (INCA, 2021).

O Gráfico 3, a seguir, ilustra a transição demográfica ocorrida no Brasil ao longo de aproximadamente 30 anos, entre 1990 e 2019, além de apresentar a projeção da pirâmide etária para o ano de 2100.

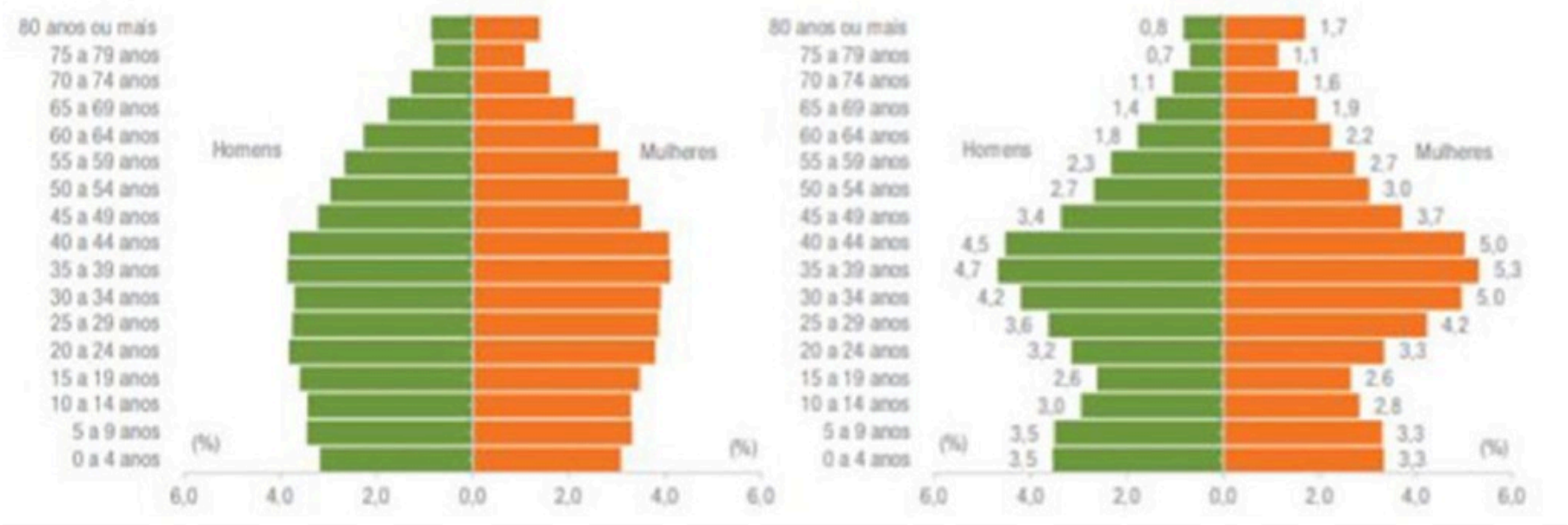
Gráfico 3 . Evolução da demografia no Brasil entre 1990 e 2019 e projeção da pirâmide etária para o ano de 2100.



FONTE: IHME (2024).

No setor de saúde suplementar, foi realizada uma análise da estrutura etária dos beneficiários das operadoras de planos de saúde, publicada no Panorama - Saúde Suplementar, volume 3, de dezembro de 2023. O relatório abordou a evolução dos beneficiários das operadoras e o envelhecimento das carteiras. O Gráfico 4, a seguir, apresenta uma comparação entre a pirâmide etária da população brasileira e a pirâmide etária dos beneficiários de planos privados de assistência médica (ANS, 2023b).

Gráfico 4 . Pirâmide etária da população brasileira e dos beneficiários de planos privados de assistência médica - Brasil - setembro/2022



Fonte: ANS (2023b p. 9)

No Gráfico 4, observa-se uma diferença marcante entre a estrutura etária das duas populações analisadas. A pirâmide etária da população brasileira apresenta um padrão típico de envelhecimento populacional, caracterizado pela redução de taxas de natalidade e pelo aumento da expectativa de vida. Em contraste, a pirâmide de beneficiários de planos privados de assistência à saúde não segue um padrão demográfico definido, uma vez que é influenciada por fatores externos que afetam a entrada e saída de beneficiários, nem sempre relacionados às características demográficas da população geral.

A pirâmide etária do setor de saúde suplementar é fortemente influenciada pelo perfil de contratação de planos de saúde, predominantemente, planos coletivos empresariais, que tendem a abranger majoritariamente pessoas em idade economicamente ativa. Por isso, a análise da pirâmide desse setor não deve considerar apenas a dimensão demográfica, mas também fatores econômicos e o tipo de oferta de planos de saúde disponíveis.

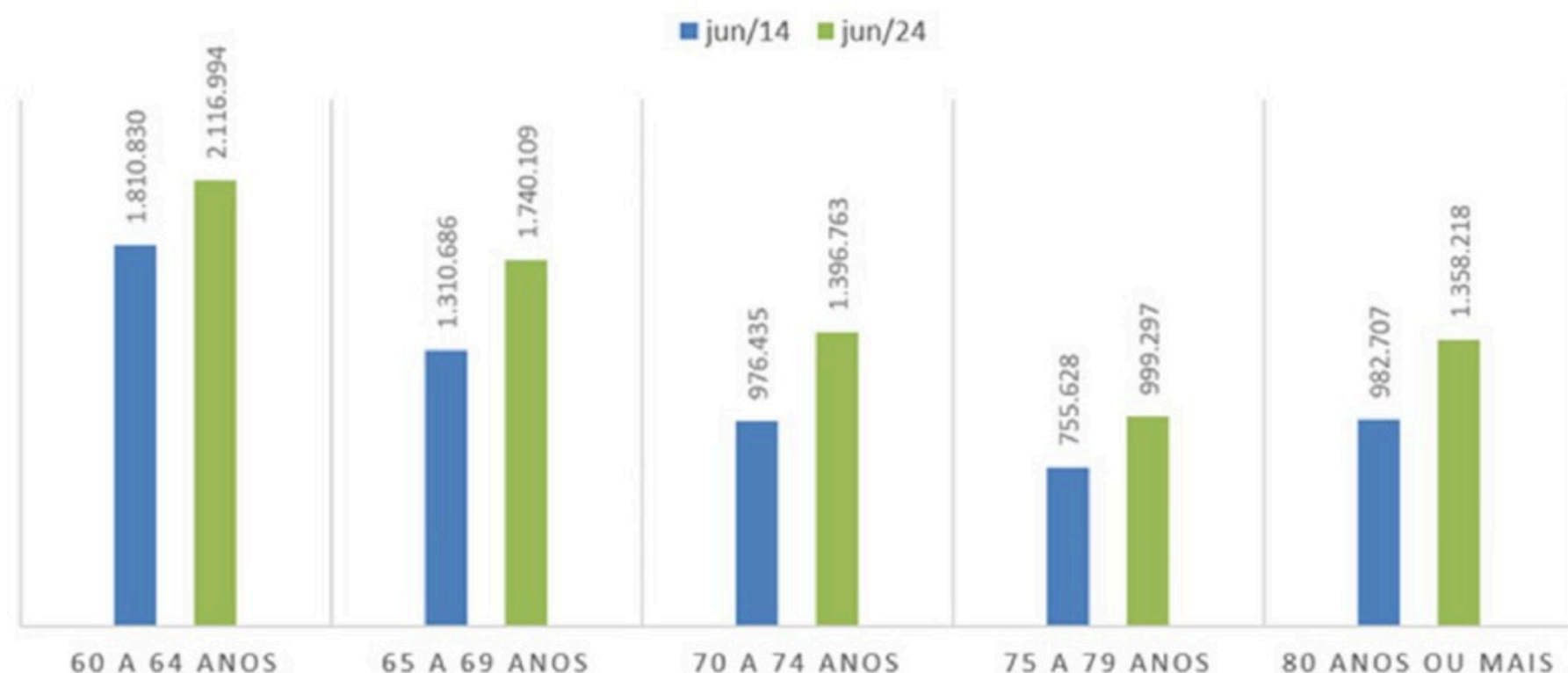
Entre as diferenças mais evidentes entre as duas pirâmides, destacam-se percentuais mais elevados de crianças até 9 (nove) anos, o menor percentual de adolescentes e uma maior concentração de beneficiários em idade economicamente ativa na população da saúde suplementar (ANS, 2023b).

Apesar das diferenças de perfil entre a população geral brasileira e a população beneficiária de planos de saúde, em razão dos aspectos econômicos envolvidos, ambas compartilham o fato de estarem passando por um processo de envelhecimento. Assim, a pirâmide populacional dos beneficiários indica um envelhecimento crescente das carteiras, conforme demonstram as tabelas 6 e 7 a seguir, que apontam para um aumento no número de beneficiários com mais de 60 anos ao longo da última década entre 2014 a 2024.

Esse fenômeno evidencia que as DCNT e, em particular, o câncer, são temas relevantes para o setor, dada a associação entre o envelhecimento e a incidência de câncer.

O Gráfico 5, a seguir, apresenta dados comparativos entre 2014 e 2024 sobre beneficiários de assistência médica na saúde suplementar, com mais de 60 anos, distribuídos por faixa etária, conforme informações disponíveis no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

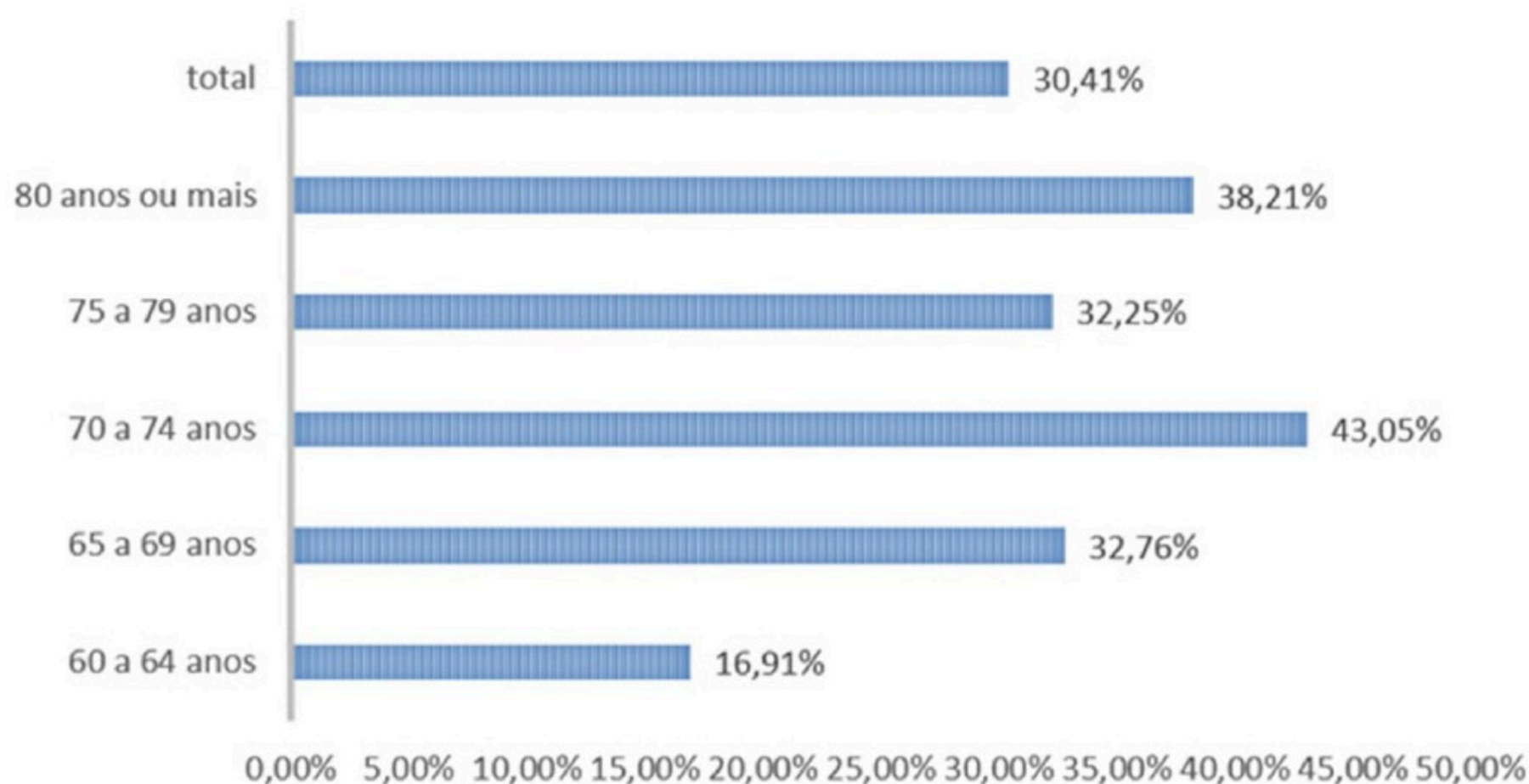
Gráfico 5 . Número de beneficiários na Assistência Médica da Saúde Suplementar, acima de 60 anos, por faixa etária, nos meses de junho/2014 e junho /2024.



Fonte: ANS (2024)

O Gráfico 6, a seguir, apresenta a variação entre 2014 e 2024 sobre beneficiários de assistência médica na saúde suplementar com mais de 60 anos, por faixa etária, de acordo com os dados disponíveis no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB).

Gráfico 6 . Variação no número de beneficiários na Assistência Médica da Saúde Suplementar, acima de 60 anos, por faixa etária por faixa etária, entre os meses junho/14 e junho /24.



Fonte: ANS (2024)

Conforme Gráfico 6, a partir da análise de variação no número de beneficiários na assistência médica da saúde suplementar, observa-se um aumento do percentual de idosos em todos os subgrupos etários acima de 60 anos, com destaque para o aumento de 43% de beneficiários na faixa etária entre 70 e 74 anos (ANS, 2024).

Os idosos representam uma parcela crescente entre os diagnosticados com câncer, evidenciando que o aumento da incidência da doença está proporcionalmente relacionado ao envelhecimento. Mundialmente, o aumento da expectativa de vida, aliado ao avanço de tecnologias de saúde mais eficazes, tem impulsionado a destinação recursos destinados à atenção à saúde da população idosa (Hsu et al., 2023).

Além dos desafios inerentes à doença e ao tratamento, os idosos diagnosticados com câncer enfrentam dificuldades adicionais como o baixo letramento digital e o isolamento social - fatores que foram exacerbados pela pandemia de COVID-19. Essas condições têm chamado a atenção do setor de saúde para as necessidades específicas dessa faixa etária (Hsu et al., 2023).

O tratamento de idosos com câncer é, frequentemente, mais complexo do que o de pacientes mais jovens, devido à presença de comorbidades e a circunstâncias sociais, culturais e familiares que podem interferir tanto na adesão quanto na resposta ao tratamento. Ademais, em idosos com comorbidades ou em estado de fragilidade, os efeitos tóxicos do tratamento podem ser ainda mais severos do que nos pacientes mais jovens (Hsu et al., 2023).

Outro ponto relevante diz respeito ao impacto do envelhecimento nas células dos pacientes idosos com câncer, caracterizado pela produção descontrolada de mediadores inflamatórios, tanto pela via extrínseca quanto pela via intrínseca. A via extrínseca envolve a interação entre células e mediadores inflamatórios, estimulando a progressão tumoral. Já a via intrínseca refere-se a alterações genéticas associadas à neoplasia. Dessa forma, a inflamação crônica envelhecimento desregulada atua como um elo comum entre envelhecimento e o câncer, favorecendo a carcinogênese no processo de envelhecimento (Bottazzi; Riboli; Mantovani, 2018).

As taxas de incidência de câncer aumentam significativamente com o avanço da idade. Enquanto, em grupos etários abaixo dos 20 anos, a incidência é inferior a 25 casos por 100.000 pessoas, esse número sobe para aproximadamente 350 casos por 100.000 entre indivíduos de 45 a 49 anos, ultrapassando 1.000 casos por 100.000 em pessoas com 60 anos ou mais (NCI, 2021).

Dessa forma, o envelhecimento é reconhecido como um dos principais fatores associados ao desenvolvimento do câncer, tanto de maneira geral quanto em relação a diversos tipos específicos.

De acordo com os dados mais recentes do Programa de Vigilância, Epidemiologia e Resultados Finais (SEER) do National Cancer Institute (NCI) dos Estados Unidos, a idade média de diagnóstico geral de câncer é de 66 anos. Um padrão etário semelhante é observado para vários tipos específicos da doença: a idade média ao diagnóstico é de 62 anos para o câncer de mama, 67 anos para o câncer de cólon e reto, 71 anos para o câncer de pulmão e 66 anos para o câncer de próstata (NCI, 2021).

Portanto evidencia-se uma relação significativa entre o envelhecimento e a incidência de câncer, o que torna a população idosa mais vulnerável e prioritária para o desenvolvimento de ações voltadas ao letramento em saúde, à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento da doença.



2.2 FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO DO CÂNCER

O câncer e o envelhecimento mantêm uma associação sinérgica e bidirecional. No entanto, o câncer é uma doença de natureza multicausal, podendo manifestar-se por meio de diversas formas clínicas. Assim, além do envelhecimento, o surgimento de neoplasias está associado a diversos fatores de risco, como infecções virais, exposição a substâncias tóxicas, radiações e uso de medicamentos, entre outros (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020).

Embora muitos estudos recentes destaquem o papel do envelhecimento no desenvolvimento e na progressão tumoral, eles também enfatizam que hábitos de vida saudáveis estão associados à prevenção do câncer (Terracina et al., 2023).

O câncer pode afetar qualquer pessoa, mas algumas são mais susceptíveis que outras. Embora alguns fatores de risco, como mutações genéticas herdadas, sejam permanentes, muitos fatores ambientais e relacionados ao estilo de vida são modificáveis e exercem grande influência sobre o risco de desenvolver a doença - o que significa que muitos casos de câncer são potencialmente evitáveis. Estima-se que entre 30 e 50% de todos os casos de câncer possam ser prevenidos por meio da adoção de estilos de vida saudáveis e da redução da exposição a carcinógenos ocupacionais, poluição ambiental e certas infecções crônicas (INCA, 2020; WHO, 2017).

Assim, um conjunto de fatores de risco comuns ao desenvolvimento da maioria dos cânceres pode ser evitado por meio de intervenções preventivas. A Figura 2 ilustra as principais recomendações para a prevenção do câncer.

A seguir, estão listadas as principais ações voltadas à redução dos fatores de risco associados ao desenvolvimento de câncer:

- ▣ Redução ou cessação do tabagismo;
- ▣ Manutenção de uma alimentação adequada e equilibrada;
- ▣ Prática regular de atividade física;

- ▣ Redução ou cessação do consumo de bebidas alcoólicas - vale destacar que, para a prevenção dos cânceres de boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, fígado, intestino (cólon e reto) e mama não há níveis seguros de ingestão alcoólica (INCA, 2025);
- ▣ Vacinação contra os vírus da Hepatite B e HPV;
- ▣ Uso regular de preservativos, como forma de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis associadas a neoplasias.
- ▣ Proteção à exposição solar, com uso de barreiras físicas, roupas adequadas e filtro solar

Vale destacar que, para a prevenção dos cânceres de boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, fígado, intestino (cólon e reto) e mama não há níveis seguros de ingestão alcoólica (INCA, 2025).

A Figura 2, a seguir, ilustra as principais recomendações para a prevenção do câncer.

Figura 2 - Recomendações para prevenção do câncer.



Fonte: INCA (2024, p.4)

Portanto, a prevenção do câncer é uma estratégia crucial que deve ser fortalecida e promovida por meio da identificação e mitigação dos fatores de risco, contribuindo para a redução tanto da incidência quanto da mortalidade associadas à doença (Wild; Weiderpass; Stewart, 2020).

Embora as estratégias preventivas se mostrem efetivas e eficientes, a complexidade e a multicausalidade do câncer exigem que sejam combinadas com outras ações. É fundamental adotar uma abordagem integral que contemple a promoção da saúde, a prevenção de riscos, o rastreamento, o diagnóstico precoce, o estadiamento, o tratamento, os cuidados paliativos, os cuidados de final de vida e a capacitação de profissionais de saúde (GBD, 2019; CRFC, 2022; OPAS, 2020b).

Além disso, a organização dos sistemas de saúde baseada na atenção primária facilita a detecção precoce e o início oportuno do tratamento, o que pode impactar positivamente no enfrentamento do câncer, contribuindo para a melhoria dos desfechos clínicos e a redução de desperdícios (OPAS, 2024).

2.3 A ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NA ONCOLOGIA

Diante da complexidade do câncer, o enfrentamento da doença exige uma abordagem integrada e multiprofissional, centrada no paciente e em suas necessidades específicas ao longo de toda a linha de cuidado. A gestão do tratamento oncológico vai muito além do controle da doença, abrangendo a mitigação dos efeitos adversos, a preservação da funcionalidade, o bem-estar psicossocial e a promoção da qualidade de vida. (Saeteng et al, 2024).

A assistência oncológica requer a atuação coordenada de diversos profissionais de saúde, médicos (oncologistas, cirurgiões, radiologistas), enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, dentistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros, distribuídos ao longo das diferentes etapas do cuidado. Nesse contexto, a adoção de uma abordagem com equipe multidisciplinar e o aprimoramento da comunicação interprofissional favorece o acolhimento, a acurácia diagnóstica, a definição do estadiamento, além de promover maior adesão às diretrizes clínicas, podendo levar a melhores desfechos na atenção oncológica (ESPEN, 2021; INCA, 2021; Farias et al., 2024; Saeteng et al., 2024).

A atuação da equipe multidisciplinar busca implementar, de forma integrada e holística, o Plano de Cuidado Individualizado do paciente, com o objetivo de assegurar a efetividade do tratamento, minimizar os efeitos colaterais e promover a qualidade de vida. O cuidado multiprofissional tem como foco a melhoria do estado geral do paciente, abordando aspectos biopsicossocial espiritual (D'Alessandro et al., 2023).

O conceito biopsicossocial espiritual, estabelecido pela OMS, reconhece que a saúde de um indivíduo é influenciada por diversos fatores interconectados: biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. A espiritualidade, neste contexto, não se confunde com práticas religiosas, mas abrange a busca de significado e propósito na vida, impactando a qualidade de vida e o bem-estar (D'Alessandro et al., 2023).

O diagnóstico e o tratamento oncológico provocam mudanças profundas em diversos aspectos da vida do paciente, o que evidencia a necessidade de um suporte contínuo por parte da equipe multidisciplinar. Esse apoio é fundamental para minimizar os impactos dessas transformações e garantir uma melhor qualidade de vida.

A atuação multiprofissional, articulada de forma integrada, é fundamental para a oferta de um cuidado oncológico centrado no paciente. Esse modelo favorece o manejo adequado de sintomas, a prevenção de complicações, a reabilitação funcional, o suporte à saúde mental e emocional, e a reintegração às atividades cotidianas. Trata-se de uma abordagem essencial para a melhoria dos desfechos clínicos e para a promoção da qualidade de vida durante todas as fases do cuidado (Matos et al., 2009; Saeteng et al., 2024).

O tratamento biomédico do câncer, que inclui cirurgia, quimioterapia, radioterapia, terapias-alvo, imunoterapia, hormonioterapia, entre outras estratégias, constitui o núcleo estruturante da abordagem terapêutica. No entanto, sua efetividade, segurança e sustentabilidade clínica são significativamente ampliadas quando integradas a intervenções multiprofissionais complementares. A integração sistemática entre terapias biomédicas e cuidados nutricionais, psicossociais, funcionais e de reabilitação é essencial para a otimização dos desfechos clínicos, a redução de complicações e a promoção da qualidade de vida ao longo de todo o curso do tratamento oncológico (ESPEN, 2021; INCA, 2021; Farias et al., 2024; Saeteng et al., 2024).

A avaliação do estado nutricional do paciente oncológico é um componente essencial do cuidado, considerando que a desnutrição figura entre as complicações mais relevantes no câncer. Essa condição está diretamente relacionada à piora dos desfechos clínicos, menor adesão e efetividade do tratamento, maior incidência de complicações e significativa redução da qualidade de vida e da sobrevida (Arends et al, 2017; ESPEN, 2021).

Embora cânceres como mama e próstata apresentem taxas de desnutrição consideradas moderadas (14% e 21%, respectivamente), em neoplasias como câncer colorretal (39%), pulmão (45%) e colo do útero (45%), os dados são significativamente maiores (INCA, 2022a). Essa realidade impacta não apenas no estado geral do paciente, mas também agrava os efeitos adversos do tratamento e nas alterações metabólicas e inflamatórias características do câncer (ESMO, 2020; ESPEN, 2021; INCA, 2022b).



O cuidado nutricional, portanto, deve ser entendido como um componente essencial do Plano de Cuidado Individualizado, a ser implementado a partir do diagnóstico e ao longo de todas as fases, incluindo o tratamento, a reabilitação e ou os cuidados paliativos (INCA, 2021b).

O diagnóstico e o tratamento do câncer impõem elevado impacto psicossocial, exigindo suporte especializado ao longo de toda a jornada do paciente. A psico-oncologia, enquanto campo interdisciplinar, exerce função estratégica na identificação e manejo dos aspectos emocionais, sociais e existenciais relacionados à vivência da doença. Sua atuação contribui para a adaptação ao diagnóstico, a adesão ao tratamento, a redução do sofrimento psíquico e a promoção da qualidade de vida, em conformidade com os princípios da atenção integral (Matos et al., 2016; ASCO, 2017; INCA, 2022f).

Além da abordagem individual, quando indicada, a implementação de grupos de apoio psicossocial constitui uma intervenção complementar eficaz, ao favorecer o acolhimento, a troca de experiências, o fortalecimento da rede de pertencimento e a ressignificação subjetiva do processo de adoecimento (Farias et al, 2024; Saeteng et al., 2024).

A atuação do serviço social é igualmente essencial, ao abordar os determinantes sociais da saúde e prestar apoio técnico às demandas socioeconômicas, jurídicas e institucionais do paciente e de sua família. Esse suporte é fundamental para garantir o acesso a direitos sociais, benefícios assistenciais e políticas públicas (Santos et al., 2023; Souza et al., 2023).

Os cuidados paliativos, quando indicados, devem ser integrados precocemente ao plano de cuidado individualizado, de forma concomitante ao tratamento oncológico, especialmente nos casos de doença avançada, sem perspectiva de cura, ou em situações de sofrimento complexo. O objetivo é promover alívio dos sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais, minimizar o sofrimento e assegurar dignidade e conforto ao longo de toda a trajetória da doença (Fadhlaoui et al., 2022; D'Alessandro et al., 2023; Pereira et al., 2023).

Nos estágios de fim de vida, a atuação multiprofissional torna-se ainda mais determinante, com foco no controle rigoroso dos sintomas, suporte contínuo à família, preservação da autonomia do paciente e respeito aos seus valores, desejos e crenças. A comunicação clara, empática e permanente entre equipe, paciente e familiares é essencial para garantir um processo de morte digna, humanizada e livre de sofrimento evitável (Silva et al., 2024; Cordeiro et al., 2024; Brasil, 2024).

Assim, o cuidado oncológico deve ser estruturado com base em um modelo centrado no paciente, considerando a integralidade do ser humano sob a perspectiva biopsicossocial e espiritual. Essa abordagem reconhece o impacto transversal do adoecimento, demandando intervenções clínicas e suporte que abranjam todas as dimensões da experiência do paciente.

Por fim, ressalta-se que a coordenação eficaz de equipes multiprofissionais e interdisciplinares é determinante para otimizar os desfechos clínicos e proporcionar uma assistência segura, efetiva, integrada e humanizada.

2.4 DETECÇÃO PRECOCE PARA O CÂNCER:

A detecção precoce é uma estratégia essencial no controle do câncer, permitindo o diagnóstico em estágios iniciais e, conseqüentemente, o início mais oportuno do tratamento, com melhores resultados terapêuticos, menor morbidade, custos reduzidos e aumento na sobrevida dos pacientes (INCA, 2021; WHO, 2017).

De acordo com o INCA (2021) e a OMS (WHO, 2017), a detecção precoce do câncer fundamenta-se em duas abordagens complementares: Rastreamento e Diagnóstico Precoce.

2.4.1 Rastreamento

Consiste na aplicação sistemática de exames em populações assintomáticas, com o objetivo de identificar lesões precursoras ou cânceres em estágios iniciais.

Objetivo do Rastreamento:

Detecção precoce e redução da mortalidade por meio da identificação precoce.

Exemplos de Exames de Rastreamento:

☐ Mamografia - câncer de mama;



☐ Teste de detecção do DNA-HPV de alto risco oncogênico ou Exame Citopatológico do colo do útero - câncer do colo do útero;

☐ Sangue oculto nas Fezes ou Colonoscopia - câncer colorretal.

Modalidades de Rastreamento:

Rastreamento Oportunístico: não estruturado, ocorre durante atendimentos por outras causas, em indivíduos assintomáticos, de forma espontânea e não sistemática, seja por iniciativa do profissional de saúde ou do próprio indivíduo.

Rastreamento Organizado: programa estruturado e sistemático com convocação ativa de uma população alvo definida, com previsão de registro, acompanhamento, diagnóstico e tratamento.

Etapas do Rastreamento Organizado:

1. Captação da população alvo, por meio de busca ativa;
2. Aplicação do exame;
3. Análise dos resultados;
4. Confirmação diagnóstica; e
5. Início oportuno do tratamento.

O Rastreamento Organizado, por sua estrutura sistematizada e foco na continuidade do cuidado, tende a apresentar melhores resultados em termos de efetividade, detecção precoce e redução da mortalidade associada ao câncer.

Benefícios do Rastreamento:

- ☐ Redução da mortalidade;
- ☐ Detecção precoce de lesões pré cancerígenas; e
- ☐ Melhoria nos desfechos clínicos.

Riscos do Rastreamento:

- ☐ Sobre diagnóstico;
- ☐ Ansiedade associada a falso positivos; e
- ☐ Complicações decorrentes de procedimentos desnecessários.

2.4.2 Diagnóstico Precoce

Refere-se à identificação de câncer em indivíduos sintomáticos. Seu objetivo é detectar a doença em estágio inicial, logo após o surgimento de sinais clínicos, possibilitando tratamento mais eficaz e menos invasivo.

Componentes do Diagnóstico Precoce:

1. Conscientização e acesso aos cuidados de saúde: Reconhecimento dos sintomas e busca ativa por atendimento;
2. Avaliação clínica e diagnóstico: Exames clínicos, laboratoriais, anatomopatológicos e estadiamento; e
3. Encaminhamento e início do tratamento: Garantia de início rápido do cuidado especializado.

Benefícios do Diagnóstico Precoce:

- ☐ Redução da mortalidade;
- ☐ Melhora da qualidade de vida; e
- ☐ Menor complexidade terapêutica

Barreiras do Diagnóstico Precoce:

- ☐ Baixo letramento em saúde;
- ☐ Estigma relacionado ao câncer;



- ▣ Acesso limitado ao diagnóstico e a especialistas; e
- ▣ Barreiras financeiras, geográficas e socioculturais.

Intervenções recomendadas para o Diagnóstico Precoce (WHO, 2017):

- ▣ Educação em saúde e capacitação profissional;
- ▣ Fortalecimento dos serviços de diagnóstico;
- ▣ Integração e agilidade nos fluxos assistenciais; e
- ▣ Redução de barreiras ao tratamento.

O Quadro 6, a seguir, apresenta um comparativo entre Diagnóstico Precoce e Rastreamento do câncer.

Quadro 6 - Comparativo entre Diagnóstico Precoce e Rastreamento de câncer

Aspecto	Diagnóstico Precoce	Rastreamento
População-alvo	Sintomáticos	Assintomáticos com fatores de risco
Objetivo	Detectar câncer após surgimento de sintomas	Detectar precocemente em população de risco
Tipo de teste	Diagnóstico (ex.: biópsia, exames clínicos)	Triagem (ex.: mamografia, sangue oculto nas fezes; colonoscopia)
Volume	Limitado	Amplo (população-alvo definida)
Riscos	Baixo	Maior (falsos-positivos, falsos-negativos; sobrediagnóstico)
Exigência estrutural	Diagnóstico e tratamento	Triagem, confirmação e rede de cuidado integrada

Fonte: Elaboração Própria, adaptado de WHO, 2017

Embora o rastreamento seja altamente efetivo em determinados tipos de câncer, sua implementação exige ampla capacidade de resposta do sistema de saúde, incluindo diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Já o diagnóstico precoce é mais viável em contextos com infraestrutura limitada, sendo uma estratégia prioritária em países de baixa e média renda (WHO, 2017).

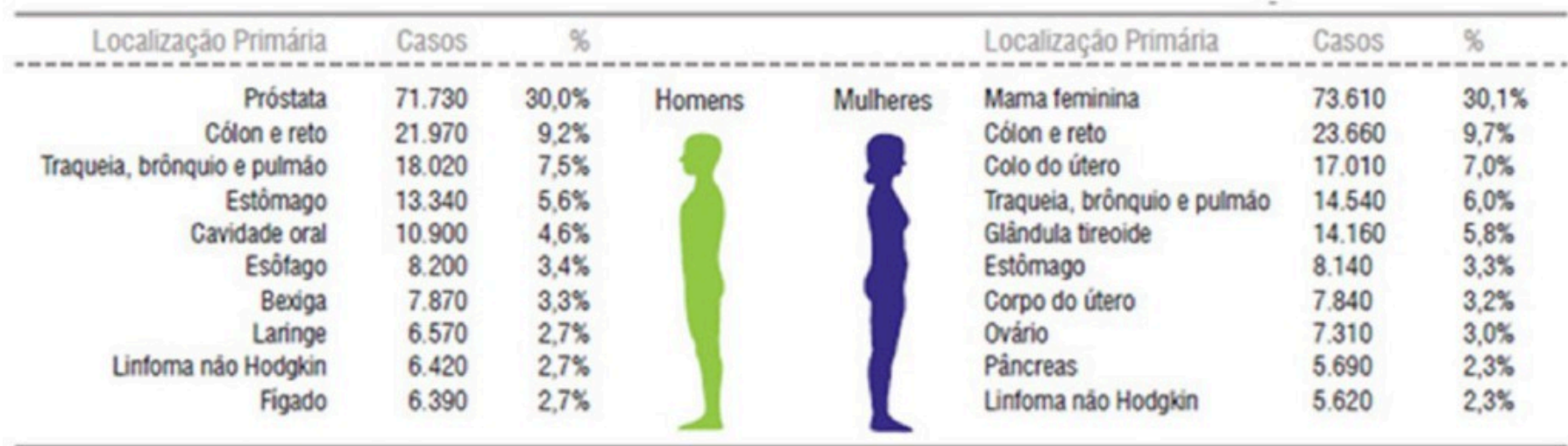


A integração entre ações educativas, estruturação da rede de diagnóstico e garantia do tratamento oportuno são fundamentais para que qualquer abordagem de detecção precoce seja efetiva e equitativa.

2.5 TIPOS MAIS FREQUENTES DE CÂNCER

Para esta certificação foram priorizados os tipos de câncer que apresentam simultaneamente, alta incidência e possibilidade de detecção precoce. A Figura 3, a seguir, ilustra a distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes em 2023, excluindo-se o câncer de pele não melanoma.

Figura 3 . Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2023, por sexo, exceto o de pele não melanoma*



*Números arredondados para múltiplos de 10.

FONTE: INCA (2022b, p. 62)

Além disso, nesta seleção, também foram consideradas as taxas de mortalidade por câncer no Brasil em 2021. Foram selecionados os três tipos de câncer com maior mortalidade entre homens e os quatro tipos com maior mortalidade entre mulheres, conforme demonstrado no Atlas da Mortalidade do INCA (INCA, 2022b).

A seguir, apresentam-se a Tabela 1 e a Tabela 2, que mostram o número de óbitos e a distribuição percentual da mortalidade por câncer, de acordo com o sexo.

Tabela 1 . Mortalidade conforme a localização primária do tumor e sexo em homens, Brasil, 2021

Localização Primária	Óbitos	%
Próstata	16.300	13,5
Traqueia, Brônquios e Pulmões	15.987	13,2
Cólon e Reto	10.662	8,8
Estômago	9.007	7,5
Esôfago	6.612	5,5
Fígado e Vias biliares intra-hepáticas	6.061	5,0
Pâncreas	5.949	4,9
Cavidade oral	4.878	4,0
Sistema Nervoso Central	4.787	4,0
Laringe	3.957	3,3
Todas as neoplasias	120.784	100,0

Fonte: INCA (2023a)

Tabela 2 . Mortalidade conforme a localização primária do tumor e sexo em Mulheres, Brasil, 2021

Localização Primária	Óbitos	%
Mama	18.139	16,4
Traqueia, Brônquios e Pulmões	12.977	11,7
Cólon e Reto	10.598	9,6
Colo do útero	6.606	6,0
Pâncreas	6.022	5,4
Estômago	5.252	4,7
Sistema Nervoso Central	4.567	4,1
Fígado e Vias biliares intra-hepáticas	4.535	4,1
Ovário	4.037	3,6
Leucemias	3.123	2,8
Todas as neoplasias	110.910	100,0

FONTE: INCA (2023a)

Desse modo, nesta certificação serão desenvolvidas cinco dimensões específicas, abordando as seguintes:

1. Linha de Cuidado do Câncer de Mama.
2. Linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero.
3. Linha de Cuidado do Câncer de Próstata.
4. Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão (Traqueia, Brônquio e Pulmões).
5. Linha de Cuidado do Câncer de Cólon e Reto.

A divisão deste manual por Linha de Cuidado facilita a definição da jornada do paciente para cada um dos tipos de câncer priorizados. O desenho de cada linha tem como objetivo estabelecer o percurso assistencial ideal dos indivíduos nos diferentes níveis de atenção conforme suas necessidades, descrevendo os fluxos assistenciais e orientando os profissionais e os serviços de saúde na organização de um cuidado centrado no paciente (Brasil, 2024).



Com o objetivo de facilitar a auditoria e garantir a integralidade do percurso assistencial, cada um dos cinco tipos de câncer selecionados foi abordado em dimensões específicas. Em cada uma dessas dimensões, cada tipo de câncer conta com sete (07) requisitos que devem ser cumpridos pela operadora para a obtenção da certificação, contemplando toda a jornada do paciente.

- 1. Organização e Estruturação Técnica da Operadora na Linha de Cuidado;
- 2. Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer;
- 3. Estratégias para a Detecção Precoce do Câncer - inclui Rastreamento - quando couber - e Diagnóstico Precoce;
- 4. Diagnóstico e Estadiamento;
- 5. Tratamento;
- 6. Atenção Domiciliar; e
- 7. Cuidados Paliativos e Cuidados de fim de vida.

A seguir, apresenta-se uma breve descrição dos tipos de câncer priorizados nesta certificação, conforme os dados nacionais apresentados.

2.5.1 Câncer de Mama

O câncer de mama é o tipo de câncer mais incidente entre as mulheres, tanto globalmente quanto no Brasil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma. Trata-se de uma neoplasia heterogênea, composta por diferentes subtipos que apresentam comportamentos distintos, manifestações clínicas e morfológicas variadas, além de diferenças genéticas. Essas características resultam em respostas diversas aos tratamentos, tornando essencial a adoção de uma abordagem personalizada no manejo da doença (INCA, 2022b).

Assim como ocorre em diversos tipos de câncer, a incidência do câncer de mama aumenta com a idade, sendo a maioria dos casos diagnosticada a partir dos 50 anos. Embora raro o câncer de mama também pode acometer homens, no entanto, estima-se que a incidência nesse grupo represente apenas 1% de todos os casos da doença (INCA, 2021).

Quanto aos fatores de risco para o câncer de mama, é possível distingui-los entre aqueles que são comportamentais - e, portanto, passíveis de modificação - e os que não podem ser alterados, como os hereditários, os associados ao ciclo reprodutivo feminino e ao próprio envelhecimento. Entre os fatores hereditários, destacam-se a história familiar de câncer de ovário, casos de câncer de mama na família, especialmente em idade precoce (antes dos 50 anos), e a presença de casos da doença em homens (INCA, 2021; Adami; Hunter; Trichopoulos, 2008).

Além disso, as alterações genéticas - especialmente a presença dos genes BRCA1 e BRCA2 - estão associadas ao desenvolvimento do câncer de mama. No entanto, estima-se que apenas 5% a 10% dos casos da doença estão relacionados a esses fatores genéticos (INCA, 2021).

Em relação ao tratamento do câncer de mama, destacam-se as abordagens locais, que incluem cirurgia e radioterapia, e os tratamentos sistêmicos, como quimioterapia, hormonoterapia e terapia biológica. Ademais, a atuação de uma equipe multiprofissional, aliada à coordenação do cuidado e à presença de um gestor ou navegador do cuidado, são estratégias que podem contribuir significativamente para a melhoria da qualidade do atendimento.

No Brasil, a taxa bruta estimada de incidência do câncer de mama para o ano de 2023 foi de 66,54 casos por 100 mil mulheres.

A seguir, apresenta-se a Tabela 3 com a estimativa de casos novos de câncer de mama para o ano de 2023.

Tabela 3. Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer de mama feminina, segundo localização primária

Localização Primária neoplasia maligna	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada	Casos (total)	Taxa bruta (total)	Taxa ajustada (total)
Mama feminina	73.610	66,54	41,89	73.610	66,54	41,89
Todas as neoplasias	362.730	327,96	---	704.080	325,53	---



Fonte: Adaptado de INCA (2022b, p. 62)

Prevenção do Câncer de Mama

Além da prevenção dos fatores de risco comuns aos diferentes tipos de câncer, a prevenção do câncer de mama baseia-se no controle dos fatores de risco específicos e modificáveis, bem como na promoção de fatores de proteção, por meio de medidas como (INCA, 2021; 2024; 2025):

- ▣ Praticar atividade física regularmente;
- ▣ Manter o peso corporal adequado;
- ▣ Manter alimentação saudável;
- ▣ Cessar ou reduzir o consumo de bebidas alcoólicas;
- ▣ Cessar o tabagismo e o tabagismo passivo; e
- ▣ Amamentar.

Ressalta-se que a amamentação é uma prática protetora e deve ser incentivada e mantida pelo maior tempo possível, uma vez que contribui para a redução dos níveis de estrogênio durante esse período. Essa diminuição hormonal está associada à menor taxa de diferenciação celular, o que pode reduzir o risco de desenvolvimento do câncer de mama (INCA, 2023b).

Detecção Precoce: Rastreamento e Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama

Rastreamento Populacional do Câncer de Mama

O rastreamento populacional do câncer de mama é uma das estratégias mais relevantes para a detecção precoce da doença, com impacto significativo na redução da mortalidade e na melhoria dos desfechos clínicos. Essa abordagem, voltada para mulheres assintomáticas dentro de uma faixa etária de maior benefício, tem como objetivo identificar precocemente alterações suspeitas nas mamas, possibilitando intervenções mais eficazes e menos agressivas.

A mamografia é o principal método utilizado no rastreamento populacional do câncer de mama. Trata-se de um exame sensível e específico para detectar alterações como nódulos, microcalcificações e distorções arquiteturais, muitas vezes antes que se tornem palpáveis. Essa capacidade de identificar lesões em estágios iniciais aumenta substancialmente as chances de cura e pode reduzir a necessidade de tratamentos extensos.

No Brasil, o INCA recomenda a realização de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos, com base em evidências científicas robustas. Estudos demonstram que o maior impacto na redução da mortalidade por câncer de mama ocorre entre os 60 e 69 anos. Em mulheres de 40 a 49 anos, os benefícios do rastreamento são menores, enquanto os riscos de sobrediagnóstico e de resultados falso-positivos são mais elevados, o que exige uma abordagem mais cautelosa e individualizada (INCA, 2021).

Além do Brasil, diversos sistemas de saúde ao redor do mundo adotam programas organizados de rastreamento com mamografia, por meio de busca ativa, majoritariamente, voltados a mulheres a partir dos 50 anos, com periodicidade bienal ou trienal, como é o caso da Alemanha, Austrália, Reino Unido e Canadá.

▣ Alemanha: O programa de rastreio mamográfico do Governo da Alemanha estabelece que mulheres entre 50 e 75 anos podem fazer uma mamografia gratuita a cada dois anos (Deutsches Mammographie-Screening-Programm, 2023).

▣ Austrália: O programa de triagem governamental australiano tem as mulheres com idade entre 50 e 74 anos como elegíveis para mamografia, que são convidadas a fazer um exame de mama gratuito a cada 2 anos. As mulheres entre 40 e 49 anos, ou 75 anos ou mais também podem realizar uma mamografia gratuita, porém, não recebem o convite do Governo Australiano (Australian Government, 2025).

▣ Reino Unido: As mulheres entre 50 e 71 anos são convidadas a realizar o exame de mamografia a cada 3 anos (NHS, 2025).



☐ Canadá: O Governo Canadense recomenda que as mulheres na faixa etária entre 50 anos e 74 anos realizem uma mamografia a cada 2 anos (CANADA, 2025). Entretanto, em 2025, seis províncias canadenses passaram a permitir a realização do rastreamento mamográfico a partir dos 40 anos e outras províncias estavam em processo de revisão ou de implementação de redução da idade de início do rastreamento (PAC,2024).

A seguir, apresenta-se a Quadro 7, com as principais informações comparativas sobre os programas de rastreamento mamográfico em diferentes países.

Quadro 7 - Comparativo dos programas de rastreamento mamográfico em diferentes países

País	Faixa Etária Recomendada	Convite Governamental	Frequência do Exame	Observações
Alemanha	50 a 75 anos	Sim	A cada 2 anos	Mamografia gratuita oferecida pelo governo.
Austrália	50 a 74 anos	Sim	A cada 2 anos	Mulheres de 40 a 49 anos e com 75+ podem fazer o exame gratuitamente, mas não são convidadas oficialmente.
Reino Unido	50 a 71 anos	Sim	A cada 3 anos	Programa organizado pelo NHS.
Canadá	50 a 74 anos (oficialmente)	Sim	A cada 2 anos	Em 2025, seis províncias passaram a permitir o rastreamento a partir dos 40 anos.

Fonte: elaboração própria - adaptada (DMP, 2023; AG, 2025; NHS, 2025;PAC, 2024)

Para que o rastreamento populacional do câncer de mama seja efetivo, é fundamental garantir que a população-alvo seja, de fato, alcançada. Para isso, são indispensáveis ações de busca ativa das mulheres elegíveis (INCA, 2021; 2025). No Brasil, recomenda-se a realização da busca ativa a cada dois anos para mulheres com idade entre 50 e 69 anos e risco padrão - ou seja, compatível com o da população geral, sem a presença de fatores de risco individuais.

A busca ativa deve envolver o levantamento, a identificação e a captação dessas mulheres dentro da população-alvo (INCA, 2021). Já nos casos de mulheres com fatores de risco adicionais, a avaliação deve ser individualizada, realizada durante a consulta médica, a fim de subsidiar a conduta clínica adotada pelo profissional de saúde.

Entre as estratégias utilizadas para a mobilização das mulheres, destacam-se, entre outros meios de comunicação disponíveis:

- ☐ Telemonitoramento;
- ☐ Consultas presenciais para outras finalidades;
- ☐ Envio de mensagens por correio eletrônico;
- ☐ Ligações telefônicas; e
- ☐ Aplicativos de mensagens.

O êxito das ações de rastreamento organizado depende não apenas de informar e mobilizar mulheres entre 50 e 69 anos, mas também alcançar a meta de cobertura do rastreamento na população-alvo e da garantia de acesso ao diagnóstico e ao tratamento em tempo oportuno, quando necessário. O rastreamento populacional requer ainda que se assegure o acesso facilitado à mamografia, especialmente para mulheres em regiões mais distantes. A infraestrutura adequada, a articulação entre os diferentes níveis de atenção e a gestão eficiente do fluxo assistencial são determinantes para garantir o acesso ao exame (INCA, 2021; 2024).

Além disso, outro aspecto crítico é a qualidade técnica da mamografia para o rastreamento populacional. Isso envolve a capacitação dos profissionais, o controle rigoroso dos equipamentos e a interpretação criteriosa dos resultados com base em sistemas padronizados como o BI-RADS. A baixa qualidade do exame compromete a acurácia diagnóstica e pode gerar tanto falsos negativos quanto falsos positivos.



É importante considerar ainda outros riscos inerentes ao rastreamento: os falsos positivos, que podem gerar ansiedade e procedimentos desnecessários e o sobre diagnóstico, que leva ao tratamento de tumores indolentes que não trariam prejuízos à saúde ao longo da vida da paciente. Por isso, a realização da mamografia em outras faixas etárias, deve ocorrer mediante decisão compartilhada, com consentimento livre e esclarecido, baseado em informações claras sobre benefícios e riscos.

O seguimento clínico também é essencial. Casos com achados suspeitos ou inconclusivos devem ser acompanhados de forma rápida e eficiente, assegurando a continuidade do cuidado e evitando atrasos que possam comprometer o sucesso terapêutico. O rastreamento populacional só alcança seu potencial máximo quando articulado a uma linha de cuidado bem estruturada, capaz de garantir o diagnóstico e o tratamento em tempo oportuno.

Em situações específicas, por exemplo, em mulheres com mamas densas ou portadoras de mutações nos genes BRCA1 ou BRCA2, podem ser necessários, além da mamografia, exames complementares, como a ultrassonografia e a ressonância magnética. Essas intervenções devem ser consideradas conforme avaliação clínica individual pelo médico assistente (SBOC, 2025 Urban et al, 2023; INCA, 2019).

O rastreamento populacional do câncer de mama, quando estruturado com:

- ▣ Busca ativa eficaz da população alvo;
- ▣ Acesso facilitado aos serviços de saúde;
- ▣ Qualidade técnica assegurada na realização dos exames; e
- ▣ Seguimento clínico adequado dos casos suspeitos.

Configura-se como uma política pública robusta e essencial para a promoção da saúde da mulher.

Seu êxito depende da integração de ações em diferentes níveis de atenção, da adesão efetiva da população alvo e do alinhamento a evidências científicas atualizadas, sempre com foco na segurança, eficácia e equidade do cuidado.

Embora o rastreamento populacional seja prioritariamente recomendado para mulheres entre 50 e 69 anos, em razão da relação favorável entre benefícios e riscos, observa-se uma tendência internacional de revisão das idades de início, fundamentadas em novas evidências e no aumento da incidência de câncer de mama em mulheres mais jovens.

Países como Suécia e Portugal, por exemplo, também atualizaram suas diretrizes de rastreamento:

▣ Suécia: desde 2022, todas as mulheres entre 40 e 74 anos, residentes no país, têm direito à mamografia gratuita a cada dois anos, conforme o programa nacional de triagem (Roginski et al., 2022).

▣ Portugal: em 2025, o Serviço Nacional de Saúde reduziu a idade de início do rastreamento mamográfico para 45 anos (Portugal/Serviço Nacional de Saúde, 2025).

Além desses dois sistemas públicos de saúde citados, diversas entidades científicas têm se posicionado em favor da reavaliação da idade de início do rastreamento do câncer de mama, com base em análises de custo-benefício e evidências recentes. Entre as principais entidades que têm defendido a revisão da idade de início do rastreamento mamográfico, destacam-se:

▣ Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQEHC), Alemanha: em colaboração com especialistas externos, concluiu que, para mulheres de 45 a 49 anos, os benefícios do rastreamento superam os danos. Contudo, enfatiza a importância da decisão informada e da avaliação individual, dado o benefício marginal na redução da mortalidade (IQWiG, 2023).

▣ Canadian Task Force on Preventive Health Care, Canadá: recomenda que mulheres de 40 a 49 anos sejam informadas sobre riscos e benefícios do rastreamento e possam optar por realizar mamografias a cada 2 a 3 anos, conforme seus valores e preferências (Canadian Task Force, 2024).

▣ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), EUA: recomenda mamografias anuais a partir dos 40 anos, com forte ênfase na decisão compartilhada médico-paciente (ACOG, 2016).



▣ U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), EUA: em atualização de 2024, passou a recomendar rastreamento bienal para todas as mulheres de 40 a 74 anos (Nicholson et al., 2024; USPSTF, 2024).

▣ Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Brasil: sociedades médicas, recomendam rastreamento anual com mamografia para mulheres assintomáticas de 40 a 74 anos e avaliação individualizada, com base na saúde geral e na expectativa de vida, para mulheres com 75 anos ou mais (Urban et al., 2023).

No contexto do rastreamento individualizado, a decisão compartilhada deve nortear a relação entre médico e pacientes. Trata-se de um processo em que o(a) paciente participa ativamente da escolha, com base em informações claras, abrangentes e compreensíveis (ANS, 2022). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) formaliza essa concordância, garantindo que o(a) paciente tenha compreendido os riscos e benefícios envolvidos (CFM, 2016).

Importante ressaltar que, conforme a ANS, é vedada a negativa de cobertura da mamografia em qualquer faixa etária, periodicidade ou indicação clínica, desde que prescrita por médico assistente. O Rol de Procedimentos da ANS assegura a cobertura obrigatória da mamografia pelas operadoras de saúde para mulheres de qualquer idade, independentemente da finalidade do exame, com prazo máximo de 10 dias (RN 465/2021; RN 566/2022).

Assim, o rastreamento do câncer de mama deve ser constantemente aprimorado, incorporando avanços científicos, respeitando a autonomia das pacientes e garantindo acesso equitativo, diagnóstico precoce e tratamento oportuno, pilares indispensáveis para o controle efetivo da doença no país.

Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama

O diagnóstico precoce do câncer de mama é uma estratégia fundamental para a identificação da doença em estágios iniciais, contribuindo para a adoção de tratamentos menos invasivos e para o aumento da taxa de sobrevida. Conforme orienta o Manual de Detecção Precoce do Câncer (INCA, 2021), essa abordagem requer ações integradas, que envolvem o letramento em saúde das mulheres - com o objetivo de promover o reconhecimento de alterações suspeitas - e a capacitação dos profissionais de saúde para identificação precoce de sinais clínicos indicativos da doença.

Outro aspecto essencial é a organização dos serviços de saúde, assegurando o acesso ágil, oportuno e resolutivo desde a atenção primária até os centros de referência para investigação diagnóstica. A estruturação de fluxos assistenciais eficazes permite encaminhamento célere e qualificado dos casos suspeitos, garantindo maior equidade no cuidado.

Segundo o INCA (2021), o diagnóstico precoce baseia-se no reconhecimento de sinais e sintomas suspeitos, sendo imprescindível o encaminhamento imediato para confirmação diagnóstica sempre que tais alterações forem identificadas. Entre os principais sinais de alerta para câncer de mama, destacam-se:

- ▣ Presença de qualquer nódulo mamário em mulheres com 50 anos ou mais;
- ▣ Nódulo mamário persistente por mais de um ciclo menstrual em mulheres com mais de 30 anos;
- ▣ Nódulo de consistência endurecida, fixo ou em crescimento, em mulheres de qualquer idade;
- ▣ Descarga papilar sanguinolenta e unilateral;
- ▣ Lesão eczematosa na aréola ou mamilo que não apresenta melhora com tratamentos tópicos;
- ▣ Tumoração mamária unilateral em homens com mais de 50 anos;
- ▣ Linfadenopatia axilar (gânglios aumentados na axila), principalmente quando associada a outras alterações mamárias;
- ▣ Aumento progressivo da mama, acompanhado de sinais de edema, como o aspecto de "casca de laranja";
- ▣ Retração da pele da mama; e
- ▣ Alteração no formato do mamilo.



A detecção precoce, portanto, exige não apenas conhecimento técnico, mas também a integração entre ações de educação em saúde, qualificação dos profissionais e adequada organização dos serviços assistenciais.

2.5.2 Câncer de Colo do Útero

O câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres no Brasil, desconsiderando-se os casos de câncer de pele não melanoma. Trata-se de uma doença de desenvolvimento lento que, em suas fases iniciais, pode ser assintomática. No entanto, à medida que avança, pode apresentar sintomas (INCA, 2021).

principal fator de risco para o câncer de colo do útero é a infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV) que está associada a duas categorias principais de tumores nessa região (INCA, 2021; 2022c):

▣ O carcinoma epidermoide, tipo mais comum, acomete o epitélio escamoso e representa cerca de 90% dos casos.

▣ O adenocarcinoma, mais raro, afeta o epitélio glandular e corresponde a aproximadamente 10% dos casos.

De acordo com a OMS, a incidência do câncer de colo do útero aumenta significativamente em mulheres entre 30 a 39 anos, atingindo seu pico na quinta ou sexta década de vida. Em mulheres com menos de 25 anos, prevalecem infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que, na maioria dos casos, tendem a regredir espontaneamente. Nesses casos, o manejo dessas lesões geralmente envolve o acompanhamento clínico, seguindo protocolos e diretrizes específicas. (INCA 2021; WHO, 2007; 2021).

Após os 65 anos, o risco de desenvolvimento de câncer de colo do útero é significativamente reduzido, devido à evolução lenta da doença. Esse risco é ainda menor quando a mulher realizou regularmente os exames de rastreamento ao longo da vida e obteve resultados normais. A prática do monitoramento periódico é fundamental para garantir a detecção precoce de alterações que possam indicar o início do câncer de colo do útero, proporcionando maior segurança em relação à saúde cervical (INCA 2021; WHO, 2007, 2021).

No Brasil, a taxa bruta estimada de incidência do câncer de colo do útero foi de 15,38 por 100 mil mulheres em 2023 (INCA, 2022b).

A seguir, apresenta-se a Tabela 5 com a estimativa de casos novos para o câncer de colo do útero para o ano de 2023.

Tabela 5. Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer de colo do útero, segundo localização primária

Localização Primária neoplasia maligna	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada	Casos (total)	Taxa bruta (total)	Taxa ajustada (total)
Colo do útero	17.010	15,38	13,25	17.010	15,38	13,25
Todas as neoplasias	362.730	327,96	---	704.080	325,53	---

Fonte: Adaptado de INCA (2022b)

Prevenção do Câncer do Colo do Útero

O câncer do colo do útero é uma das neoplasias com maior potencial de controle, devido à existência de intervenções eficazes tanto na prevenção primária - por meio da vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV) - quanto na prevenção secundária, por meio do rastreamento e diagnóstico precoce (BRASIL, 2023). Diante desse cenário, o enfrentamento da doença ocupa posição de destaque nas estratégias de saúde pública voltadas à atenção oncológica, especialmente no contexto da atenção integral à saúde da mulher.

A prevenção primária tem como foco a redução da infecção pelo HPV, responsável por quase a totalidade dos casos da doença. A vacinação contra o HPV é, atualmente, a estratégia mais eficaz nesse contexto, sendo recomendada prioritariamente antes do início da vida sexual e disponibilizada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (INCA, 2021). O uso de preservativos também contribui



para a redução do risco de transmissão, embora ofereça proteção parcial, já que o vírus pode ser transmitido por contato direto com áreas genitais não cobertas, como a vulva, a região perineal, perianal e a bolsa escrotal (INCA, 2022b).

A prevenção secundária consiste na identificação precoce de lesões precursoras por meio de exames regulares e diagnóstico oportuno. Essa abordagem permite a detecção de alterações celulares antes que evoluam para o câncer invasivo, possibilitando intervenções menos agressivas e com maiores chances de cura.

A combinação entre vacinação, uso de preservativos e programas organizados de rastreamento configura uma abordagem integrada e eficaz para o controle da doença. Desde 2014, o Ministério da Saúde oferece a vacina tetravalente contra o HPV para meninas, ampliando sua cobertura para meninos a partir de 2017. Essa vacina protege contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 - sendo os dois últimos responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero, enquanto os subtipos 6 e 11 estão relacionados às verrugas genitais (INCA, 2021).

Atualmente, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) recomenda a administração de dose única da vacina em meninas e meninos de 9 a 14 anos, faixa etária considerada ideal por, geralmente, não terem iniciado a vida sexual, o que favorece uma resposta imunológica mais eficaz e duradoura. Para pessoas vivendo com HIV/Aids, transplantadas, imunossuprimidas e pacientes oncológicos, a vacinação é indicada até os 45 anos de idade, com esquemas específicos que garantem maior proteção a esses grupos vulneráveis (INCA, 2021).

Apesar da ampla oferta da vacina contra o HPV pelo SUS, a cobertura vacinal ainda é insuficiente, o que limita seu impacto imediato na redução da incidência e da mortalidade pelo câncer do colo do útero. Além disso, os efeitos protetores da imunização tendem a ser observados apenas a longo prazo, à medida que as coortes vacinadas envelhecem e atingem a faixa etária de risco para o desenvolvimento da doença e de suas lesões precursoras. Diante disso, o rastreamento continua sendo uma estratégia essencial, especialmente para as mulheres não vacinadas, que permanecem mais expostas ao risco (Ministério da Saúde, 2024).

Em 2018, a OMS lançou um apelo global pela eliminação do câncer do colo do útero como problema de saúde pública, estabelecendo como meta a redução da incidência da doença para menos de quatro casos por 100.000 mulheres por ano. Em 2020, a OMS apresentou um plano estratégico com três metas principais (BRASIL, 2024; OMS, 2025):

- ▣ Vacinar 90% das meninas contra o HPV até os 15 anos;
- ▣ Rastrear 70% das mulheres com teste molecular para HPV oncogênico aos 35 e 45 anos; e
- ▣ Tratar 90% das mulheres com lesões precursoras ou câncer do colo do útero.

Em 2021, a OMS atualizou suas diretrizes para o rastreamento e o tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero, com base em rigorosas avaliações de tecnologias em saúde (ATS), revisões sistemáticas da literatura, análises de custo efetividade e modelagens preditivas. Essas ações têm mobilizado diversos países - incluindo o Brasil - em um esforço conjunto pela eliminação da doença como problema de saúde pública (BRASIL, 2024; OMS, 2025).

O modelo de rastreamento adotado no Brasil ainda é, predominantemente, oportunístico e baseado no exame citopatológico. No entanto, em 2024, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria GM/MS nº 1.150, de 9 de abril de 2024, aprovando a incorporação do teste molecular de DNA-HPV oncogênico como novo exame de rastreamento primário do câncer do colo do útero no SUS. Esse teste detecta a presença do DNA dos tipos oncogênicos do Papilomavírus Humano, apresentando maior sensibilidade em comparação ao exame citopatológico. Essa característica permite a ampliação do intervalo entre os exames e aumenta a efetividade da triagem (BRASIL, 2024).

Para garantir maior adesão às estratégias de prevenção e rastreamento, é fundamental investir em ações de educação e letramento em saúde voltadas às mulheres. A vacinação, aliada ao teste molecular de DNA-HPV oncogênico, fortalece as políticas públicas de prevenção do câncer do colo do útero. É importante ressaltar que, mesmo as mulheres vacinadas devem realizar esse teste na faixa etária recomendada, uma vez que a vacina não oferece proteção contra todos os subtipos de HPV de alto risco (INCA, 2021; BRASIL, 2024).



Além da prevenção específica contra o HPV, é essencial promover ações de saúde mais amplas, voltadas à redução de fatores de risco comuns a diferentes tipos de câncer, reforçando o papel da atenção oncológica na promoção da saúde integral da mulher.

Detecção Precoce: Rastreamento e Diagnóstico Precoce do Câncer de Colo do Útero

Rastreamento do Câncer de Colo do Útero

Programas organizados de rastreamento populacional têm se mostrado altamente eficazes na redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Desde meados do século XX, países desenvolvidos vêm observando uma significativa queda na morbimortalidade relacionada a esse tipo de câncer, impulsionada pela implementação de estratégias sistemáticas de detecção precoce.

Diferentemente do modelo oportunístico - que frequentemente resulta no rastreamento excessivo de mulheres com menor risco, ao mesmo tempo em que negligencia aquelas em maior situação de vulnerabilidade - o rastreamento populacional estruturado promove maior equidade no acesso, evita sobre tratamentos desnecessários, reduz perdas no seguimento clínico e amplia a efetividade das ações de saúde (OMS, 2018).

No Brasil, em março de 2024, o MS publicou a Portaria SECTICS/MS nº 3, oficializando a incorporação do teste molecular para detecção de HPV oncogênico no SUS. A metodologia adotada é baseada na reação em cadeia da polimerase (PCR), com genotipagem parcial ou estendida. O teste foi validado tanto analítica quanto clinicamente, seguindo critérios internacionais de qualidade (BRASIL, 2024).

A OMS (2018), reconhece que o teste de DNA-HPV é mais eficaz do que a citologia oncológica tradicional na detecção de lesões precursoras e do câncer do colo do útero. Uma meta-análise com quatro ensaios clínicos randomizados europeus demonstrou que a incidência cumulativa de câncer foi 40% menor entre mulheres rastreadas com o teste de DNA-HPV, em comparação com aquelas rastreadas por citologia. Esses achados evidenciam que o rastreamento baseado em testes moleculares oferece proteção superior contra o desenvolvimento de carcinoma cervical invasivo, além de reduzir a mortalidade pela doença (OMS, 2018; Ministério da Saúde, 2024)).

Com essa nova abordagem, o exame citopatológico passa a exercer um papel complementar, sendo indicado como exame de triagem subsequente a um teste molecular positivo - especialmente em casos relacionados a infecções pelos subtipos de HPV de alto risco, como os tipos 16 e 18 (Ministério da Saúde, 2024).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero - Parte I: Rastreamento Organizado utilizando Testes Moleculares para Detecção de DNA-HPV Oncogênico, devem ser considerados os seguintes critérios:

- ▣ O rastreamento com teste de DNA-HPV deve ser oferecido a pessoas com colo do útero, com idade entre 25 e 60 anos, que já tenham iniciado atividade sexual. A escolha dessa faixa etária baseia-se na maior prevalência de lesões precursoras de alto grau nesse grupo;

- ▣ O rastreamento deve ser encerrado aos 60 anos se o último exame realizado for negativo;

- ▣ A recomendação de início aos 25 anos é mantida no Brasil, embora haja debate internacional sobre a possibilidade de se iniciar o rastreamento aos 30 anos, considerando maior custo efetividade e menor risco de sobre tratamento em populações jovens;

- ▣ A periodicidade recomendada é de cinco anos para resultados negativos no teste de DNA-HPV e de um ano para resultados positivos;

- ▣ Em casos de detecção dos subtipos virais 16 ou 18 no teste de DNA-HPV, a colposcopia deve ser indicada, independentemente do resultado da citologia;

- ▣ Para pessoas com 60 anos ou mais e sem histórico de exames prévios, recomenda-se a realização de pelo menos um teste após os 60 anos. Em caso de resultado positivo, deve-se seguir o mesmo protocolo do manejo indicado para a população de risco padrão;

- ▣ Em pessoas com histórico de lesões cervicais de alto grau (Neoplasia Intraepitelial Cervical NIC NIC2, NIC3 ou Adenocarcinoma in situ - AIS), o rastreamento deve continuar por até 25 anos após o tratamento, desde que aceitável e possível (BRASIL, 2024); e



☐ Pessoas trans masculinas e não binárias com colo do útero devem ser incluídas no rastreamento conforme os mesmos critérios de faixa etária e risco aplicados à população em geral, com atenção à individualização do cuidado e à garantia de acesso equitativo aos serviços de saúde (CONNOLLY; HUGHES; BERNER, 2020)

Grupos Especiais:

☐ Pessoas vivendo com HIV ou imunodeprimidas - devem iniciar o rastreamento imediatamente após o início da vida sexual, independentemente da idade, considerando o maior risco de persistência da infecção pelo HPV e progressão para lesões de alto grau.

o Resultado negativo no teste de DNA-HPV: repetir o exame após três anos.

o Resultado positivo para qualquer subtipo viral de HPV: encaminhar para colposcopia, independentemente da citologia (INCA, 2021; BRASIL, 2024).

☐ Gestantes: o teste de DNA-HPV pode ser realizado com segurança durante o pré-natal. Em programas organizados, a gestação não é considerada um momento adequado para rastreamento, pois há um aumento na detecção de DNA-HPV oncogênico. Esse resultado parece não ter relevância clínica por ser, usualmente, um achado transitório e que tende a se tornar indetectável após o parto.

☐ Pessoas sem atividade sexual ou com histerectomia total por causa benigna: não devem ser incluídas no rastreamento, considerando a ausência de risco significativo para o desenvolvimento do câncer do colo do útero.

☐ Pessoas na pós menopausa: devem seguir as mesmas recomendações aplicadas à população de risco padrão.

Ressalta-se que o rastreamento se aplica exclusivamente a pessoas assintomáticas. A presença de sintomas sugestivos de lesões cervicais avançadas exige encaminhamento imediato para avaliação especializada, independentemente do histórico de rastreamento prévio (BRASIL, 2024).

Além disso, a priorização de uma faixa etária específica para o rastreamento não exclui a possibilidade de que mulheres mais jovens ou mais velhas realizem o exame, quando houver justificativa clínica. A história individual e os fatores de risco devem ser considerados pelo médico assistente como elementos fundamentais para a indicação adequada do exame (BRASIL, 1998).



Diagnóstico Precoce do Câncer do Colo do Útero

Para que essa estratégia seja efetiva, é fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados para reconhecer sinais clínicos sugestivos da doença e que a população tenha acesso rápido e facilitado aos serviços de atenção primária. Embora o rastreamento com teste de DNA-HPV seja atualmente considerado o principal método para detecção precoce, a identificação de sinais e sintomas clínicos fora do contexto do rastreamento também deve ser considerada uma via relevante para o diagnóstico.

Nos estágios iniciais, a doença tende a ser assintomática. Entretanto, à medida que progride, manifestações clínicas tornam-se mais frequentes. Os principais sinais e sintomas relacionados ao câncer do colo do útero incluem (INCA, 2021; SAS, 2016, 2021; OPAS, 2016):

☐ Sangramento vaginal anormal, especialmente após relações sexuais, entre os ciclos menstruais ou em mulheres na pós menopausa;

☐ Corrimento vaginal persistente, muitas vezes com odor fétido ou coloração incomum;

☐ Dor durante as relações sexuais (dispareunia);

☐ Dor pélvica ou lombar de caráter contínuo;

☐ Alterações menstruais, como irregularidade ou aumento do fluxo; e

☐ Sintomas abdominais acompanhados de queixas urinárias ou intestinais, observados em fases mais avançadas.

Dada a baixa especificidade desses sintomas e sua ocorrência geralmente tardia - em fases mais avançadas da doença - é essencial que os profissionais mantenham atenção clínica direcionada, especialmente em mulheres fora da faixa etária recomendada para o rastreamento ou com histórico de

baixa adesão aos exames de rastreamento. A investigação cuidadosa desses sinais deve ser incorporada como prática rotineira na atenção primária à saúde, com o objetivo de favorecer a identificação precoce da doença e interromper sua progressão.

2.5.3 Câncer de Próstata

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens, ficando atrás apenas do câncer de pele não melanoma. É considerado um câncer típico da terceira idade, uma vez que cerca de 75% dos casos no mundo ocorrem em homens com 65 anos ou mais. A incidência e a mortalidade desse tipo de câncer aumentam significativamente após os 60 anos (INCA, 2021; INCA, 2023c).

A existência de histórico de câncer de próstata , especialmente em parentes de primeiro grau como pai e irmãos, pode estar relacionada a fatores genéticos. Observa-se um aumento nas taxas de incidência desse câncer no Brasil, que pode ser parcialmente atribuído à evolução dos métodos diagnósticos, à melhoria da qualidade dos sistemas de informação no país e ao aumento da expectativa de vida (INCA, 2021).

Segundo dados do INCA (2022b), o número estimado de casos novos do câncer de próstata para o triênio de 2023 a 2025 foi de 71.730 casos, com um risco estimado de 67,86 casos a cada 100 mil homens para 2023 (INCA, 2022b).

A seguir, apresenta-se a Tabela 6 com a estimativa de casos novos produzida pelo INCA para o câncer de próstata para o ano de 2023.

Tabela 6. Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer de próstata, segundo localização primária

Localização Primária neoplasia maligna	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada	Casos (total)	Taxa bruta (total)	Taxa ajustada (total)
Próstata	71.730	67,86	55,49	71.730	67,86	55,49
Todas as neoplasias	341.350	323,00	---	704.080	325,53	---

FONTE: Adaptado de INCA (2022b, p. 62)

Prevenção do Câncer de Próstata

Além dos fatores de risco comuns a diferentes tipos de câncer e de fatores genéticos, existem outros fatores de risco comportamentais e ambientais específicos associados ao câncer de próstata, incluindo (INCA, 2023):

▣ Sobrepeso e obesidade: estão associados a um risco aumentado de desenvolvimento de câncer de próstata em estágio avançado;

▣ Tabagismo: pessoas tabagistas apresentam maior risco de morte por câncer de próstata, ou seja, têm um prognóstico significativamente pior quando desenvolvem a doença;

▣ Exposição a substâncias: aminas aromáticas - comuns nas indústrias química, mecânica e de transformação de alumínio; arsênio (utilizado como conservante de madeira e em agrotóxicos); produtos derivados do petróleo; emissões de motores a combustão; hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (HPAs); fuligem e dioxinas; e

▣ Exposição à radiação.

Ressalta-se que algumas profissões e ocupações apresentam maior exposição a esses agentes e, conseqüentemente, maior risco para o desenvolvimento desse tipo de câncer, tais como:

▣ Fundição de metais não ferrosos;

▣ Tratamento de madeira;

▣ Indústria de eletrônicos;

▣ Fabricação de vidros;

▣ Produção e aplicação de agrotóxicos à base de arsênio e do inseticida malation;

▣ Produção e refino de cádmio;

▣ Fabricação de baterias, pilhas e pigmentos à base de cádmio;



- ☐ Produção de materiais à base de PVC;
- ☐ Indústrias de semicondutores e de eletrodos;
- ☐ Serviços de radiologia e usinas nucleares;
- ☐ Mineração subterrânea;
- ☐ Produção de borracha;
- ☐ Trabalhos noturnos;
- ☐ Atuação como bombeiro.

Todas essas ocupações demandam medidas rigorosas de controle e monitoramento ambiental, além de programas de saúde ocupacional que visem à redução da exposição desses profissionais aos agentes carcinogênicos (INCA, 2023).

Além da prevenção dos fatores de risco comuns a diferentes tipos de câncer, o câncer de próstata pode ser prevenido com as seguintes ações específicas (INCA, 2023c):

- ☐ Redução do excesso de gordura corporal;
- ☐ Cessação ou redução do tabagismo;
- ☐ Evitar exposição a substâncias tóxicas já citadas; e
- ☐ Evitar exposição à radiação:
 - o Ionizante (x e gama);
 - o Elemento radioativo (Tório 232).

Detecção Precoce: Rastreamento e Diagnóstico Precoce do Câncer de Próstata

Rastreamento do Câncer de Próstata

Evidências científicas disponíveis até o momento não sustentam a adoção de programas de rastreamento populacional para o câncer de próstata no Brasil (BRASIL, 2023; INCA, 2023c). Apesar disso, há um entendimento consolidado sobre a importância da decisão compartilhada entre médico e paciente no rastreamento individualizado, especialmente em indivíduos com risco aumentado para essa neoplasia.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) não recomenda a realização do rastreamento de forma sistemática e ampla na população geral. Em contrapartida, orienta que seja adotada uma abordagem centrada no paciente, com diálogo aprofundado e individualizado acerca dos riscos e benefícios envolvidos, favorecendo a tomada de decisão compartilhada entre médico e paciente (BRASIL, 2023; INCA, 2023c).

Nesse contexto, o INCA e o MS estabelecem as seguintes recomendações:

- ☐ Indivíduos que manifestarem interesse na realização de exames para rastreamento do câncer de próstata devem ser devidamente esclarecidos por profissionais médicos quanto aos riscos e benefícios envolvidos, a fim de possibilitar uma decisão compartilhada (INCA/MS, 2015; INCA/MS, 2025); e
- ☐ Em casos de indivíduos com risco aumentado para neoplasia prostática, recomenda-se iniciar a investigação com a dosagem do antígeno prostático específico (PSA) e o exame digital retal (toque retal) (BRASIL, 2016; MOTTET, 2023).

Dessa forma, não há diretriz vigente que respalde a adoção de estratégias de busca ativa para rastreamento do câncer de próstata na população geral.

A Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), 2025 recomenda que o rastreamento do câncer de próstata seja feito de forma individualizada, conforme o risco do paciente, mediante discussão de riscos e benefícios:

- ☐ Indivíduos com risco habitual:
 - o Início do rastreamento entre 45 e 50 anos de idade.
 - o Periodicidade recomendada: a cada 2 a 4 anos, dependendo da avaliação clínica e dos níveis de PSA.
- ☐ Indivíduos com alto risco, incluindo:



- o Indivíduos negros.

- o Indivíduos com histórico familiar de câncer de próstata em parentes de primeiro grau.

- o Início do rastreamento a partir dos 40 anos de idade.

- o Periodicidade recomendada: anualmente.

- ▣ Exames recomendados no rastreamento:

- o Dosagem do antígeno prostático específico (PSA).

- o Toque retal, quando clinicamente indicado.

- ▣ Decisão compartilhada:

- o A decisão de iniciar e manter o rastreamento deve ser feita em conjunto entre médico e paciente, com base em uma discussão clara sobre os benefícios, riscos e preferências individuais.

- ▣ Interrupção do rastreamento:

- o Recomenda-se suspender o rastreamento em Indivíduos com expectativa de vida inferior a 10 anos, ou quando os riscos superarem os benefícios potenciais.

No contexto internacional, nos EUA, o U.S. Preventive Services Task Force recomenda que a decisão pelo rastreamento do câncer de próstata com o teste de PSA seja tomada de forma individualizada para homens entre 55 e 69 anos, após discussão sobre os potenciais benefícios e riscos do rastreamento. Para homens com 70 anos ou mais, o rastreamento não é recomendado. Também nos EUA, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) vai na mesma direção e não recomenda um teste de triagem padrão ou sistemático para câncer de próstata. No entanto, aponta que testes como o PSA, o toque retal e o teste genético PCA3 vem sendo utilizados na prática. Reforça a importância da decisão compartilhada, especialmente para homens entre 55 e 69 anos. Apontam a importância da abordagem para indivíduos com risco aumentado, o que inclui idade avançada, ancestralidade africana e histórico familiar positivo.

No Canadá, a Força-Tarefa Canadense sobre Cuidados Preventivos de Saúde não orienta a realização sistemática do rastreamento baseado em PSA para câncer de próstata, fundamentando-se na baixa relação benefício/risco associada a esse tipo de triagem na população geral.



No Reino Unido, o Serviço Nacional de Saúde, o NHS também não recomenda um programa nacional de rastreamento para câncer de próstata, uma vez que não existe, até o momento, um exame confiável que permita identificar de forma eficaz tumores clinicamente significativos em estágio inicial.

Entre as associações médicas, o American Cancer Society (ACS) dos EUA adota uma postura cautelosa em relação ao rastreamento do câncer de próstata, reconhecendo que os benefícios ainda não superam claramente os riscos. A recomendação é que homens assintomáticos discutam a questão com seus médicos a partir dos 50 anos, para o risco habitual; 45 anos (risco alto - afrodescendência ou histórico familiar) ou 40 anos (risco muito alto - múltiplos parentes de primeiro grau com diagnóstico precoce). O exame inicial é o PSA, podendo ser complementado por exame digital retal, testes laboratoriais moleculares ou exames de imagem como a ressonância magnética multi paramétrica.

A American Urological Association (AUA), também dos Estados Unidos, recomenda que homens entre 45 e 69 anos, com risco habitual, considerem o rastreamento com PSA após orientação médica. Para homens com maior risco, o rastreamento pode ser iniciado entre 40 e 54 anos. A periodicidade sugerida varia entre 2 e 4 anos. O rastreamento pode incluir o PSA e, opcionalmente, o exame digital retal. A tomada de decisão compartilhada é fortemente recomendada.

A American Academy of Family Physicians (AAFP) dos EUA, não recomenda o rastreamento rotineiro com PSA. Para homens entre 55 e 69 anos que optem pelo rastreamento, este deve ocorrer somente após uma discussão clara sobre riscos e benefícios. Recomenda-se um intervalo mínimo de dois anos entre os exames. O exame digital retal não é recomendado como ferramenta de rastreamento, pois não aumenta a taxa de detecção de forma significativa.

Associação Europeia de Urologia (EAU) orienta que o rastreamento com PSA só seja realizado após adequada orientação médica sobre riscos e benefícios, mediante decisão compartilhada. Recomenda-se iniciar o rastreio:

- ☐ Aos 50 anos para homens sem fatores de risco;
- ☐ Aos 45 anos para homens com histórico familiar ou afrodescendentes; e
- ☐ Aos 40 anos para indivíduos portadores da mutação BRCA2.

A periodicidade pode variar entre 8 à 10 anos em casos de baixo risco e a cada 2 anos para homens com PSA elevado.

A seguir apresenta-se Quadro 8 com resumo de Diretrizes Nacionais e Internacionais sobre o Rastreamento do Câncer de Próstata

Quadro 8 - Diretrizes Nacionais e Internacionais obre o Rastreamento do câncer de Próstata

Instituição	País	Diretrizes principais
MS/ INCA	Brasil	Não indica rastreamento populacional. Enfatizam a decisão compartilhada para indivíduos que solicitarem rastreamento, especialmente com alto risco (histórico familiar ou raça negra), mediante PSA e exame digital retal. Contraindicam campanhas populacionais sistemáticas.
USPSTF	EUA	Recomenda rastreamento individualizado para homens de 55 a 69 anos, com decisão compartilhada. Contraindica rastreamento em homens ³ 70 anos.
ACS	EUA	Sugere iniciar discussões para decisão compartilhada a partir de 50 anos (risco habitual), 45 anos (alto risco) ou 40 anos (risco muito alto). Não recomenda rastreamento universal.
AUA	EUA	Sugere rastreamento risco habitual entre 45-69 anos; 40-54 se alto risco, com intervalos de 2 a 4 anos. O rastreamento deve ser precedido de decisão compartilhada.
AAFP	EUA	Não recomenda rastreamento rotineiro com PSA. Sugere decisão colaborativa para homens entre 55-69 anos. Contraindica o exame digital retal como ferramenta isolada de rastreamento.
CDC	EUA	Não recomenda teste padronizado. Enfatiza o PSA, o exame digital retal e o teste PCA3, apenas mediante decisão compartilhada.
Força-Tarefa Canadense sobre Cuidados Preventivos de Saúde	Canadá	Contraindica rastreamento com PSA, com base na baixa relação benefício/risco.
NHS	Reino Unido	Não existe um programa nacional de rastreamento para o câncer de próstata, tendo em vista que o teste de PSA pode levar ao sobre diagnóstico e tem impacto limitado na redução da mortalidade. Estudos em andamento buscam métodos mais eficazes.
EAU	Europa	Defende rastreamento após aconselhamento médico, com início aos 50 anos (baixo risco), 45 anos (histórico familiar/afrodescendentes) ou 40 anos (mutação BRCA2). Intervalos entre 2 e 10 anos conforme risco. Contraindica testagem em indivíduos com expectativa de vida < 15 anos.
SBOC	Brasil	Não recomenda o rastreamento populacional de rotina. Reforça a decisão compartilhada em casos de risco elevado, como história familiar positiva e ancestralidade negra.

Fonte: Elaboração própria

Apesar das divergências entre as instituições, há ausência quanto a indicação de estratégias de rastreamento populacional para o câncer de próstata, bem como há consenso quanto à importância da decisão compartilhada entre o médico e o paciente no processo de rastreamento individualizado do câncer de próstata. A testagem com PSA, embora amplamente utilizada, deve ser ponderada com cautela, considerando fatores de risco como idade, ancestralidade africana, histórico familiar positivo e mutação BRCA2. A tendência atual é adotar uma abordagem personalizada e individualizada, evitando exames excessivos e priorizando testes complementares apenas quando clinicamente indicados.

Desse modo, no âmbito desta certificação, não é recomendada a busca ativa de indivíduos para o rastreamento do câncer prostático. Entretanto, para indivíduos com idade acima de 40 anos e que apresentem alto risco para câncer de próstata, a realização do rastreamento de forma individualizada deve ser considerada, mediante decisão compartilhada (INCA, 2023). Além disso, para indivíduos com e risco



considerado habitual, o rastreamento individualizado poderá ser realizado, desde que indicado por médico assistente e precedido de decisão compartilhada formalizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (INCA, 2015; INCA, 2025).

Em razão da ausência de benefícios clínicos comprovados frente aos riscos associados, o rastreamento individualizado é comumente realizado até os 69 anos. A partir dos 70 anos, cabe avaliação das condições clínicas e estimativa de sobrevida de aproximadamente dez anos, realizada pelo médico assistente (SBOC, 2025).

Diagnóstico Precoce do Câncer de Próstata

O diagnóstico precoce do câncer de próstata visa identificar o tumor em seus estágios iniciais, condição que amplia as chances de um tratamento eficaz e que melhora os desfechos clínicos (WHO, 2017). Essa abordagem é fundamental para a detecção da doença em fases menos avançadas, nas quais as opções terapêuticas são, em geral, mais efetivas, menos invasivas e associadas a menor impacto na qualidade de vida do paciente.

A efetividade dessa estratégia depende, de forma significativa, da capacitação tanto dos profissionais de saúde quanto da população, com foco no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas suspeitos. Além disso, o acesso oportuno e facilitado aos serviços de saúde exerce um papel determinante no processo diagnóstico (INCA, 2021).

A investigação ágil de sintomas sugestivos de possível neoplasia prostática deve ser conduzida em conformidade com diretrizes clínicas baseadas em evidências. Os principais sinais e sintomas de alerta são:

Alterações na frequência e nos padrões urinários, mesmo que inespecíficos:

☐ Hematúria visível; e

☐ Disfunção erétil.

Diante da presença desses sinais e sintomas sugestivos, deve-se proceder com uma avaliação inicial, conforme indicado nas diretrizes clínicas, que pode incluir:

☐ Exame digital retal (EDR);

☐ Dosagem do antígeno prostático específico (PSA) no sangue; e

☐ Ressonância magnética nuclear (RMN) da próstata.

O laudo da RMN deve ser padronizado conforme o sistema PI-RADS - Prostate Imaging Reporting and Data System, que classifica as lesões prostáticas de acordo com a probabilidade de malignidade clinicamente significativa.

A versão 2.1 do PI-RADS (BARENTSZ et al., 2020) organiza os achados da seguinte forma:

☐ PI-RADS 1: Risco muito baixo - Câncer clinicamente significativo é altamente improvável;

☐ PI-RADS 2: Risco baixo - Câncer clinicamente significativo é improvável;

☐ PI-RADS 3: Risco intermediário - Probabilidade indeterminada de câncer;

☐ PI-RADS 4: Risco alto - Alta probabilidade de câncer clinicamente significativo; e

☐ PI-RADS 5: Risco muito alto - Altíssima probabilidade de câncer clinicamente significativo.

Lesões classificadas como PI-RADS 1 ou 2 geralmente não demandam intervenção imediata, sendo possível apenas o monitoramento. Por outro lado, lesões PI-RADS 4 ou 5 frequentemente requerem biópsia prostática e investigação mais aprofundada.

No caso das lesões PI-RADS 3, que representam uma zona cinzenta na prática clínica, com probabilidade intermediária de câncer. A conduta ainda é controversa na literatura: nem todas necessitam de biópsia imediata, especialmente em pacientes assintomáticos, com baixos níveis de PSA e sem histórico familiar de câncer de próstata. Nesses casos, a vigilância ativa pode ser considerada.

A classificação PI-RADS é uma ferramenta essencial para nortear a necessidade de biópsia e o acompanhamento dos achados radiológicos. No entanto, a decisão clínica compete ao médico assistente que deve considerar variáveis adicionais, como a história clínica individual, os níveis séricos de PSA e as



preferências do paciente.

A partir da convergência entre os achados clínicos, laboratoriais e de imagem, pode haver indicação para biópsia da próstata, com o objetivo de confirmação diagnóstica. Esse procedimento pode ser realizado por via transretal ou transperineal, com orientação por ultrassonografia e/ou ressonância magnética, conforme recomendação da OMS (WHO, 2017).

É fundamental destacar que o seguimento ágil dos casos suspeitos é decisivo para alcançar melhores desfechos clínicos, sendo indispensável a existência de fluxos bem definidos para investigação e tratamento. A adoção de uma abordagem rápida, com diagnóstico preciso e início precoce do tratamento ou da vigilância ativa, quando indicados, é essencial para garantir a efetividade da resposta assistencial e contribuir para a redução de complicações e da mortalidade pela doença.

2.5.4 Câncer de Pulmão (traqueia, brônquio e pulmão)

Segundo as estimativas do INCA para o ano de 2023, o câncer de traqueia, brônquio e pulmão é o terceiro tipo mais comum entre os homens, com 18.020 casos novos, e o quarto tipo mais comum entre as mulheres, com 14.540 casos novos no Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma. Esse câncer é o primeiro em incidência no mundo entre os homens e o terceiro entre as mulheres. (INCA, 2022b).

O câncer de pulmão é altamente letal, com uma taxa de sobrevida relativa em cinco anos de apenas 18% (15% para homens e 21% para mulheres). Somente 16% dos casos são diagnosticados em estágio inicial (câncer localizado), onde a taxa de sobrevida de cinco anos é de 56% (INCA, 2021).

No final do século XX, o câncer de pulmão se tornou uma das principais causas de morte evitáveis, principalmente devido ao tabagismo e à exposição passiva ao tabaco, que são fatores de risco significativos para o desenvolvimento dessa doença. Aproximadamente 85% dos casos diagnosticados estão associados ao consumo de produtos derivados do tabaco (INCA, 2021).

A taxa de incidência do câncer de traqueia, brônquio e pulmão vem diminuindo desde meados da década de 1980 entre homens e desde meados dos anos 2000 entre mulheres. Essa diferença deve-se aos padrões de adesão à cessação do tabagismo observados nos diferentes sexos. Entre 2011 e 2015, a taxa de mortalidade diminuiu 3,8% ao ano em homens e 2,3% ao ano em mulheres, refletindo a redução na prevalência do tabagismo (INCA, 2022d).



A seguir, apresenta-se a Tabela 7, com a taxa de incidência estimada para o ano de 2023 do câncer de traqueia, brônquio e pulmão:

Tabela 7. Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer de traqueia, brônquio e pulmão, segundo sexo e localização primária

Localização Primária neoplasia maligna	Casos (Homens)	Taxa bruta (Homens)	Taxa ajustada (Homens)	Casos (Mulheres)	Taxa bruta (Mulheres)	Taxa ajustada (Mulheres)	Casos (total)	Taxa bruta (total)	Taxa ajustada (total)
Traqueia, brônquio e pulmão	4.760	31,54	24,19	3.300	20,98	15,54	8.060	26,15	18,55
Todas as neoplasias	341.350	323,00	---	362.730	327,96	---	704.080	325,53	---

Fonte: Adaptado de INCA (2022b, p. 62)

Prevenção do Câncer Pulmão (Traqueia, Brônquio e Pulmão)

A fumaça do tabaco contém mais de 7.000 compostos e substâncias químicas, incluindo pelo menos 50 substâncias reconhecidas como cancerígenos. O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são responsáveis por cerca de 85% dos casos de câncer de pulmão, o que torna a interrupção do fumo a principal medida de prevenção dessa doença (INCA, 2021; INCA, 2022d).

Além do tabagismo, outro fator importante relacionado ao câncer de pulmão é a exposição a agentes carcinogênicos no ambiente de trabalho. (INCA, 2021). Entre os agentes reconhecidos como cancerígenos estão aqueles presentes na produção de alumínio, na gaseificação de carvão, na mineração de hematita, nas fundições de ferro e aço, metais (arsênico, cádmio, cromo hexavalente, arsênio, berílio,

níquel) e poeiras (amianto, sílica, poeira de couro e de madeira). Outros fatores de risco incluem o produto da combustão de motores a diesel, a poluição do ar e o consumo de água potável contaminada com arsênico. Consequentemente, algumas categorias profissionais estão associadas à exposição a essas substâncias, podendo apresentar um risco aumentado de desenvolver câncer de pulmão. Quando a exposição laboral ocorre em conjunto com o hábito de fumar, o risco pode ser ainda maior, devido à possível sinergia entre o tabagismo e certos agentes químicos ou físicos (INCA, 2021, INCA, 2022d).

Adicionalmente, fatores como a suplementação com altas doses de vitamina A, histórico de tuberculose ou de doença pulmonar obstrutiva crônica (como enfisema pulmonar e bronquite crônica), fatores genéticos e histórico familiar de câncer de pulmão também estão relacionados ao desenvolvimento desse tipo de câncer (INCA, 2021, INCA, 2022d).

De forma geral, para a prevenção dos fatores de risco para o câncer de pulmão também deve-se manter hábitos saudáveis como a manutenção da gordura corporal em níveis adequados; alimentação saudável, prática regular de atividade física, cessar o consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo, assim como para a prevenção de outros tipos de câncer.

Detecção Precoce do Câncer de Pulmão (Traqueia, Brônquio e Pulmão)

Rastreamento do Câncer de Pulmão (Traqueia, Brônquio e Pulmão)

A ausência de um consenso científico robusto quanto à relação entre benefícios e riscos impede, até o momento, a formulação de uma recomendação formal para a implementação de programas de rastreamento populacional do câncer de pulmão no Brasil. Segundo o INCA, 2021, os possíveis efeitos adversos associados a essa estratégia - como o sobrediagnóstico, a exposição desnecessária à radiação e a realização de procedimentos invasivos decorrentes de achados incidentais - podem superar os benefícios potenciais em indivíduos da população geral. Por essa razão, não há diretriz nacional vigente que endosse a adoção do rastreamento em larga escala para esse tipo de neoplasia. Assim, o rastreamento populacional do câncer de pulmão não é, atualmente, recomendado como política pública de saúde no Brasil.

Entretanto, evidências recentes provenientes de ensaios clínicos randomizados têm demonstrado a efetividade do rastreamento com tomografia computadorizada de baixa dose (TCBD) na redução da mortalidade por câncer de pulmão em grupos de alto risco.



Dentre os estudos mais relevantes, destacam-se:

- National Lung Screening Trial (NLST, 2011): evidenciou redução significativa da mortalidade específica por câncer de pulmão entre grandes fumantes submetidos à TCBD anual, em comparação com radiografia de tórax convencional (NLST, 2011);

Estudo de Koning et al. (2020): corroborou os achados do NLST, reforçando os benefícios do rastreamento em coortes semelhantes de alto risco (KONING et al., 2020).

Nos Estados Unidos, a USPSTF recomenda o rastreamento anual do câncer de pulmão por meio de tomografia computadorizada de baixa dose (TCBD) para indivíduos considerados de alto risco. Essa recomendação se aplica a pessoas com idade entre 50 e 80 anos, com carga tabágica acumulada de, no mínimo, 20 maços/ano, que sejam fumantes ativos ou tenham cessado o tabagismo há menos de 15 anos (USPSTF, 2021). Essa estratégia tem demonstrado impacto positivo na redução da mortalidade por câncer de pulmão.

Ainda assim, é fundamental considerar os riscos associados ao rastreamento do câncer de pulmão, entre os quais se destacam (ROBBINS et al., 2019; INCA, 2022d):

- ▣ Resultados falso-positivos, que podem causar ansiedade e levar à realização de exames adicionais ou procedimentos invasivos desnecessários;

- ▣ Resultados falso-negativos, que podem atrasar o diagnóstico e comprometer o tratamento oportuno;

- ▣ Achados incidentais, que frequentemente resultam em intervenções sem relevância clínica comprovada; e

- ▣ Sobrediagnóstico, caracterizado pela detecção de neoplasias que não evoluiriam clinicamente nem impactariam a sobrevida do paciente ao longo da vida.

Diante desse cenário, a decisão de realizar o exame de rastreamento para população de alto risco deve ser baseada na abordagem individualizada, mediante decisão compartilhada entre médico e paciente, considerando cuidadosamente os riscos e benefícios envolvidos. A decisão compartilhada consiste em um processo colaborativo fundamentado em evidências clínicas atualizadas, no qual são respeitadas as preferências e os valores do paciente, promovendo um cuidado mais centrado e humanizado (LU; LIU; YUAN, 2022).

No âmbito desta certificação, considera-se importante a decisão compartilhada para o rastreamento individualizado para o Câncer de Pulmão para pacientes de alto risco, mediante indicação do médico assistente e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

São considerados de Alto Risco:

- ☐ Indivíduos com idade entre 50 e 80 anos;
- ☐ Fumantes ativos ou que tenham cessado o tabagismo há menos de 15 anos;
- ☐ Carga tabágica acumulada de, no mínimo, 20 maços/ano.

Diagnóstico Precoce do Câncer de Pulmão (Traqueia, Brônquio e Pulmão)

A estratégia de diagnóstico precoce tem como objetivo identificar casos em estágios iniciais da doença, aumentando as chances de resposta ao tratamento e a sobrevida dos pacientes. Para que isso ocorra, é fundamental que tanto a população quanto os profissionais de saúde estejam capacitados a reconhecer sinais e sintomas sugestivos, além de ser essencial garantir acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde, permitindo o início oportuno da investigação diagnóstica (INCA, 2021).

É importante destacar, contudo, que o diagnóstico precoce é viável apenas em parte dos casos, uma vez que a maioria dos pacientes com câncer de pulmão apresenta manifestações clínicas apenas em estádios mais avançados. Ainda assim, a identificação precoce de sinais e sintomas pode favorecer a detecção em uma fase potencialmente tratável, com impacto positivo no prognóstico.

Sinais e sintomas comuns que devem ser valorizados no contexto do câncer de pulmão (INCA, 2021; NCI, 2021; NICE, 2015):

- Hemoptise (presença de sangue ao tossir);
- Tosse persistente ou rouquidão sem causa aparente;
- Dor torácica;
- Dispneia (falta de ar);
- Astenia (fraqueza);
- Perda de peso não intencional.

Esses sinais devem sempre motivar investigação complementar, especialmente em pacientes com histórico de tabagismo ou fatores de risco ocupacional.

2.5.5. Câncer de Cólon e Reto

O câncer colorretal, também conhecido como câncer de intestino, abrange os tumores malignos que se originam no intestino grosso (cólon) e no reto. Excluindo-se os tumores de pele não melanoma, é o terceiro tipo de câncer mais comum no Brasil (INCA, 2022b).

Este tipo de câncer apresenta elevado potencial de prevenção, principalmente com a adoção de hábitos saudáveis, como alimentação balanceada, prática regular de atividade física e redução de fatores de risco modificáveis. Além da prevenção primária, o câncer colorretal também pode ser prevenido por meio da prevenção secundária, estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce (INCA, 2021).

Trata-se de uma neoplasia heterogênea, cujo desenvolvimento ocorre, predominantemente, por duas vias principais: a via adenoma-carcinoma e a via serrilhada.

☐ Via adenoma-carcinoma: é a mais prevalente, responsável por cerca de 75% dos casos de câncer colorretal. Nesse processo, lesões benignas conhecidas como adenomas (ou pólipos adenomatosos) podem, ao longo dos anos, progredir para adenocarcinomas. Embora a maioria dos



adenomas não evolua para câncer, alguns apresentam potencial de transformação maligna, especialmente aqueles com características avançadas. A progressão de um adenoma para câncer pode levar mais de 20 anos (Bonnington; Rutter, 2016).

▣ Via serrilhada: corresponde a aproximadamente 12% a 15% dos casos. Essa via envolve lesões precursoras denominadas pólipos serrilhados, que, embora menos frequentes, apresentam comportamento biológico mais agressivo, crescimento mais acelerado e maior dificuldade diagnóstica (Bonnington; Rutter, 2016).

É importante destacar que, embora a maioria dos pólipos adenomatosos e serrilhados não evolua para câncer, sua presença está associada a risco aumentado para o desenvolvimento da neoplasia, especialmente quando apresentam características como tamanho superior a 1 cm, displasia de alto grau ou padrão histológico de maior agressividade.

Com o tempo, esses pólipos podem sofrer erosões e provocar pequenos sangramentos, os quais podem ser detectados por exames laboratoriais, como a pesquisa de sangue oculto nas fezes. A identificação e remoção precoce dessas lesões precursoras é fundamental para interromper sua evolução e prevenir a instalação do câncer (INCA, 2021; SULLIVAN et al., 2022).

Os principais fatores de risco para o câncer colorretal incluem (INCA, 2021):

- ▣ Idade superior a 50 anos;
- ▣ Presença de pólipos intestinais (adenomatosos ou serrilhados avançados);
- ▣ Sobrepeso e obesidade;
- ▣ Sedentarismo;
- ▣ Consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
- ▣ Tabagismo;
- ▣ História familiar de câncer colorretal;
- ▣ Doenças inflamatórias intestinais, como retocolite ulcerativa e doença de Crohn; e

▣ Dieta rica em carnes vermelhas (como carne bovina, suína, de cordeiro) e processadas (presunto, salsicha, linguiça, bacon entre outras.), associada à baixa ingestão de frutas, legumes e verduras.

De acordo com estimativas do INCA, o número projetado de novos casos de câncer de cólon e reto no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025 é de 45.630, o que representa um risco estimado de 21,10 casos por 100 mil habitantes. Dentre esses, cerca de 21.970 casos devem ocorrer entre homens (risco estimado de 20,78 por 100 mil), e 23.660 entre mulheres (risco de 21,41 por 100 mil) (INCA, 2022b).

A seguir, apresenta-se a Tabela 8 com a estimativa de casos novos para o câncer de cólon e reto para o ano de 2023, total e por sexo.

Tabela 8. Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer de cólon e reto, segundo sexo e localização primária

Localização Primária neoplasia maligna	Casos (Homens)	Taxa bruta (Homens)	Taxa ajustada (Homens)	Casos (Mulheres)	Taxa bruta (Mulheres)	Taxa ajustada (Mulheres)	Casos (total)	Taxa bruta (total)	Taxa ajustada (total)
Cólon e reto	21.970	20,78	12,43	23.660	21,41	11,06	45.630	21,10	11,43
Todas as neoplasias	341.350	323,00	---	362.730	327,96	---	704.080	325,53	---

Fonte: Adaptado de INCA (2022b)

Prevenção do Câncer de Cólon e Reto

De forma geral, a prevenção do câncer colorretal baseia-se nos mesmos princípios aplicados à prevenção de outras DCNT e neoplasias malignas: alimentação saudável, prática regular de atividade física, cessação do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas, além da manutenção do peso corporal dentro de parâmetros adequados.



Especificamente para a prevenção do câncer colorretal, o INCA recomenda (INCA, 2021; 2022; 2023d; 2025):

- ❑ Evitar o consumo de carnes processadas, como presunto, salsicha, linguiça, bacon, salame e mortadela, que contêm nitritos, nitratos e substâncias associadas à defumação, comprovadamente relacionadas ao aumento do risco de câncer.

- ❑ Limitar o consumo de carne vermelha a no máximo 500 gramas de carne cozida por semana.

- ❑ Priorizar o consumo de alimentos ricos em fibras, especialmente frutas, vegetais, legumes e grãos integrais, que devem compor a base da alimentação.

- ❑ Praticar atividade física regularmente, contribuindo para o equilíbrio do peso corporal e para a redução do risco de desenvolvimento de câncer.

- ❑ Cessar o consumo de bebidas alcoólicas, dado que o uso excessivo está diretamente associado a maior risco de neoplasias, incluindo o câncer colorretal.

- ❑ Evitar o tabagismo, reconhecidamente relacionado ao aumento do risco de diversos tipos de câncer.

- ❑ Manter o índice de massa corporal (IMC) entre 18,5 e 24,9 kg/m², considerando a associação direta entre obesidade, sobrepeso e risco aumentado de câncer colorretal - com clara relação dose-resposta.

Detecção Precoce: Rastreamento e Diagnóstico Precoce

O rastreamento populacional organizado é uma estratégia eficaz para detecção precoce de cânceres que apresentam lesões precursoras identificáveis, como o câncer de cólon e reto. Essa abordagem é voltada a grupos com risco definido, nos quais os benefícios do rastreamento superam os potenciais malefícios.

Conforme o INCA (2022), os riscos associados ao rastreamento incluem:

- ❑ Falsos-positivos, que podem gerar ansiedade e levar a exames invasivos desnecessários;

- ❑ Falsos-negativos, que proporcionam uma falsa sensação de segurança e atraso no diagnóstico;

- ❑ Sobrediagnóstico e sobretratamento, decorrentes da detecção de tumores indolentes, sem impacto clínico relevante;

- ❑ Riscos inerentes ao exame, como possíveis complicações de exames invasivos (INCA, 2010, 2021).

Principais métodos de rastreamento:

- ❑ Pesquisa de sangue oculto nas fezes: exame recomendado para indivíduos assintomáticos com risco médio, especialmente entre 50 e 75 anos. A OMS e o INCA (2023d) recomendam a realização bienal desse exame como forma eficaz de triagem, com boa relação custo-benefício. O teste é simples, de baixo custo, não invasivo e isento de complicações. Resultados positivos devem ser obrigatoriamente seguidos de exames confirmatórios.

- ❑ Colonoscopia ou retossigmoidoscopia: exames endoscópicos indicados principalmente para confirmação diagnóstica, permitindo a visualização direta da mucosa do cólon, a coleta de biópsias e, se necessário, a remoção de pólipos (INCA, 2022; INCA, 2023d).

- ❑ Colonoscopia como exame de rastreamento primário: a critério do médico assistente, e mediante processo de decisão compartilhada com o paciente, formalizado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a colonoscopia pode ser utilizada como método de rastreamento em pessoas de risco médio, indivíduos acima de 50 anos, com intervalo de repetição de 10 anos, desde que o exame inicial seja normal.

Assim, o rastreamento do câncer colorretal é amplamente reconhecido como medida eficaz de saúde pública. Muitas diretrizes nacionais e internacionais indicam a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) como estratégia inicial para triagem em indivíduos assintomáticos de risco habitual (INCA, 2023; EUA).



No Brasil, INCA orienta a realização anual da PSOF em pessoas a partir dos 50 anos. A colonoscopia é indicada apenas após resultado positivo (INCA, 2023).

As Diretrizes da SBOC de 2025 igualmente recomendam a PSOF com periodicidade anual ou bienal como estratégia inicial para pessoas de risco habitual. A colonoscopia pode também ser indicada como método primário de rastreamento, mediante discussão com o paciente e decisão compartilhada ou ainda como confirmação diagnóstica em casos positivos do PSOF.

Para pessoas com risco aumentado, a colonoscopia é amplamente indicada como exame primário de rastreamento, sendo a retossigmoidoscopia flexível considerada uma alternativa válida a cada cinco anos para indivíduos que não realizarem colonoscopia. A escolha do método deve considerar a disponibilidade, a adesão e as preferências do paciente.

Em idosos entre 75 e 85 anos, a recomendação de rastreamento deve ser individualizada com base na expectativa de vida e nas comorbidades (SBOC, 2025).

Nos Estados Unidos, o rastreamento é recomendado dos 45 aos 75 anos, com PSOF anual como etapa inicial. A colonoscopia é realizada quando há alteração nos testes, e o processo deve envolver decisão compartilhada com o paciente (US, 2021a; 2021b).

No Reino Unido, o NHS implementa um programa de rastreamento bienal com PSOF em domicílio para pessoas de 50 a 74 anos. O exame endoscópico é reservado aos casos com resultado positivo (UNITED KINGDOM, 2021). O Canadá segue diretriz semelhante, com PSOF a cada dois anos para a mesma faixa etária (CANADÁ, 2024).

Na Alemanha, adultos a partir de 50 anos recebem informações para optar entre PSOF (iFOBT) ou colonoscopia como exame primário, embora o teste fecal seja mais amplamente adotado (ALEMANHA, 2023). França, Itália e República Tcheca utilizam majoritariamente o teste imunológico fecal (FIT) como exame de triagem, com colonoscopia indicada após resultado positivo (EUROPA, 2021).

A eficácia do rastreamento baseado em PSOF foi validada pelo estudo COLONPREV, que demonstrou não haver diferença significativa na mortalidade por câncer de colo retal entre o uso bienal de teste imunológico fecal (FIT) e a colonoscopia única em 10 anos de seguimento (CASTELLS et al., 2025). O editorial da The Lancet destaca o potencial dessa abordagem para aumentar a cobertura populacional por ser menos invasiva e mais acessível (LANCET, 2025).

Em contrapartida, algumas instituições consideram a colonoscopia como método preferencial para triagem. A National Comprehensive Cancer Network (NCCN) e a American Cancer Society (ACS) propõem PSOF e colonoscopia como opções igualmente válidas, com a escolha baseada em preferências e condições clínicas (NCCN, 2024; ACS, 2023). Já a American College of Gastroenterology (ACG) recomenda a colonoscopia como primeira escolha, destacando sua capacidade diagnóstica e terapêutica, embora aceite a PSOF em contextos específicos (ACG, 2021).

Assim, é importante reforçar no âmbito da certificação a importância do rastreamento populacional com a PSOF para adultos com risco habitual acima de 50 anos. No contexto clínico, mediante informação dos riscos e benefícios, o rastreamento individualizado com a colonoscopia de pessoas com risco habitual também pode ser uma alternativa, desde que indicada pelo médico assistente, mediante decisão compartilhada e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para indivíduos com risco elevado, a colonoscopia é indicada como método inicial de rastreamento.

Segundo as Diretrizes SBOC 2025 e INCA (2021; 2022), são considerados de risco aumentado para câncer colorretal os indivíduos que apresentem pelo menos um dos seguintes critérios:

- ▣ História pessoal de pólipos adenomatosos;
- ▣ Doença inflamatória intestinal (como retocolite ulcerativa ou doença de Crohn);
- ▣ História familiar de câncer colorretal, especialmente:
 - o Parente de primeiro grau diagnosticado antes dos 60 anos;
 - o Dois ou mais parentes de primeiro grau com diagnóstico de câncer colorretal.



▣ Síndromes genéticas, como a síndrome de Lynch e a polipose adenomatosa familiar (INCA, 2016, 2022).

Para esses grupos, recomenda-se início precoce do rastreamento, com preferência pela colonoscopia como exame primário.

Rastreamento em Grupos de Alto Risco

Indivíduos com risco elevado para câncer colorretal exigem estratégias específicas de rastreamento, geralmente baseadas em colonoscopia periódica e início mais precoce da vigilância. São considerados de alto risco aqueles com:

▣ História pessoal ou familiar de câncer colorretal;

▣ Presença de pólipos adenomatosos avançados;

▣ Doenças inflamatórias intestinais (retocolite ulcerativa e doença de Crohn); e

▣ Síndromes genéticas, como a síndrome de Lynch e a polipose adenomatosa familiar (INCA, 2016, 2022).

Conforme diretrizes do Ministério da Saúde (2016), esses indivíduos devem ser encaminhados para acompanhamento em serviços especializados em genética médica e gastroenterologia. Em contextos de baixa oferta de colonoscopia, devem ser priorizados os pacientes com maior risco clínico.

Recomendações específicas de início do rastreamento:

Se câncer colorretal ou pólio adenomatoso avançado ocorreu em familiar de primeiro grau antes dos 60 anos, ou em dois familiares de primeiro grau, independentemente da idade: iniciar rastreamento com colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes da idade de diagnóstico do familiar mais jovem.

Se o familiar de primeiro grau teve diagnóstico após os 60 anos: iniciar colonoscopia aos 50 anos.

Critérios de Amsterdã II para suspeita de Síndrome de Lynch (todos os critérios devem estar presentes):

▣ Três ou mais familiares com câncer associado à síndrome (colorretal, endométrio, intestino delgado, trato urinário superior);

▣ Pelo menos um dos familiares deve ser de primeiro grau;

▣ Envolvimento de no mínimo duas gerações consecutivas;

▣ Um ou mais familiares com diagnóstico realizado antes dos 50 anos; e

▣ Exclusão diagnóstica da polipose adenomatosa familiar.

Diagnóstico Precoce do Câncer de Cólon e Reto

No âmbito da política pública de controle do câncer no Brasil, a estratégia de diagnóstico precoce é uma diretriz prioritária no Sistema Único de Saúde (SUS). Ela se fundamenta em três componentes essenciais:

▣ A divulgação ampla dos sinais de alerta à população e aos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS);

▣ O acesso oportuno a exames diagnósticos diante de suspeita clínica; e

▣ A garantia de tratamento adequado e em tempo hábil após a confirmação do diagnóstico (INCA, 2010; 2022).

Essa abordagem é especialmente indicada para indivíduos de qualquer idade que apresentem sinais e sintomas clínicos sugestivos de câncer colorretal. O objetivo é permitir a identificação precoce de casos sintomáticos, nos quais a neoplasia possa ser suspeitada e investigada antes de atingir estágios avançados da doença. Trata-se de uma estratégia de detecção precoce, voltada à atuação clínica diante de manifestações suspeitas, visando à redução de atrasos diagnósticos e à melhoria do prognóstico.

Segundo o INCA (2016;2021; 2022) , os principais sinais e sintomas que devem motivar investigação diagnóstica para câncer de cólon e reto são:



▣ Presença de sangue nas fezes, visível ou oculto (hematoquezia ou resultado positivo em teste de sangue oculto);

▣ Alterações do hábito intestinal, como diarreia, constipação ou alternância entre ambos, de início recente e persistência por mais de duas semanas;

▣ Mudança no formato ou calibre das fezes, como fezes finas, achatadas ou em fita;

▣ Dor ou desconforto abdominal persistente, especialmente se associado a distensão ou sensação de massa;

▣ Sensação de evacuação incompleta (tenesmo retal);

▣ Anemia ferropriva de origem não explicada, especialmente quando associada à fadiga e palidez;

▣ Perda de peso não intencional;

▣ Fraqueza generalizada sem causa aparente;

▣ Palpação de massa abdominal (tumoração) durante o exame físico.

A presença isolada ou combinada desses sinais e sintomas, particularmente em indivíduos com mais de 50 anos, deve suscitar suspeita clínica e indicar a necessidade de encaminhamento imediato para avaliação diagnóstica, com ênfase ao acesso a exames laboratoriais, de imagem e endoscópicos. O atraso na investigação desses achados pode comprometer significativamente o prognóstico, uma vez que o câncer colorretal tem maior potencial de cura quando diagnosticado em estágios iniciais.

CAPÍTULO 3 PRESSUPOSTOS QUE ORIENTAM O MODELO DA CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM ATENÇÃO ONCOLÓGICA

3.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Diante da magnitude e do impacto do câncer nos sistemas de saúde em todo o mundo, e considerando suas múltiplas causas, é fundamental que os Governos implementem ações específicas por meio de políticas e legislações. Essas ações devem incluir incentivos e campanhas educativas voltadas à prevenção dos principais fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de diversos tipos de câncer (Wild, Weiderpass e Stewart, 2020; GBD, 2019; Cancer Risk Factors Collaborators, 2022).

No Brasil, as Políticas de Saúde para o câncer são compostas por um conjunto de diretrizes, programas e ações desenvolvidos pelo Ministério da Saúde com o objetivo de organizar e aprimorar o sistema de saúde. Entre essas iniciativas, destacam-se:

- Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, que visa à prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos.
- Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, que busca melhorar o acompanhamento e facilitar o acesso aos serviços de saúde para pacientes diagnosticados.
- Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), voltada à promoção de qualidade de vida para pacientes em estágios avançados da doença, oferecendo suporte físico, emocional e social.

A seguir, serão apresentados os pressupostos teóricos que fundamentam a elaboração do modelo adotado na Certificação da Linha de Cuidado da Atenção Oncológica.

3.1.1 Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituída pela Lei 14.758/2023, estabelecendo os objetivos, princípios e diretrizes fundamentais para o enfrentamento do câncer no Brasil (Brasil, 2023).

Objetivos da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer

- Diminuir a incidência dos diversos tipos de câncer;
- Garantir o acesso adequado ao cuidado integral;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários diagnosticados com câncer; e
- Reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer.



Considerar a magnitude dos diferentes tipos de câncer, sua complexidade e o impacto biopsicossocial que acarretam, é essencial garantir o acesso ao cuidado integral ao longo de todo o ciclo do cuidado. Essa abordagem não apenas melhora a qualidade de vida dos pacientes, mas também contribui para a redução da incapacidade decorrente da doença e diminui a taxa de mortalidade.

Princípios e Diretrizes Gerais voltados para o enfrentamento do câncer no Brasil:

Para alcançar esses objetivos, foram estabelecidos Princípios e Diretrizes Gerais voltados para o enfrentamento do câncer no Brasil (Brasil, 2023), conforme apresentado na Figura 4 a seguir:

Figura 4 . Princípios e Diretrizes Gerais da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer do SUS



Reconhecimento do câncer como doença crônica passível de prevenção, curável, tratável e controlável.

Organização de redes de atenção regionalizadas e descentralizadas, com respeito a critérios de acesso, escala e escopo, considerados os protocolos e as diretrizes.

Articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social.

Organização das ações e dos serviços destinados ao cuidado integral das pessoas com câncer na rede de atenção à saúde, com base em parâmetros e critérios de necessidade e em diretrizes baseadas em evidências científicas.

Atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença.

Realização de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de prevenção e controle do câncer.

Organização da vigilância do câncer por meio da informação, da identificação, do monitoramento e da avaliação das ações de controle da doença e de seus fatores de risco e de proteção.

Utilização, de forma integrada, dos dados e das informações epidemiológicas e assistenciais.

Implementação e aperfeiçoamento permanente da produção e da divulgação de informações.

Monitoramento e avaliação do desempenho e dos resultados das ações e dos serviços prestados nos diversos níveis de atenção à saúde, para prevenção e controle do câncer.

Garantia de acesso às imunizações para a prevenção do câncer.

Garantia de acesso a imunizações para pacientes já diagnosticados com câncer, nos casos indicados.

Monitoramento e avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde, do tempo de espera para início do tratamento e da satisfação dos usuários.



Realização de pesquisas ou de inquéritos populacionais sobre a morbidade e os fatores de risco e de proteção contra o câncer.

Estabelecimento de métodos e mecanismos para análise de viabilidade econômico-sanitária de empreendimentos públicos no complexo econômico-industrial da saúde, direcionados a prevenção e controle do câncer.

Implementação da rede de pesquisa para prevenção e controle do câncer, de modo a aumentar a produção de conhecimento nacional relacionada a essa área.

Fomento à formação e à especialização de recursos humanos, bem como à qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais.

Implementação de projetos educativos direcionados à prevenção e ao controle do câncer em todas as suas dimensões assistenciais, de gestão e que envolvam a ciência, a tecnologia e a inovação em saúde.

Estímulo à formulação de estratégias de comunicação com a população em parceria com os movimentos sociais, com os profissionais da saúde e com outros atores sociais.

Humanização do atendimento e garantia de apoio psicológico e psiquiátrico às pessoas com suspeita ou confirmação de câncer, bem como aos seus familiares.

Busca pela incorporação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas mais precisas e menos invasivas.

Humanização dos ambientes e dos processos de trabalho dos cuidadores e das equipes de saúde.

Contribuição para a implementação integral do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil.



Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2023).

3.1.2 O Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer

O Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer faz parte da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, estabelecida pela Lei 14.758/2023, e tem como objetivo principal identificar e superar barreiras que possam prejudicar as medidas de prevenção e controle do câncer, de forma a aumentar os índices de diagnóstico precoce e reduzir a morbimortalidade associada a essa doença (Brasil, 2023).

A navegação da pessoa com diagnóstico de câncer deve ser efetivada mediante articulação dos componentes da atenção básica, da atenção domiciliar, da atenção especializada e dos sistemas de apoio, de regulação, logísticos e de governança (Brasil, 2023).

Segundo o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, a navegação do paciente é conceituada como: "a busca ativa e o acompanhamento individual dos processos envolvidos no diagnóstico e no tratamento do câncer" (Brasil, 2023).

3.1.3 Política Nacional de Cuidados Paliativos

A OMS reconhece os princípios e conceitos de cuidados paliativos desde 1990, considerando-os um modelo inovador de cuidado em saúde. Esse conceito tem evoluído ao longo dos anos e, em 2002, a OMS estabeleceu a seguinte definição para cuidados paliativos:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (OMS, 2002, p.84, tradução livre).

Os Cuidados Paliativos têm como objetivo promover a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam transtornos associados a doenças potencialmente letais, incluindo ações de prevenção e alívio do sofrimento, considerando seus valores e sua biografia. Dessa maneira, cada caso é individualizado e as condutas são adequadas conforme a proporcionalidade terapêutica e a necessidade do paciente e sua família (D'Alessandro et al, 2023).

Com o envelhecimento da população e o aumento das DCNT, a integração dos cuidados paliativos na atenção à saúde torna-se cada vez mais relevante. Assim, é fundamental identificar e avaliar o diagnóstico o mais precocemente possível, definindo o tratamento da dor e abordando outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (D'Alessandro, 2023).

Portanto, considerando o impacto físico, mental, emocional, familiar e espiritual associado ao diagnóstico de câncer, os Cuidados Paliativos são fundamentais na estruturação das Linhas de Cuidado na atenção oncológica. A seguir, apresentamos a Figura 5, que destaca alguns dos benefícios dos Cuidados Paliativos adaptado do modelo desenvolvido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Figura 5 . Principais benefícios dos Cuidados Paliativos



FONTE: Adaptado de OPAS (2021)

Em 2024, o MS institui a PNCP no SUS, por meio da Portaria GM/MS 3.681/2024, que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017 (Brasil, 2024).

A PNCP definiu os seguintes princípios no SUS:

- I - Valorização da vida e consideração da morte como um processo natural.
- II - Respeito aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada.

III - Respeito à autonomia do indivíduo, com atenção especial na tomada de decisão substituta no caso de crianças e pessoas curateladas ou tuteladas, resguardados os princípios bioéticos dos códigos profissionais e das leis relacionadas ao tema.

IV - Oferta dos cuidados paliativos em todo o ciclo de vida, de forma indistinta para pessoas em sofrimento por qualquer condição clínica que ameace a continuidade da vida.

V - Início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas que ameacem a continuidade da vida.

VI - Início precoce dos cuidados paliativos, ofertados em conjunto com o tratamento da doença.

VII - Promoção da melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social.

VIII - Aceitação da evolução natural da doença, não acelerando a morte e recusando tratamentos e procedimentos diagnósticos que possam causar sofrimento ou medidas que venham a prolongar artificialmente o processo de morrer.

IX - Promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto.

X - Prestação do cuidado paliativo por equipe multiprofissional e interdisciplinar.

XI - Comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pessoas cuidadas, familiares, cuidadores e profissionais.

XII - Observância à Diretiva Antecipada de Vontade - DAV da pessoa cuidada.

A dor é uma experiência intrínseca à condição humana, podendo se manifestar de formas físicas, emocionais e sociais. O controle da dor é uma das principais estratégias da abordagem dos cuidados paliativos e, embora seja inerente ao ser humano, trata-se de uma vivência subjetiva, pois cada pessoa a vivencia de acordo com suas experiências passadas (Frankl, 2014). Desse modo, um dos aspectos fundamentais para garantir a qualidade de vida dos pacientes com câncer é o controle e manejo da dor oncológica. Essa dor pode variar em intensidade e duração, apresentando-se desde intensa, súbita e de curta duração até persistente e duradoura. É uma das causas mais frequentes de incapacidade e sofrimento para pacientes em progressão da doença (INCA, 2001).

Além disso, a dor oncológica pode não responder aos analgésicos convencionais, exigindo tratamentos específicos para assegurar a qualidade de vida dos pacientes. Portanto, a identificação precoce e o tratamento adequado da dor são essenciais para proporcionar alívio e conforto. O manejo da dor oncológica pode envolver abordagens farmacológicas e não farmacológicas, incluindo práticas de exercícios, atividade física e terapias complementares e integrativas, como acupuntura, massagens, ioga e meditação. Negligenciar ou subestimar a dor pode agravar o sofrimento e comprometer ainda mais a saúde física e mental dos pacientes (INCA, 2001).

Em todo o mundo, estima-se que apenas uma em cada dez pessoas que precisam de cuidados paliativos está recebendo esse serviço. A demanda global por esse tipo de cuidado deve aumentar devido ao envelhecimento da população e ao crescimento da carga de doenças crônicas não transmissíveis. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, em 2060, a necessidade de cuidados paliativos deverá quase dobrar (WHPCA/WHO, 2020).

Segue Figura 6 que ilustra a inserção dos cuidados paliativos ao longo de uma linha de cuidado, que devem ser utilizadas em situações que ameaçam a vida ainda no período no qual são utilizadas terapias modificadoras da doença.

Figura 6 . Inserção dos cuidados paliativos ao longo de uma linha de cuidado.





FONTE INCA (2022e, p.11).

Assim, a Figura 6, apresentada, evidencia que os cuidados paliativos não se confundem com os cuidados de fim de vida. Os cuidados paliativos têm o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam os desafios associados a doenças ameaçadoras da vida e graves sofrimentos relacionados à saúde, incluindo, mas não se limitando, aos cuidados no final da vida (D'Alessandro, 2023). Os cuidados de fim de vida constituem uma parte essencial dos cuidados paliativos, sendo oferecidos na última etapa do atendimento, quando ocorre um declínio progressivo e irreversível da vida do paciente.

Além disso, é fundamental considerar a dimensão espiritual do ser humano em todos os contextos de cuidado na atenção à saúde, especialmente em situações que ameaçam a vida (Burlá e Py, 2014). O avanço tecnológico na área da saúde trouxe vantagens, porém diante das doenças que ameaçam a vida, em especial na sua fase avançada, é preciso refletir sobre que tipo de atendimento é válido (CFM, 2006; Andrade, 2011; D'Alessandro, 2023).

Entretanto, quaisquer decisões nesse campo envolvem questões éticas em saúde e devem ser consideradas dentro dos princípios da bioética, descritos a seguir (CFM, 2006; Andrade, 2011; D'Alessandro, 2023):

- Autonomia: garantir o direito do paciente, devidamente esclarecido, a participar de decisões a respeito do seu plano de cuidados.
- Beneficência: maximizar o bem que se pode fazer ao paciente.
- Não maleficência: não causar danos, não fazer o mal.
- Justiça: tratar o outro de maneira justa utilizando os recursos de forma equitativa.

Conforme regulamentado pela Resolução 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina, na fase terminal de doenças graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou do seu representante legal. Esta decisão deve ser documentada em prontuário e o paciente deve continuar recebendo cuidados paliativos e tendo direito à alta hospitalar. Em termos práticos, considera-se ortotanásia a conduta do médico de permitir a evolução natural da doença incurável em fase avançada de evolução, controlando seus sintomas de desconforto (D'Alessandro et al., 2023).

3.2 PROGRAMAS E PROJETOS PARA O CUIDADO AO PACIENTE COM CÂNCER NA SAÚDE SUPLEMENTAR

O setor suplementar de saúde no Brasil começou a se organizar na segunda metade do século XX, apresentando um crescimento desordenado e quase sem regulação assistencial (Roncalli, 2003). Isso resultou, na década de 1990, em um setor fragmentado, com ações desarticuladas e foco predominante em hospitalização e assistência médica curativa. Com a promulgação da Lei 9.656/1998 e a criação da ANS em 2000, foram estabelecidas as condições para uma reestruturação do modelo de atenção historicamente adotado no setor suplementar (Brasil, 1998).



De acordo com o artigo 4º da Lei 9.961/2000, a ANS possui diversas competências, entre as quais se destaca a fixação de normas para a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos de saúde, incluindo os conteúdos e modelos assistenciais (Brasil, 2000).

Assim, desde 2004, a ANS tem incentivado as operadoras do setor a adotarem um modelo de atenção à saúde fundamentado nos seguintes princípios: acolhimento, integralidade - incluindo ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças - coordenação e continuidade do cuidado, multiprofissionalidade, além de monitoramento e avaliação dos resultados.

Em 2004, a ANS lançou, de forma inédita para a saúde suplementar, o Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (PROMOPREV), com o intuito de induzir as operadoras de planos de saúde a implementarem ações voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças em diversas áreas de atenção, com destaque especial para a prevenção do câncer.

Nesse contexto, em 2014, preocupada com o envelhecimento da população, o aumento do número de casos de câncer e a necessidade de melhorar as condições de vida dos beneficiários de planos de saúde, a ANS publicou o manual intitulado Avanços da Oncologia na Saúde Suplementar, que tinha como objetivos:

- Apresentar o contexto das coberturas assistenciais mínimas obrigatórias, conforme estabelecido no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS à época.
- Apontar os avanços em relação ao diagnóstico, tratamento do câncer no Brasil ao longo das últimas décadas, bem como as políticas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde.
- Ressaltar o objetivo da promoção de saúde e prevenção e controle de riscos e doenças, incentivando a mudança do processo de produção do cuidado hegemônico no setor suplementar.
- Inserir na agenda a discussão referente a organização dos serviços de saúde, focando no monitoramento dos fatores de risco, no gerenciamento de doenças crônicas, na compressão da morbidade e na diminuição dos anos de vida perdidos por incapacidade. (OPAS, 2014; ANS, 2014).

Conforme mencionado na Introdução deste Manual, em 2017 foi lançado o Projeto OncoRede, com duração de 12 (doze) meses, cujo objetivo foi testar um novo modelo de cuidado a pacientes oncológicos beneficiários de planos de saúde, articulado e focado no cuidado integral.



O OncoRede possibilitou a identificação de importantes desafios a serem superados no cuidado oncológico na saúde suplementar, como a necessidade de estabelecer ou aprimorar as seguintes ações (ANS, 2019):

- Estabelecimento de plano de ação para busca ativa de pacientes.
- Adoção de ações de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças.
- Implementação de ações efetivas para detecção precoce do câncer, com redução do tempo entre o diagnóstico e o tratamento.
- Desenvolvimento de ações para a implementação da integralidade da atenção centrada no paciente por todo o ciclo do cuidado, incluindo a promoção, prevenção, rastreamento (quando indicado), detecção precoce do câncer, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.
- Estímulo à atuação cooperativa dos prestadores envolvidos na fase de diagnóstico (imagem, biópsia e patologia).
- Efetivação da coordenação do cuidado realizada por equipe multidisciplinar.
- Implementação de estratégias de navegação do cuidado.
- Fortalecimento da articulação da rede assistencial.
- Aprimoramento da padronização das informações em saúde na área de oncologia.

Com o Projeto OncoRede, ficou evidenciada a necessidade de definição de um fluxo para o paciente na atenção oncológica, abrangendo toda a sua jornada, sendo fundamental para a reorientação do modelo de cuidado no setor de saúde suplementar. É crucial destacar a importância de imprimir maior agilidade na dinâmica das autorizações de exames e procedimentos. Esse processo deve ocorrer em tempo oportuno, sendo imprescindível para a realização completa do diagnóstico e estadiamento e a

definição do plano de cuidado. Dessa forma, é possível viabilizar o cuidado necessário de maneira previsível e uniforme, especialmente no intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento, evitando assim perdas de tempo.

Portanto, o estabelecimento da Via rápida oncológica, o chamado 'fast track', que consiste em fluxo específico e ágil para as demandas administrativas e de cobertura relacionadas ao diagnóstico e tratamento do câncer, é fundamental para melhorar a efetividade da atenção à saúde dos pacientes oncológicos no setor suplementar. Nos últimos anos, diversos países têm relatado experiências positivas na implementação da 'via rápida' na trajetória de pacientes com suspeita de câncer, tendo como um dos principais objetivos a redução do tempo entre a suspeita de diagnóstico e o início do tratamento (Holtedahl, 2020).

Além de estabelecer um fluxo específico para guiar a trajetória do paciente com câncer, o Projeto OncoRede também enfatizou a importância da implementação de estratégias de coordenação do cuidado e de navegação do paciente. Essas abordagens visam garantir uma experiência integrada e contínua ao longo de todo o processo de tratamento, facilitando o acesso aos serviços de saúde e promovendo uma comunicação eficaz entre os profissionais envolvidos (ANS, 2019).

A coordenação do cuidado como um dos principais pilares da atenção oncológica se baseia na premissa de que o paciente, sobretudo o paciente com câncer, deve ser colocado no centro do cuidado de modo a promover seu protagonismo ao longo do tratamento. Para que essa assistência seja integrada durante todo o ciclo e em todos os pontos de atenção, é fundamental que haja uma coordenação eficaz ao longo da jornada do paciente, que deve ser realizada utilizando a navegação do paciente. A coordenação do cuidado do paciente com câncer deve englobar um conjunto de ações essenciais para garantir a continuidade do cuidado e envolve a capacidade de assegurar uma atenção contínua por parte da equipe de saúde, reconhecendo os problemas que necessitam de acompanhamento constante e funcionando como um centro de comunicação (Mendes, 2012).

A seguir, apresenta-se a Figura 7, que ilustra as diversas fases da coordenação do cuidado, centradas nas necessidades dos pacientes. Esta figura demonstra a importância da coordenação no ciclo do cuidado, destacando o Acompanhamento Longitudinal - Trajetória do Paciente no Sistema.



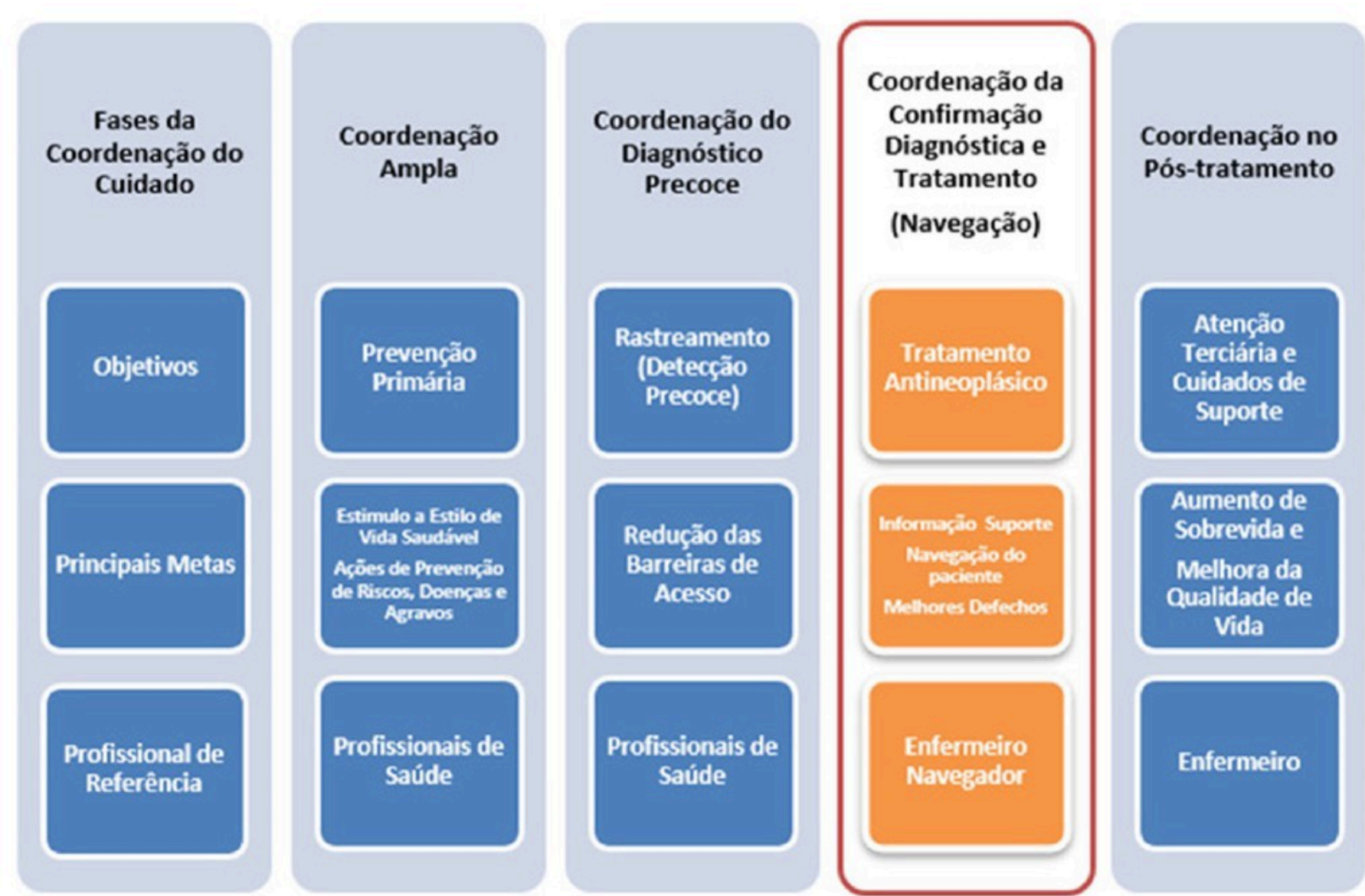
Figura 7. Acompanhamento Longitudinal - Trajetória do Paciente no Sistema



FONTE: Elaboração própria a partir de ANS (2019)

A Coordenação do cuidado abrange todo o ciclo do cuidado e possui características específicas para cada fase da jornada do paciente, conforme ilustrado na Figura 8 a seguir:

Figura 8: Fases da Coordenação do cuidado



FONTE: Elaboração própria a partir de ANS (2019)

Dentre as fases da coordenação do cuidado na jornada do paciente com câncer, destaca-se a fase de gestão ou navegação do paciente. Segundo a Associação Médica Americana, esse papel é desempenhado pelo 'Navigator' (navegador do paciente), um profissional responsável por gerenciar o cuidado individual do paciente enquanto ele transita pelos diferentes pontos de atenção e níveis de complexidade do sistema. Normalmente, esse gestor/navegador do paciente é um profissional de saúde, em geral, um enfermeiro (ANS, 2016a).

As funções desse profissional incluem guiar a jornada do paciente e orientar tanto o paciente quanto sua família dentro do sistema de saúde, a partir da confirmação do diagnóstico de câncer. O objetivo é assegurar que o tratamento adequado seja realizado, minimizando barreiras e garantindo a continuidade do cuidado (Veras; Gomes; Macedo, 2019).

Com o aumento da morbimortalidade por câncer no Brasil, é fundamental que o setor de saúde suplementar avance no modelo de cuidado oncológico, promovendo a disseminação de boas práticas ao longo de todo o ciclo de atendimento. Isso inclui a promoção de hábitos de vida saudáveis, a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer, o rastreamento, quando indicado, bem como o tratamento centrado nas necessidades do paciente, reabilitação e cuidados paliativos, incluindo os cuidados de fim de vida. Nesse contexto, foi elaborada a Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica - OncoRede.

CAPÍTULO 4 . A CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

O Programa de Certificação de Boas Práticas na Atenção Oncológica - OncoRede visa promover boas práticas no atendimento aos beneficiários na linha do cuidado na atenção oncológica. A certificação das operadoras de planos privados de assistência à saúde é de caráter voluntário e realizada por Entidades Acreditoras em Saúde (EAS) independentes. Dessa forma, a ANS busca cumprir seu papel como indutora da qualidade no setor suplementar de saúde, garantindo uma melhor experiência para o paciente em todo o ciclo de cuidado.

Para o desenvolvimento da presente Certificação foram estabelecidos os seguinte objetivo:



4.1 OBJETIVO GERAL

Induzir a melhoria da qualidade, a reorganização e o aprimoramento da prestação de serviços de Atenção Oncológica na saúde suplementar, visando à adoção de boas práticas baseadas em evidências científicas, de forma a estimular uma maior resolutividade da Atenção Oncológica.

4.2 DIRETRIZES DA CERTIFICAÇÃO EM BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA

Para alcançar o objetivo proposto, foram estabelecidas as seguintes diretrizes para a estruturação da certificação, conforme listado na Figura 9 a seguir:

Figura 9 . Principais diretrizes para Certificação em boas práticas na Atenção Oncológica





**Centralidade
no paciente**



Humanização



**Rastreamento e
diagnóstico
precoce**



**Multidisciplinaridade
e
interdisciplinaridade**



**Boas Práticas
baseadas em
Evidências
científicas**



Busca Ativa



Letramento



**Rede
Articulada**



**Coordenação e
Navegação do Cuidado**



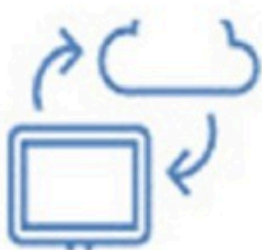
Educação Permanente



Cuidados paliativos



**Monitoramento e
Avaliação do
Cuidado**



**Informação em Saúde
Qualificada**



**Remuneração Baseada em
Valor**



Fonte: Elaboração própria.

A obtenção da Certificação em Boas Práticas na Atenção Oncológica - OncoRede não exige a operadora de planos de saúde do cumprimento das normas regulatórias vigentes. Essa certificação, de caráter voluntário, ainda que reconheça a adoção de protocolos qualificados e ações voltadas à melhoria da qualidade da assistência prestada aos beneficiários, não substitui as obrigações regulatórias

relacionadas à cobertura mínima estabelecida no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, nem os prazos máximos para realização dos atendimentos definidos pela RN 465 de 2021 e RN 566 de 2022 ou outras que venham a substituí-las.

CAPÍTULO 5. CRITÉRIOS PARA RECONHECIMENTO DAS ENTIDADES ACREDITADORAS EM SAÚDE (EAS)

O Programa de Certificação em Atenção Oncológica OncoRede da ANS é operacionalizado por Entidades Acreditoras em Saúde reconhecidas pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - INMETRO ou pela International Society- ISQua. Assim, para que uma operadora se submeta ao processo de certificação, deverá buscar uma Entidade Acreditoras em Saúde (EAS) reconhecida na lista de Entidades Acreditoras divulgadas pela ANS em seu portal institucional na internet.

Para que uma Entidade Acreditoras em Saúde (EAS) receba o reconhecimento da ANS para realizar as auditorias para essa certificação, deverá cumprir os seguintes requisitos de forma cumulativa:

1) Deve ser Pessoa Jurídica com representação no Brasil.

2) Deve ter reconhecimento de competência como organismo certificador em saúde emitido pela The International Society For Quality in Health Care - ISQua, ou reconhecimento de competência para esta finalidade específica pela Coordenação Geral de Acreditação do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - CGCRE/INMETRO.

3) Não possuir conflitos de interesse para o exercício das atividades de certificação:

a) Os administradores, acionistas controladores, sócios, diretores, gerentes e equipe de auditores não devem possuir relação com operadoras de planos privados de assistência à saúde, ou seja, não devem ter participação societária ou interesse, direto ou indireto, em operadoras de planos de saúde ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada.

b) Os administradores, acionistas controladores, sócios, diretores, gerentes e equipe de auditores não devem possuir relação de trabalho, direta ou indireta, como empregados, administradores ou colaboradores assalariados em operadoras de planos privados de assistência à saúde ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada.

4) Deve assinar o Termo de Responsabilidade junto à ANS, conforme modelo disponível no capítulo 11 deste Manual.

5) Deve assinar a Declaração de Ausência de Conflitos de Interesses, conforme modelo disponível capítulo 11 deste Manual.

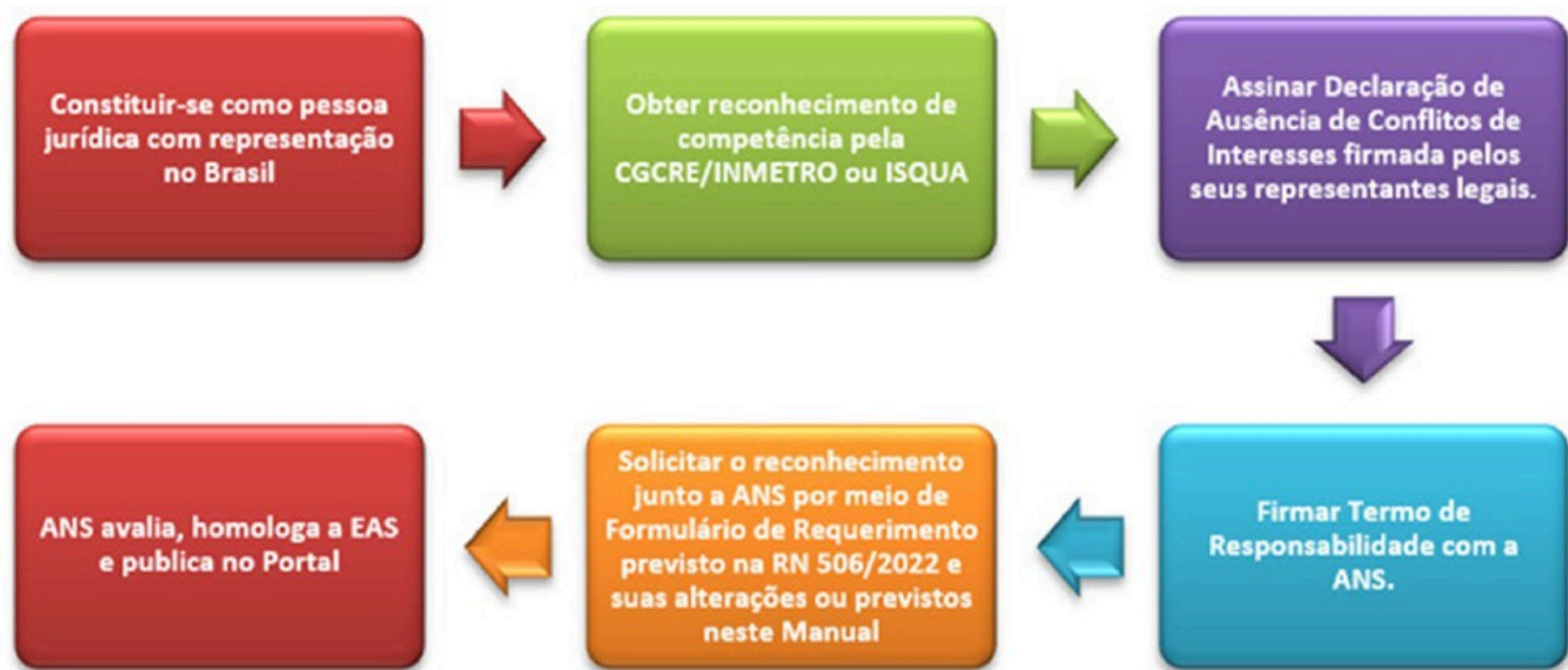
Os requisitos descritos nos itens "a" e "b" se aplicam também às pessoas jurídicas controladoras, coligadas ou equiparadas a coligadas das Entidade Acreditoras em Saúde que pretendam ser reconhecida para atuar nesta Certificação.

Observa-se que a EAS só poderá oferecer serviços de consultoria às operadoras que não tenham sido acreditadas/certificadas no âmbito do PCBP e no Programa de Acreditação de Operadoras da ANS por ela mesma nos últimos 3 (três) anos. Assim, as consultorias não poderão ser realizadas pela própria Entidade Acreditoras durante o período de 3 (três) anos após o fim de vigência da certificação ou acreditação da operadora. Por outro lado, as operadoras só poderão ser avaliadas por uma Entidade Acreditoras para fins de auditoria, incluindo visita diagnóstica, após o período de 3 (três) anos do fim da realização de uma consultoria com a mesma EAS.

De forma resumida, para ser reconhecida pela ANS como EAS, a organização deve atender às seguintes etapas junto à ANS, conforme Figura 10:

Figura 10. Fluxo que a EAS deve percorrer para ser reconhecida pela ANS com Entidade Acreditoras em Saúde para fins desta Certificação.





Fonte: Elaboração Própria

A Declaração de Ausência de Conflitos de Interesses firmada pelos representantes legais da Operadora deve considerar as hipóteses de conflitos de interesse elencados no item 3 (três) deste Capítulo e seguir o modelo disposto no capítulo 11 deste Manual.

5.1 TERMO DE RESPONSABILIDADE

Para ser reconhecida, a EAS deve se responsabilizar junto à ANS pelas seguintes ações, conforme listado na Figura 11, a seguir:

Figura 11 . Termo de Responsabilidade a ser assinado pela EAS e encaminhado a ANS

Termo de Responsabilidade	Avaliar as operadoras anualmente pelos critérios técnicos pré-estabelecidos pela ANS por meio de auditorias presenciais.
	Não realizar consultoria às operadoras já acreditadas pela própria EAS durante o período de 3 (três) anos após o fim de vigência da certidão de acreditação da operadora.
	Não realizar auditoria independente para Pesquisa de Satisfação de Beneficiários nas operadoras a serem certificadas pela própria EAS.
	Comunicar à ANS qualquer mudança que altere os requisitos para ser uma EAS, no prazo de 30 dias.
	Manter a documentação comprobatória de todos os atos praticados, inclusive a comprovação da formação e experiência profissional dos auditores.
	Coletar e processar os dados dos macroindicadores previstos neste Manual trimestralmente.
	Reportar anualmente os dados dos macroindicadores para a ANS.
	Enviar os resultados do macroindicadores de acordo com modelo definido pela ANS.
	Enviar os Relatórios de Auditorias anuais para a ANS de acordo modelo estabelecido neste Manual.

Fonte: Elaboração Própria

Para solicitar o reconhecimento pela ANS como EAS a fim de atuar na Certificação de Boas Práticas na Atenção Oncológica - OncoRede, devem ser encaminhados os seguintes documentos junto com o Formulário de Requerimento:

- 1) Cópia dos atos constitutivos atualizados da EAS.
- 2) Cópia do certificado de reconhecimento de competência emitido pelo Inmetro ou ISQua.
- 3) Declaração de ausência de conflitos de interesses assinada pelo(s) representante(s) legal da EAS.
- 4) Termo de responsabilidade assinado pelo(s) representante(s) legal da EAS, que deve ser elaborado considerando a Figura 11 e de acordo com o modelo previsto no capítulo 11 deste Manual.

5.2 - VIGÊNCIA E CANCELAMENTO DO RECONHECIMENTO DA ENTIDADE ACREDITADORA EM SAÚDE- EAS

A EAS só poderá atuar no âmbito do Programa de Certificação em Boas Práticas na Atenção Oncológica (OncoRede) durante a validade do seu reconhecimento pela ANS. O reconhecimento como EAS do Programa poderá ser cancelado, a qualquer momento, pela ANS, no caso de fraude, ou perda de algum dos requisitos previstos na RN 506/2022 e suas alterações ou previstos neste Manual.

A EAS que tiver seu reconhecimento cancelado será retirada da lista de EAS no sítio institucional da ANS.

A operadora, previamente certificada por EAS, cujo reconhecimento seja cancelado, terá o prazo de 180 (cento e oitenta) dias corridos, de modo a escolher uma nova EAS, diferente da anterior, para assumir o seu processo de certificação. Esta substituição de EAS deve ser comunicada a ANS, tão logo seja concretizada, não sendo necessário iniciar novo processo de certificação. Cumpridas as condições, a vigência original da certificação e seu nível serão mantidos.

CAPÍTULO 6. O ESCOPO DO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE OPERADORAS DE BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA (ONCOREDE)

O Programa de Certificação de Boas Práticas na Atenção Oncológica - OncoRede estabelece os critérios de avaliação de todo o ciclo de cuidado do paciente oncológico na saúde suplementar, com ênfase nas seguintes Linhas de Cuidado, apresentadas na Figura 12.

Figura 12 . Linhas de Cuidado da Certificação de Boas Práticas na Atenção Oncológica



Fonte: Elaboração Própria

6.1 DIMENSÕES E REQUISITOS DA CERTIFICAÇÃO DE OPERADORAS

Para operacionalizar a avaliação das operadoras, o Programa foi dividido em 6 (seis) Dimensões avaliativas, descritas a seguir:

DIMENSÃO 1 - PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA NA ÁREA DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA: busca avaliar o planejamento e a estruturação técnica da operadora, incluindo: a gestão da atenção oncológica; a integração da operadora com sua rede assistencial; a implementação da educação permanente para os profissionais da operadora e para a rede prestadora de serviços; o monitoramento e avaliação da qualidade; e a implementação de modelos de remuneração baseados em valor.

DIMENSÃO 2 - LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE MAMA: tem por objetivo avaliar a operadora no que tange a definição, organização e implementação da linha do cuidado do câncer de mama em todo o ciclo do cuidado.

DIMENSÃO 3 - LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: tem por objetivo avaliar a Operadora no que tange a definição, organização e implementação da linha do cuidado do Câncer de Colo do Útero em todo o ciclo de cuidado.

DIMENSÃO 4 - LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE PRÓSTATA: tem por objetivo avaliar a Operadora no que tange a definição, organização e implementação da linha do cuidado do Câncer de Próstata em todo o ciclo do cuidado

DIMENSÃO 5 - LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE PULMÃO (traqueia, brônquios e pulmões): tem por objetivo avaliar a Operadora no que tange a definição, organização e implementação da linha do cuidado do Câncer de Pulmão em todo o ciclo do cuidado.

DIMENSÃO 6 - LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER COLORRETAL: tem por objetivo avaliar a Operadora no que tange a definição, organização e implementação da linha do cuidado do Câncer Colorretal em todo o ciclo do cuidado.

De acordo com o Ministério da Saúde, Linha de Cuidado caracteriza-se por padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema. Essas padronizações descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde. A organização da rede por Linhas de Cuidado busca integrar e facilitar a comunicação entre as equipes de saúde, os serviços e indivíduos de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações e organizando um continuum assistencial (MS, 2024). Maiores detalhes sobre linhas de cuidados podem ser obtidos no portal do Ministério da Saúde, no link: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>

Ao se submeterem ao processo de certificação OncoRede, as operadoras serão avaliadas obrigatoriamente em relação à conformidade com os requisitos e itens de verificação da Dimensão 1 e optar por uma das seguintes combinações:

- I. Dimensão I + 2 (duas) Linhas de Cuidado.
- II. Dimensão I + 3 (três) Linhas de Cuidado.
- III. Dimensão I + 4 (quatro) Linhas de Cuidado.
- IV. Dimensão I + 5 (cinco) Linhas de Cuidado.

6.1.1 REQUISITOS

Cada dimensão é composta por requisitos, detalhados em itens de verificação, de modo a facilitar a auditoria. Para pontuar em um requisito, todos os itens de verificação essenciais devem ser considerados conforme, caso contrário, o requisito é zerado.

6.1.2 ITENS DE VERIFICAÇÃO

Cada item de verificação que compõe os requisitos desta certificação contam com uma interpretação, que serve como guia para os auditores realizarem a avaliação.

Os itens de verificação são classificados em três tipos, de acordo com o grau de dificuldade para seu cumprimento: Essenciais, Complementares e Excelência, conforme definições constantes na Figura 13 a seguir.

Figura 13. Classificação dos itens de verificação



 Essencial	 Complementar	 Excelência
São condição <i>sine qua non</i> para pontuar o requisito. Caso um item essencial do requisito não seja cumprido, a operadora receberá nota “Zero” no requisito inteiro.	São boas práticas recomendáveis e, se cumpridos pela operadora, elevam a pontuação do requisito.	São práticas pouco disseminadas no setor e de maior dificuldade de consecução. Há uma relação com o percentual de itens de excelência conforme o nível da certificação. O cumprimento de pelo menos 80% dos itens de excelência é uma das exigências para a operadora alcançar a Certificação Nível I.

Fonte: Elaboração Própria

Em cada item de verificação consta uma interpretação do tema abordado com a exemplificação das formas de obtenção de evidências daquele item descrito. Segue-se à interpretação, uma lista exemplificativa de formas de obtenção de evidência do cumprimento de cada item.

INTERPRETAÇÃO

A interpretação aborda o escopo do item de verificação, detalhando quais critérios precisam ser cumpridos pela operadora, para que o item seja considerado conforme.

A avaliação dos itens de verificação deverá considerar a conformidade em dois domínios:

- o escopo.
- o tempo de implantação do item.

O escopo diz respeito ao cumprimento do objeto descrito na interpretação do item de verificação, ou seja, sua finalidade ou propósito. A avaliação do escopo busca assegurar o cumprimento do que foi estabelecido como meta a ser atingida de acordo com a interpretação.

O tempo diz respeito ao intervalo entre o início da implementação do item e a data da auditoria e busca assegurar a consolidação e manutenção do cumprimento do escopo.

FORMA DE OBTENÇÃO DE EVIDÊNCIAS

A análise de conformidade dos itens de verificação deverá buscar evidências que comprovem o escopo do item. Os exemplos citados para cada item de verificação são apenas ilustrativos, sugestivos, e têm caráter elucidativo, não se caracterizando como uma lista extensiva.

A conformidade de cada item será avaliada com base no escopo descrito na interpretação e no tempo de implementação, e verificada de acordo com as possíveis formas de obtenção de evidências, mediante análise documental, por observação direta ou inspeção.

Na avaliação dos itens de verificação, a auditoria pode considerar apenas dois status:

- conforme: cumpre o escopo do item pelo tempo de implantação de 12 (doze) meses ou mais; ou
- não conforme: não cumpre o escopo, ou cumpre o escopo por menos de 12 (doze) meses.

CAPÍTULO 7. O PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO

As operadoras de planos privados de assistência à saúde podem se submeter de forma voluntária ao Programa de Certificação, que é executado por uma Entidade Acreditadora em Saúde (EAS) de sua livre escolha, dentre Entidades homologadas pela ANS. Para iniciar o processo de certificação, a operadora deverá contratar uma das Entidades Acreditadoras em Saúde (EAS) ativas no mercado. A lista das EAS homologadas pela ANS pode ser encontrada no espaço do Programa de Certificação de Boas Práticas de Operadoras, no link:



7.1 PRÉ-REQUISITOS PARA AS OPERADORAS

Para solicitação da Certificação ou de renovação da Certificação OncoRede, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem cumprir cumulativamente todos os pré-requisitos listados. Se a operadora não atender a algum desses pré-requisitos, o processo de auditoria para a certificação não poderá ser iniciado.

A Figura 14 a seguir apresenta os pré-requisitos gerais e específicos para que as operadoras estejam aptas para solicitar a Certificação.

Figura 14 . Pré-requisitos Gerais e Específicos para as operadoras solicitarem a Certificação ou renovação da Certificação

Pré-requisitos Gerais

- Ter registro ativo como operadora de planos privados de assistência à saúde junto à ANS.
- Possuir Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) no Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) e de suas dimensões igual ou maior a 0,5.
- Contar com cobertura populacional mínima por Linha de Cuidado nos serviços de atenção oncológicos indicados para participar da Certificação
- Indicar a rede de Atenção Oncológica para participar desta Certificação por Linha de Cuidado.

Pré-requisitos Específicos

Não estar em uma das seguintes situações:

- Plano de recuperação assistencial;
- Regime especial de direção técnica; ou
- Regime especial de direção fiscal.

Fonte: Elaboração Própria



7.2 AUDITORIAS PARA CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM ATENÇÃO ONCOLÓGICA - ONCORREDE

As operadoras devem contratar uma EAS para realizar Auditoria com fins de Certificação ou Renovação da Certificação in loco, ou seja presencial. As auditorias deverão avaliar a conformidade de todos os itens e requisitos estabelecidos neste manual, que devem ser aplicados na íntegra, de acordo com o nível de certificação escolhido pela operadora de planos de saúde, conforme o estabelecido neste Manual.

Os auditores realizarão a avaliação do cumprimento dos pré-requisitos. Caso a operadora cumpra todos os pré-requisitos, os auditores procederão a avaliação dos requisitos de acordo com o nível de certificação escolhido pela operadora.

Anualmente as EAS deverão realizar auditorias de manutenção da Certificação. Nessas auditorias, fica a critério da operadora estabelecer a extensão da avaliação, se parcial ou total dos requisitos definidos neste Manual.

Durante o período de manutenção da certificação, a operadora deverá informar a EAS quaisquer mudanças que possam afetar o atendimento aos requisitos e pré-requisitos, sob pena de perda da Certificação de Atenção Oncológica - OncoRede.

Ressalta-se que entre as mudanças que poderão incorrer na perda da Certificação, está a alteração injustificada e sem comunicação prévia da rede de Atenção Oncológica indicada pela operadora como participante desta Certificação.

Ao fim do processo de avaliação, os auditores da EAS devem elaborar o Relatório de Auditoria da Operadora, de acordo com modelo estabelecido no capítulo 11 e enviá-lo à ANS, para análise e homologação da certificação. Entretanto, antes de iniciar um processo de Certificação, a operadora pode, eventualmente, solicitar avaliação inicial de diagnóstico a uma Entidade Acreditadora em Saúde (EAS) reconhecida pela ANS.

Para manutenção da Certificação, a operadora deverá passar por auditorias intermediárias de manutenção pela EAS, anualmente, até expirar o prazo de certificação, que poderá ser de 2 (dois) ou 3 (três) anos, a depender do nível de certificação alcançado, conforme previsto no item V deste manual.

As auditorias de manutenção não resultarão em mudança de nível de certificação, mas poderão levar à perda da certificação, dependendo dos resultados. Nesse caso, a EAS deve comunicar formal e imediatamente à ANS a perda da certificação da operadora.

Para esclarecer os diferentes tipos de auditoria, apresentamos a seguir as definições específicas para esta Certificação:

A Auditoria de Certificação: é uma análise sistemática das atividades de uma operadora de planos de saúde, com o objetivo de verificar se estão em conformidade com as disposições estabelecidas neste Manual e se foram implementadas adequadamente durante o período mínimo exigido, com eficácia. A auditoria deve ser conduzida por uma equipe com a formação exigida por este Manual.

A Avaliação inicial de diagnóstico: antes da auditoria de Certificação em Atenção Oncológica - OncoRede, a operadora pode, a seu critério, solicitar a EAS uma avaliação inicial de diagnóstico. Esta avaliação tem como objetivo identificar os processos que não atendem aos requisitos estabelecidos neste Manual. O diagnóstico inicial permitirá à operadora identificar quais processos precisam ser aprimorados, a fim de avaliar suas chances de sucesso ao se submeter à auditoria com fins de certificação.

Importante ressaltar que essa auditoria de diagnóstico não se confunde com consultoria ou um curso de capacitação cujas definições consta no Glossário de RN.

Auditorias Intermediárias de Manutenção: são avaliações anuais realizadas para manter a Certificação. Nesta auditoria fica a critério da EAS estabelecer a cada ano extensão da avaliação, se parcial ou completa.

7.3 EQUIPE DE AUDITORIA

As auditorias de certificação e manutenção devem ser realizadas por uma EAS reconhecida pela ANS, com uma equipe de auditores que atenda à seguinte conformação mínima:

- No mínimo, 2 (dois) auditores, com formação universitária na área da saúde:
- 1 (um) membro da equipe com experiência mínima de 5 (cinco) anos em acreditação em saúde ou auditoria em saúde ou uma das seguintes pós-graduação:
 - ▣ Gestão/Qualidade em saúde.
 - ▣ Saúde coletiva/Saúde pública.
 - ▣ Administração hospitalar ou
 - ▣ Auditoria em saúde.
- 1 (um) auditor com graduação na área da saúde e especialização ou pós-graduação na área de oncologia, paliativismo, psico-oncologia ou experiência mínima de 3 (três) anos na área de oncologia, paliativismo ou psico-oncologia.

Opcionalmente, a equipe de auditoria pode contar com um ou mais auditores adicionais com formação universitária na área da saúde e pós-graduação ou experiência mínima de 3 (três) anos em auditoria ou saúde pública/coletiva, administração em saúde.

7.4 AVALIAÇÃO, SISTEMA DE PONTUAÇÃO E NÍVEIS DE CERTIFICAÇÃO



A equipe de auditoria deverá realizar os cálculos para pontuação da operadora após a avaliação do escopo da certificação para obtenção da pontuação final, que também servirá para estabelecer o nível da certificação.

7.4.1 Avaliação e Pontuação dos itens de verificação

Os Itens de Verificação poderão obter dois tipos de resultados a depender do cumprimento do escopo e do tempo:

- a. Conforme; ou
- b. Não conforme.

No que se refere a avaliação dos itens de verificação que envolvem aspectos relativos aos serviços de Atenção Oncológica, somente deverão ser considerados os dados dos serviços indicados pela operadora para participar desta Certificação.

É importante mencionar que as práticas abrangidas por este Manual exigem, necessariamente, a formalização de um aditivo ao contrato, ou documento similar, firmado entre a operadora e os serviços de Atenção Oncológica indicados como participantes desta Certificação.

7.4.2 Avaliação e Pontuação dos requisitos

A pontuação dos requisitos depende da avaliação de cada um dos itens de verificação e deverá ser realizada da seguinte maneira:

- 1) Será atribuída uma nota de 0 (zero) a 100% (cem por cento), a ser calculada pela proporção de itens de verificação em conformidade.
- 2) A Operadora deverá ter alcançado conformidade em todos os itens Essenciais do requisito.
- 3) Assim, caso a operadora não cumpra algum item de verificação classificado como "Essencial", será atribuída a nota "zero" ao Requisito inteiro.

7.4.3 Avaliação das Dimensões e Nota Final

A nota de cada dimensão resultará da média aritmética de todos os requisitos daquela dimensão.

A nota final da operadora será apurada pela média aritmética das sete (7) dimensões e revelará se a operadora obteve a nota mínima para ser ou não certificada.

Caso seja certificada, essa mesma nota será usada para classificar a operadora em 1 (um) dos 4 (quatro) níveis possíveis da Certificação em Atenção Oncológica - OncoRede, juntamente com outros critérios.

7.5 NÍVEIS DE CERTIFICAÇÃO

A depender do desempenho, a operadora poderá obter a Certificação de Boas Práticas em Atenção Oncológica - OncoRede em 4 (quatro) níveis:

7.5.1 NÍVEL IV: "CERTIFICAÇÃO BÁSICA"

Para obter a Certificação no Nível IV, a operadora deverá cumprir as seguintes condições:

- 1) Cumprir com todos os pré-requisitos.
- 2) Obter a Certificação incluindo o cumprimento mínimo da Dimensão 1 e mais 2 (duas) Dimensões por Linhas de Cuidado estabelecidas neste Manual.
- 3) Obter nota final maior ou igual a 70 e menor que 80 nas três dimensões.
- 4) Obter conformidade em pelo menos 20% dos itens classificados como de Excelência.

A Certificação no Nível IV - CERTIFICAÇÃO BÁSICA tem validade de 2 (dois) anos.

7.5.2 NÍVEL III: "CERTIFICAÇÃO INTERMEDIÁRIA 1"

Para ser certificada no Nível III, a operadora deverá obter o seguinte desempenho cumulativamente:

- 1) Cumprir com todos os pré-requisitos.



2) Obter a Certificação incluindo o cumprimento mínimo da Dimensão 1 e mais 3 (três) Dimensões por Linhas de Cuidado estabelecidas neste Manual.

3) Obter nota final maior ou igual a 70 e menor que 80 nas quatro dimensões.

4) Obter conformidade em pelo menos 20% dos itens classificados como de Excelência.

A Certificação no Nível III - CERTIFICAÇÃO INTERMEDIÁRIA 1 tem validade de 2 (dois) anos.

7.5.3 NÍVEL II: "CERTIFICAÇÃO INTERMEDIÁRIA 2"

Para ser certificada no Nível II, a operadora deverá obter o seguinte desempenho cumulativamente:

1) Cumprir com todos os pré-requisitos.

2) Obter a Certificação incluindo o cumprimento mínimo da Dimensão 1 e mais 4 (quatro) Dimensões por Linhas de Cuidado estabelecidas neste Manual.

3) Obter nota final maior ou igual a 80 e menor que 90 nas 5 (cinco) dimensões.

4) Obter conformidade em pelo menos 30% dos itens classificados como de Excelência.

A Certificação no Nível II - CERTIFICAÇÃO INTERMEDIÁRIA 2 tem validade de 2 (dois) anos.

7.5.4 NÍVEL I: "CERTIFICAÇÃO PLENA"

Para ser certificada no Nível I, a operadora deverá obter o seguinte desempenho de forma cumulativa:

1) Cumprir com todos os pré-requisitos.

2) Obter a Certificação incluindo o cumprimento mínimo da Dimensão 1 e de 5 (cinco) Dimensões por Linhas de Cuidado estabelecidas neste Manual.

3) Obter nota final maior ou igual a 90 nas 6 (seis) Dimensões.

4) Obter conformidade em pelo menos 30% dos itens classificados como de Excelência.

A Certificação Nível I - CERTIFICAÇÃO PLENA tem validade de 3 (três) anos.

7.6 RELATÓRIO DE AUDITORIA DA OPERADORA

Após a realização da avaliação, a equipe de auditores da EAS deverá elaborar Relatório de Auditoria da Operadora de acordo com o modelo previsto no capítulo 11 deste manual.

O Relatório deverá apresentar os resultados da avaliação de conformidade dos requisitos e respectivos itens de verificação, contendo, no mínimo:

- Identificação e formação dos auditores.
- Justificativa para decisão de conforme ou não conforme dos itens de verificação.
- Breve síntese da forma de obtenção de evidências do cumprimento de cada item verificado.
- Descrição das fragilidades e oportunidades de melhoria.
- Pontuação e nível de certificação.

O relatório devidamente identificado e assinado por cada um dos auditores deverá ser enviado para análise e homologação da Certificação pela ANS.

A comprovação da formação dos auditores deve ser enviada a ANS, anexa ao Relatório de Auditoria.

Os auditores são os responsáveis por definir a melhor forma de amostragem, bem como a quantidade que comporá a amostra, para a comprovação dos itens de verificação desta Certificação. O critério deverá levar em consideração as boas práticas profissionais, princípios estatísticos e de auditoria e as diretrizes estabelecidas neste Manual e deve estar descrito no relatório.

CAPÍTULO 8. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA



A ANS avaliará a Certificação em Boas Práticas na Atenção Oncológica - OncoRede por meio do monitoramento de macroindicadores, que representam mensurações baseadas na literatura científica e que têm como objetivo propiciar uma visão geral do desempenho do Programa e a avaliação das operadoras certificadas para a população abrangida. Além disso, têm como objetivo propiciar a ANS uma visão do desempenho das operadoras no que concerne à organização e efetividade das diretrizes da Atenção Oncológica no setor de Saúde Suplementar.

8.1 MACROINDICADORES

Os macroindicadores estabelecidos neste manual buscam avaliar a efetividade do Programa de Certificação OncoRede, assim, os resultados podem ser comparados com os resultados gerais do setor. Além disso, as operadoras podem utilizar os resultados desses macroindicadores relativos à população abrangida para comparar com os resultados gerais de sua carteira de beneficiários. Além do mais, os parâmetros estabelecidos para cada um dos macroindicadores constituem referências baseadas na literatura nacional e internacional.

Entretanto, ressalta-se que os resultados dos macroindicadores não serão utilizados para obtenção e/ou manutenção da Certificação em Atenção Oncológica - OncoRede.

A coleta dos dados deverá ser realizada pelos Serviços de Atenção Oncológica participantes desta Certificação, que deverão enviá-los mensalmente para as operadoras. As operadoras deverão recepcionar e processar os dados dos macroindicadores e enviar trimestralmente a EAS responsável pela Certificação.

A cada auditoria de certificação ou de manutenção da certificação, a EAS deverá repassar para a ANS as informações relativas aos macroindicadores juntamente com o Relatório de Auditoria.

Os dados dos macroindicadores deverão ser informados anonimizados e desagregados de acordo com modelo estabelecido pela ANS. A desagregação deve se dar da seguinte forma: por estabelecimento; por mês; e por raça/cor, obedecendo ao modelo estabelecido neste Manual.

A desagregação por raça e cor contribui como insumo para realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra, em convergência com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, prevista no Estatuto da Igualdade Racial - Lei 12.288/2010 (Brasil, 2010).



O envio das informações dos macroindicadores pela operadora para a EAS, como da EAS para a ANS, é obrigatório e seu descumprimento poderá acarretar a perda da Certificação para operadora ou a perda do reconhecimento da homologação da EAS pela ANS.

As fichas técnicas dos macroindicadores constam no capítulo12 deste manual.

Segue a lista dos macroindicadores para avaliação pela ANS do Programa de Certificação OncoRede no Quadro 6.

Quadro 6 . Macroindicadores da Certificação em Boas Práticas em Atenção Oncológica - OncoRede.

	Macroindicadores
1	Percentual de mulheres com 40 anos ou mais que realizaram mamografia, por faixa etária
2	Percentual de mulheres entre 25-60 anos que realizaram teste molecular para detecção de HPV oncogênico para rastreamento do câncer de colo de útero
3	Percentual de pacientes entre 50-75 anos que realizaram pesquisa de sangue oculto nas fezes no período.
4	Tempo entre a confirmação diagnóstica de câncer e o início do tratamento.
5	Percentual de pacientes com diagnóstico de câncer acompanhados por oncologista clínico.
6	Percentual de pacientes oncológicos que receberam atenção de equipe multiprofissional no Serviço de Atenção Oncológica Ambulatorial.
7	Percentual de pacientes com câncer vinculados a um navegador do cuidado, quando indicado.
8	Percentual de pacientes que receberam quimioterapia sistêmica nos últimos 14 dias de vida.

Fonte: Elaboração Própria

No que tange à adoção das melhores práticas de governança e segurança de dados, é importante destacar que a avaliação dos diferentes itens de verificação deste manual deve observar a proteção de dados pessoais, conforme estabelecido na Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD) e suas atualizações posteriores. A partir de sua vigência, esse diploma legal tornou-se de cumprimento obrigatório, devendo ser plenamente incorporado às rotinas institucionais.

Com o objetivo de integrar e harmonizar os processos de trabalho relativos ao compartilhamento de dados, as organizações devem se adequar ao estipulado pela LGPD.

Para tanto, é fundamental que a operadora conte com um responsável técnico pelo uso e pela gestão dos dados pessoais, a fim de monitorar e assegurar a conformidade com a legislação.

No setor da saúde, em especial, são necessárias precauções adicionais no tratamento de dados pessoais sensíveis, sejam eles armazenados em formato digital ou físico. Entre as boas práticas recomendadas, destacam-se: a obtenção de consentimento prévio, o uso de criptografia e o descarte seguro de informações.

No que se refere a eventual necessidade de revisão dos instrumentos formais de contratação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde, com o intuito de contemplar as práticas descritas neste Manual, recomenda-se observar as disposições da Resolução Normativa nº 503/2022 da ANS e suas alterações, que estabelecem os parâmetros para celebração de contratos no âmbito da saúde suplementar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMI, H.; HUNTER, D.; TRICHOPOULOS, D. (ed.). Textbook of cancer epidemiology. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/25493459_Textbook_of_Cancer_Epidemiology>. Acesso em: 23 out. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Avanços da oncologia na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar. - Rio de Janeiro: ANS, 2014. 4,89 MB; ePUB. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/oncologia.pdf>. Acesso em: 23 out. 2024

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede. Análise dos dados do projeto-piloto de abril 2017 a abril 2018. 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/relatorio-conclusivo-oncorede-pdf>>. Acesso em 12 jun. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 506, de 30 de março de 2022. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Revoga as Resoluções Normativas nº 440, de 13 de dezembro de 2018, nº 450, de 06 de março de 2020, e nº 463, de 23 de novembro de 2020. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfOriginal&format=raw&id=NDE2Ng==>>. Acesso em 12 jun. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 572, de 23 de fevereiro de 2023a. Altera a Resolução Normativa ANS nº 506, de 30 de março de 2022, que instituiu o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDM2MA==>>. Acesso em 12 jun. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Boletim panorama: saúde suplementar [recurso eletrônico]. v.1 n. 3, 3º trimestre de 2023. Rio de Janeiro: ANS, 2023b. 700kb; ePub. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/noticias/copy3_of_PanoramaSaudeSuplementar_dezembro_2023.pdf>. Acesso em 21 out. 2024

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). ANS TABNET. Informações em Saúde Suplementar. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/anstabnet/>>. Acesso em 20 ago. 2024.

AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY (ASCO). Cancer care delivery in the United States: priorities, challenges, and opportunities. Journal of Clinical Oncology, v. 35, n. 8, p. 895-903, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1200/JCO.2016.71.4392>>. Acesso em: 19 jun. 2025



ANDRADE, E.O. A Ortotanásia e o Direito Brasileiro: A Resolução CFM n. 1.805/2006 e algumas considerações preliminares à luz do Biodireito Brasileiro. *Rev. Bioethikos*, 5(1): 28-34,2011. Disponível em:< <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bic-3598>>. Acesso em 23 out. 2024.

ARENDS, J., BARACOS, V., BERTZ, H., BOZZETTI, F., CALDER, P. C., DEUTZ, N. E., ... & PREISER, J. C. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36(1), 11-48, 2017. doi:10.1016/j.clnu.2016.07.015. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27637832/>>. Acesso em: 02 jul. 2025.

BARENTSZ, J. O. et al. PI-RADS (Prostate Imaging - Reporting and Data System): version 2.1. *European Urology*, [S.l.], v. 77, n. 3, p. 322-337, 2020.

BONNINGTON, S.N.; RUTTER, M.D. Surveillance of colonic polyps: Are we getting it right? *World Journal of Gastroenterology*,2016, v. 22, n. 6, p.1925-1934. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4726668/>>. Acesso em: 04 out. 2024.

BOTTAZZI, B.; RIBOLI, E.; MANTOVANI, A. Aging, inflammation and cancer, *Seminars in Immunology*,2018, V40, p.74-82. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1044532318300824?via%3Dihub>>. Acesso em: 16 mai. 2024.

BRASIL. Lei no. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em 23 out. 2024.

BRASIL. Lei no. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em 23 out. 2024.

BRASIL. Lei no. 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14758.htm>. Acesso em: 12 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP): no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. 2024. Disponível em:< https://cdn.medblog.estrategiaeducacional.com.br/wp-content/uploads/2024/05/PORTARIA-GM_MS-No-3.681-DE-7-DE-MAIO-DE-2024-PORTARIA-GM_MS-No-3.681-DE-7-DE-MAIO-DE-2024-DOU-Imprensa-Nacional.pdf>.Acesso em: 01 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.150, de 9 de abril de 2024. Aprova a incorporação do teste de DNA-HPV como rastreamento primário do câncer do colo do útero no SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, 2024a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.150-de-9-de-abril-de-2024-552939976>. Acesso em: 9 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 3, de 7 de março de 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 16 maio 2025.

BURLÁ, C.; PY, L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 6, p. 1-3, 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Qk78VZJ3PtXbq8FZGjPJbZD/?lang=pt#>>. Acesso em: 07 ago. 2024.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CONITEC). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo econômico-industrial da saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde Ministério da Saúde. Relatório de Recomendação Produto. Testagem Molecular para Detecção de HPV e rastreamento do câncer do colo do útero (Preliminar). Brasília, 2023. Disponível em: < <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/testagem-molecular-para-deteccao-de-hpv-e-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio> >. Acesso em: 08 abr. 2025.

CONNOLLY, D.; HUGHES, X.; Berner A. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among transgender men and non-binary people with a cervix: a systematic narrative review. *Preventive Medicine*, v.135, 106071, 2020. Disponível em: <



<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091743520300955?via%3Dihub>>. Acesso em: 04 out. 2024.

CONNOLLY, D.; HUGHES, X.; BERNER, A. Cervical cancer screening for transgender and non-binary individuals. *Canadian Medical Association Journal*, v. 192, n. 23, p. E653-E656, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM no. 1805/2006. Publicada no DOU, 28 nov. 2006, Seção I, p. 169. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>>. Acesso em 23 out. 2024.

CORDEIRO, F. et al. Diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico e multidisciplinar do câncer colorretal. Projeto diretrizes. Tradução. São Paulo: AMB/CFM, 2002. In: Projeto diretrizes. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/item/001287100>>. Acesso em: 03 jul. 2025.

CORDEIRO, AP; FERREIRA, CA; NASCIMENTO, BL. Atuação do enfermeiro em cuidados paliativos oncológicos no processo ativo de morte. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 34-42, 2024. DOI: 10.29327/healthdev. v17i1.6123. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/386554376_Atualizacao_do_Enfermeiro_](https://www.researchgate.net/publication/386554376_Atualizacao_do_Enfermeiro_em_cuidados_paliativos_oncologicos_no_processo_ativo_de_morte)

[em_cuidados_paliativos_oncologicos_no_processo_ativo_de_morte](https://www.researchgate.net/publication/386554376_Atualizacao_do_Enfermeiro_em_cuidados_paliativos_oncologicos_no_processo_ativo_de_morte). Acesso em: 1 jul. 2025.

D'ALESSANDRO, M.P.S. et al. Manual de Cuidados Paliativos / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte ... [et al.]. - São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde. 2020. 175p. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Manual-CuidadosPaliativos-versa-%CC%83o-final-1.pdf> >. Acesso em 23 out. 2024.

EUROPEAN SOCIETY FOR CLINICAL NUTRITION AND METABOLISM (ESPEN). guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, v. 40, n. 5, p. 2898-2913, 2021. Disponível em:<<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005>>. Acesso em: 01 jul. 2025.

EUROPEAN SOCIETY FOR MEDICAL ONCOLOGY (ESMO). Integrated multidisciplinary care in oncology: the way forward. *Annals of Oncology*, v. 31, suppl. 4, p. S1-S29,2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/annonc/annal_2020_suppl4>. Acesso em: 01 jul. 2025.

FADHLAOUI A, MRAD H, VINETTE B, BILODEAU K. The early integration of palliative care into oncology care: A rapid review. *Can Oncol Nurs J.*, Oct 1;32(4):505-511, 2022. doi: 10.5737/23688076324505. PMID: 38919785; PMCID: PMC11195655. Disponível em:<<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11195655/>>. Acesso em: 01 jul. 2025.

FRANKL, V. Em Busca de Sentido: um psicólogo no campo de concentração, 25ª ed., Petrópolis, Ed. Vozes, 2014.

GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2022;400(10352):563-591. doi:10.1016/S0140-6736(22)01438-6. Disponível em:<[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01438-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01438-6/fulltext)>. Acesso em 12 jun. 2024.

HOLTEDAHN, K. Challenges in early diagnosis of cancer: the fast track. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, v.38, n.3, p.251-252, 2020. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02813432.2020.1794415>>. Acesso em: 05 jun. 2024

HSU, T. ET AL. Developing sustainable cancer and aging programs. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, v. 43, 2023. Disponível em: https://ascopubs.org/doi/10.1200/EDBK_390980. Acesso em: 16 mai.2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Diretrizes para a detecção precoce do câncer no Brasil. 2. ed. rev. atual. - Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em:< <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>>. Acesso em: 23 out. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. - Rio de Janeiro: INCA, 2001.Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_dor.pdf>. Acesso em: 04 out. 2024.



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. - 2. ed. rev. atual. - Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: < www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 03 jul. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Dieta, nutrição, atividade física e câncer: uma perspectiva global: um resumo do terceiro relatório de especialistas com uma perspectiva brasileira. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/dieta_nutricao_atividade_fisica_e_cancer_resumo_do_terceiro_relatorio_de_especialistas_com_uma_perspectiva_brasileira.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-docancer.pdf>>. Acesso em 16 mai. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Vacinação contra o HPV: perguntas e respostas. Rio de Janeiro: INCA, 2021a. Disponível em: < <https://www.gov.br/inca/pt-br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/hpv>>. Acesso em: 15 out. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Abordagem nutricional no cuidado ao paciente oncológico. Rio de Janeiro: INCA, 2021b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abordagem-nutricional-no-cuidado-ao-paciente-oncologico>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Rastreamento em pessoas vivendo com HIV. Rio de Janeiro: INCA, 2021c. Disponível em: < <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/9299>>. Acesso em: 12 jun. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de intestino: as topografias referentes ao câncer de intestino C18-21. 2022. Disponível em: < <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/intestino>>. Acesso em: 27 mai. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2022a. 160 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>>. Acesso em 12 jun. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). O que é câncer? 14 jul. 2022b. Disponível em: < <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>>. Acesso em: 12 jun. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Prevenção e fatores de risco: HPV. Rio de Janeiro. 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/fatores-de-risco>. Acesso em: 9 jul. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Conceito e Magnitude: Entenda o conceito do câncer do colo do útero e sua magnitude no Brasil. 2022d. Disponível em: < <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/conceito-e-magnitude>>. Acesso em 21 out.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de pulmão: Saiba mais sobre como prevenir o câncer de pulmão, sinais e sintomas, tratamento, entre outras informações. 2022e. Disponível em: < <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pulmao>>. Acesso: 04 out. 2024. Disponível em: < <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pulmao>>. Acesso: 04 out. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Cuidados paliativos em oncologia: orientações para agentes comunitários de saúde / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2022f. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cartilha_cuidados_



paliativos_em_oncologia_para_acs.pdf>. Acesso em 23 out. 2024Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cartilha_cuidados_paliativos_em_oncologia_para_acs.pdf>. Acesso em 23 out. 2024

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em:<<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>>. Acesso em: 10 nov. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estatísticas de câncer: Ações de Vigilância do Câncer, componente estratégico para o planejamento eficiente e efetivo dos programas de prevenção e controle de câncer no país. 2023a. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros>>. Acesso em 22 out. 2024

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de mama: O câncer de mama é caracterizado pelo crescimento de células cancerígenas.2023b. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama>>. Acesso em 21 out.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de próstata: Conheça o que aumenta o risco, como é feito o diagnóstico, o tratamento e as estratégias para detecção precoce do câncer de próstata. 2023c. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/prostata>>. Acesso em 22 out. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de cólon e reto. 2023d. Disponível em:<<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios/cancer-de-colon-e-reto>>. Acesso: 04 out. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. O que está rolando? Boletim informativo. Ano VI. Edição extraordinária, 2024. [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//edicao_](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//edicao_extra.pdf)

[extra.pdfhttps://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//edicao_extra.pdfhttps://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//edicao_extra.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//edicao_extra.pdf)

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Bebidas alcoólicas: consumir bebidas alcoólicas, em qualquer quantidade, aumenta o risco de desenvolver câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, fígado, intestino (cólon e reto) e mama. 2025. Disponível em: < <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/bebidas-alcoolicas>>. Acesso em 26 mai. 2025.Disponível em: < <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/bebidas-alcoolicas>>. Acesso em 26 mai. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de próstata relacionado ao trabalho. Cartaz. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//inca-info-prostata.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Fatores de risco: Fatores relacionados ao aumento do risco de desenvolver o câncer de mama. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/fatores-de-risco>>. Acesso em 21 out. 2024.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). Brasil. Disponível em: <<https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/brazil?language=129>>. Acesso em 22 out. 2024

KONING, H.J. et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. New England Journal of Medicine, v. 382, n.6, 503-513, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1911793?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed>. Acesso em: 04 out. 2024.



LU, L.; LIU, J.; YUAN, Y.C. Cultural Differences in Cancer Information Acquisition: Cancer Risk Perceptions, Fatalistic Beliefs, and Worry as Predictors of Cancer Information Seeking and Avoidance in the U.S. and China. *Health Community*, v. 37, n. 11, p. 1442-1451, 2022. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33752516/>>. Acesso em: 04 out. 2024.

MARTINS, T. C. et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 10, p. 4483-4496, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/mBHf5pYMHkMhrz7LMf99HxS/#>>. Acesso em: 12 jun. 2024.

MATOS, E; PIRES, DEP; CAMPOS, GWS. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, 62 (6), 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000600010>>. Acesso em: 01 jul. 2025.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em 12 jun. 2024.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2024.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Suspected cancer: recognition and referral. NICE guideline [NG12], 2015. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/NG12/>>. Acesso em: 07 ago. 2024.

NATIONAL LUNG SCREENING TRIAL RESEARCH TEAM; ABERLE, D.R. et al. The National Lung Screening Trial: overview and study design. *Radiology*, v. 258, n. 1, p.243-253, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3009383/>>. Acesso: 04 out. 2024.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). Age and Cancer Risk, 2021. Disponível em: <<https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/age>>. Acesso em: 16 mai. 2024.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). NICE Guideline Suspected cancer: recognition and referral. 2015. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>>. Acesso em: 04 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. 2nd ed. Geneva: WHO, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: resultados do laboratório de inovação. Brasília: OPAS; 2014. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49108>>. Acesso em: 04 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019. 9 dez. 2020a. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>>. Acesso em: 12 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Câncer. out. 2020b. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>>. Acesso em: 12 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Cuidados paliativos. 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>>. Acesso em: 16 jun. 2024

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Atenção primária à saúde. 2024. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>>. Acesso em: 12 jun. 2024.

PEREIRA, M. B. S. F.; MENDONÇA, M. A. A importância da implementação precoce de cuidados paliativos no tratamento oncológico: uma revisão integrativa. *Revista Ibero Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 9, n. 5, p. 981-993, 2023. DOI:10.51891/rease.v9i5.9663. Disponível em: <



<https://pdfs.semanticscholar.org/68c9/c53770c95cc6d219d662c26d1d07cc68c8b3.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2025.

REIS, C; BARBOSA, L; PIMENTEL, V. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. BNDES Setorial 44, p. 87-124, 2016. Disponível em: <<http://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/9955>>. Acesso em: 04 jul. 2025.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, Cap. 2, p. 28-49, ISBN: 853630166X, 2003. Disponível em: <https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf>. Acesso em: 25 out. 2024.

ROBBINS, H.A. et al. Identification of Candidates for Longer Lung Cancer Screening Intervals Following a Negative Low-Dose Computed Tomography Result. J Natl Cancer Inst., v. 111, n. 9, p.996-999, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6748798/>>. Acesso: 04 out. 2024.

SAETENG, S.; CHEWASKULYONG, B.; CHAROENTUM, C.; LERTPRASERTSUKE, N.; EUATHRONGCHIT, J.; TAJARERNMUANG, P.; KLUNKLIN, P.; SIWACHAT, S.; KONGKARNKA, S.; WANNASOPHA, Y.; et al. O impacto de uma conferência de equipe multidisciplinar no tratamento do câncer de pulmão de células não pequenas: barreiras de tempo e resultados de longo prazo. J. Clin. Med., 13, 5276, 2024. Acesso em: <<https://doi.org/10.3390/jcm13175276>>. Acesso em: 02 jun. 2025.

SANTOS, B. D.; et al. Atuação do serviço social no Hospital ASCOMCER: conhecimento de direitos de pacientes oncológicos. Cadernos de Saúde Pública, 2023

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Cadernos de Atenção Primária, n. 29. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf>. Acesso em: 04 out. 2024.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Departamento de Atenção Especializada e Temática. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: rastreamento do câncer do cólon e reto. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/r/rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-diretriz-brasileira/view>>. Acesso em: 23 out. 2024.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>>. Acesso em 24 out. 2024

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS). Ministério da Saúde. Recomendação pelo não rastreamento populacional do câncer de próstata. Nota Técnica nº 9/2023-COSAH/CGACI/DGCI/SAPS/MS. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//notatecnica_rastreio_cancer_de_prostata_2023.pdf. Acesso em: 26 mai. 2025

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (SECTICS). Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Adenocarcinoma de cólon e reto. Ministério da Saúde. Brasília, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2024/relatorio-preliminar-protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt-do-adenocarcinoma-de-colon-e-reto>>. Acesso em: 01 jun. 2025.

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (SECTICS). Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Brasília, 2024a. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero>>. Acesso em: 08 abr. 2025.

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (SECTICS). Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Relatório



de Recomendação Protocolos e Diretrizes (Preliminar). Brasília, 2024b. Disponível em < <https://www.febrasgo.org.br/images/2024/relatorio-preliminar-diretrizes-brasil-eiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero-parte-i-rastreamento-organizado-utilizando-testes-moleculares-para-deteccao-de-dna-hpv-oncogenico.pdf> >. Acesso em: 15 mai. 2025.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE (SVSA). Ministério da Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. - Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: < file:///C:/Users/linea/Downloads/vigitel_brasil_2023.pdf >. Acesso em 23 out. 2024

SILVA D.S.M. et al. Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 25, n.5, e210204, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210204.pt>>. Acesso em: 22 mai. 2024.

SILVA JR., J. B.; RAMALHO, W. M. Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas. Texto para discussão. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Disponível em: < https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/17-PJSSaudeAmanha_Texto0017_A4_07-01-2016.pdf >. Acesso em: 01 jul. 2025.

SILVA, L S; OLIVEIRA, M C; SANTOS, J P. Cuidados paliativos: abordagem multidisciplinar na promoção da qualidade de vida para pacientes em sofrimento. Research, Society and Development, [S. l.], v. 13, n. 4, p. e7431345449, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i4.5449. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/383256843_Cuidados_paliativos_Abordagem_multidisciplinar_na_Promocao_da_Qualidade_de_Vida_para_Pacientes_em_Sofrimento>. Acesso em: 1 jul. 2025.

Pacientes_em_Sofrimento>. Acesso em: 1 jul. 2025.

SOUZA, A.; SILVA, B.; CARVALHO, C. A atuação do assistente social no atendimento oncológico: realidades, humanização, desafios e possibilidades. Serviço Social em Revista, vol. 26, n. 1, p. 79-100, jan.-jul. 2023. Disponível em: < <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/download/46826/49168/256006> >. Acesso em: 01 jul. 2025.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SULLIVAN, B. A.; NOUJAIM, M.; ROPER J. Cause, epidemiology, and histology of polyps and pathways to colorectal cancer. Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America, Philadelphia, v. 32, n. 2, p. 177-194, Apr. 2022. DOI 10.1016/j.giec.2021.12.001.

TERRACINA, S. et al. Characteristic hallmarks of aging and the impact on Carcinogenesis. Current Cancer Drug Targets, v. 23, n. 2, p. 87-102, 2023. Disponível em: < <https://www.ingentaconnect.com/content/ben/ccdt/2023/00000023/00000002/art00002> >. Acesso em 16 mai. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Ministério da Saúde. Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Proctologia. Brasília, 2016. V.II, 1.ed. rev. 16 p.: il. Disponível em: <[protocolo_Proctologia_009.inhttps://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_proctologia_v_VII.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_proctologia_v_VII.pdf)>. Acesso em: 28 mai. 2025.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Lung Cancer: Screening. 2021. Disponível em: <<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/lung-cancer-screening>>. Acesso em: 04 out. 2024.

VERAS, R.P.; GOMES, J.A.C.; MACEDO, S.T. A coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz custos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 22, n. 2, p. 1-13, 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/SC9HLDjNg8N3scvpqHZytxh/?lang=pt#> >. Acesso em: 07 ago. 2024.



WILD, C.P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B.W. World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention. 2020. Disponível em: <<https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-Cancer-Research-For-Cancer-Prevention-2020>>. Acesso em: 12 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. World Health Organization, 2002. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/42494>>. Acesso em 23 out. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Early detection. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes, module 3. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <<https://screening.iarc.fr/doc/Early%20Detection%20Module%203.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Report on ageing and health. Luxembourg, 2015. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/186463>>. Acesso em 21 out. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guide to cancer early diagnosis. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511940>>. Acesso em: 04 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Prevention. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/prevention/en/>>. Acesso em: 04 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>. Acesso em: 9 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342365/9789240030824-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em 21 out. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Noncommunicable diseases. 16 set. 2023. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>. Acesso em 23 out. 2024

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Today (2024). [Internet]. Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2022. Disponível em: <<https://gco.iarc.who.int/today/en>>. Acesso em: 03 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Noncommunicable Disease Surveillance, Monitoring and Reporting. 2024. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data>>. Acesso em: 12 jun. 2024.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA)/WHO. Global atlas of palliative care. London: WPCH e WHO; 2020. 120 p. Disponível em: <[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)>. Acesso em: 25 out 2024.

XAVIER F, A., TEIXEIRA P M, T., & FERRACIOLLI C, G. B. A importância da equipe multidisciplinar no tratamento do paciente oncológico. Revista Extensão, 8(2), 7-14, 2024. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/9662>>. Acesso em: 01 jul. 2025.

10. DIMENSÕES, REQUISITOS E ITENS DE VERIFICAÇÃO

Dimensão 1. Planejamento e Estruturação Técnica na Área da Atenção Oncológica

DIMENSÃO 1: PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA NA ÁREA DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA

A Dimensão busca avaliar o planejamento e a estruturação técnica da operadora e sua rede de atenção oncológica, abrangendo aspectos fundamentais como: a gestão da atenção oncológica; a integração da rede assistencial; a promoção de educação permanente para os profissionais da operadora e da rede prestadora de serviços; o monitoramento e avaliação da qualidade; a satisfação dos beneficiários e a implementação de modelos de remuneração baseada em valor.

1.1 PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA DA OPERADORA

Este requisito direcionador tem por objetivo avaliar o planejamento da operadora, incluindo: a elaboração de Plano Estruturado que contemple o planejamento das ações; a infraestrutura necessária e profissionais comprometidos com a qualificação da Atenção Oncológica.



1.1.1	A operadora possui um Plano Estruturado para o planejamento das ações de qualificação da Atenção Oncológica. Interpretação: A operadora deve dispor de um Plano Estruturado, elaborado por equipe de especialistas, que contemple todo o ciclo de cuidado na atenção oncológica, considerando todas as etapas da jornada do paciente, incluindo (INCA, 2021):	Essencial
	· A Promoção da Saúde; · A Prevenção de Risco e Doenças; · O Rastreamento (quando couber); · O Estadiamento; · O Tratamento;	
	· A Reabilitação; · Os Cuidados paliativos; e · Os Cuidados de final de vida. O Plano Estruturado deve ser um documento técnico que apresente, de forma coerente e integrada, o planejamento e as formas de monitoramento das ações da operadora, com o objetivo de maximizar os benefícios da atenção oncológica prestada.	
	Deve contemplar estratégias abrangentes para o cuidado oncológico, com especial detalhamento para as Linhas de Cuidados prioritárias nessa certificação, definidas com base nos cânceres mais incidentes e passíveis de detecção precoce (INCA, 2023): 1. Linha de Cuidado do Câncer de Mama; 2. Linha de Cuidado do Colo do Útero; 3. Linha de Cuidado Câncer de Próstata;	
	4. Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão (traqueia, brônquios e pulmão); e 5. Linha de Cuidado do Câncer de Cólon e Reto No Plano Estruturado, a operadora deve definir quais as Linhas de Cuidado oncológicas serão contempladas, sendo obrigatória a inclusão da Dimensão de Planejamento e Estruturação Técnica na Área da Atenção Oncológica além do desenvolvimento de, no mínimo, duas Linhas de Cuidado prioritárias.	
	O Plano Estruturado deve ser fundamentado em uma metodologia de planejamento reconhecida, com o objetivo de sistematizar os objetivos e as estratégias necessárias para alcançá-los. Sua elaboração deve contar com a participação do maior número possível de pessoas interessadas, pois esse engajamento aumenta a probabilidade de êxito das ações planejadas. Quando os envolvidos participam do processo de elaboração e compreendem os fundamentos e a origem do planejamento, tendem a se comprometer mais fortemente com a obtenção de resultados concretos (Tancredi, 1998; Langley et al., 2011; Prestes et al., 2019).	
	O Plano Estruturado deve atuar como um instrumento de gestão, funcionando simultaneamente como guia e impulsor do desenvolvimento e da qualificação da área de Atenção Oncológica. Deve orientar as ações estratégicas da operadora e promover a melhoria contínua dos serviços de atenção de oncológica (Tancredi, 1998; Langley et al., 2011; Prestes et al., 2019). Deve ser anexado ao Plano Estruturado o Formulário de Especificação de Rede de Atenção Oncológica para Certificação da Operadora por Linha de Cuidado de acordo com este Manual (capítulo XI).	
	Os serviços selecionados pela operadora para participar nesta certificação, de acordo com a Linha de Cuidado escolhida, podem ser: · Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial. · Serviços de Terapia Antineoplásica. · Serviços de Radioterapia. · Serviços Hospitalares de Atenção Oncológica.	
	· Serviços de Diagnóstico por Imagem. · Laboratório de Análise e Patologia Clínica. O Plano Estruturado deve estar disponível tanto na sede da operadora, em meio físico e/ou digital a sim como em suas demais unidades, caso existam, também em formato físico e/ou digital. Possíveis Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: · A existência documentada do Plano Estruturado para a qualificação da Atenção Oncológica com cópia disponível em meio físico e/ou digital. · A relação atualizada dos Serviços de Saúde de Atenção Oncológica que participam desta Certificação, especificada conforme o estabelecido neste item de verificação.	
	· A conformidade das informações relativas aos serviços de participantes com o "Formulário de Especificação de Rede de Atenção Oncológica para Certificação da Operadora" conforme descrito no capítulo XI deste Manual. A equipe de auditores poderá ainda, realizar entrevistas por amostragem com diferentes membros da equipe gestora e técnica, com a finalidade de verificar o conhecimento e a compreensão do Plano Estruturado. Essas entrevistas devem contemplar os aspectos do Plano Estruturado que abrangem todas as Linhas de Cuidado desenvolvidas na certificação da Operadora.	



1.1.2	O Plano Estruturado da Área de Atenção Oncológica contém o detalhamento do planejamento das ações a serem desenvolvidas nesta certificação. Interpretação:	Essencial
	A operadora deve possuir Plano Estruturado da Atenção Oncológica, definindo claramente, no mínimo, os seguintes tópicos: · Objetivos; · Metas; · Linhas de Cuidado priorizadas (no mínimo duas);	
	· Cobertura populacional; · Indicadores de monitoramento; · Cronograma de ação; · Conformação da rede assistencial, contendo a relação de serviços de saúde participantes desta Certificação, listados em formulário específico descrito neste Manual:	
	☐ Adoção de protocolos operacionais; ☐ Adoção de protocolos de segurança do paciente; ☐ Adoção de protocolos e diretrizes clínicas; ☐ Previsão de sistemas de informação para monitoramento dos resultados alcançados; e	
	☐ Estratégias de melhoria da qualidade, que incluam a visão global da atenção ao paciente oncológico e especialmente os cânceres abordados pela operadora nesta certificação. A operadora deverá explicitar as Linhas de Cuidado que serão implementadas. Dessa forma, além do planejamento referente à Dimensão obrigatória, o Plano Estruturado deve incluir um capítulo específico para cada Linha de Cuidado priorizada, conforme o nível de certificação pleiteado, conforme especificado a seguir:	
	· NÍVEL IV: "CERTIFICAÇÃO BÁSICA" - Dimensão 1 + duas Linhas de Cuidado. · NÍVEL III: "CERTIFICAÇÃO INTERMEDIÁRIA 1" - Dimensão 1 + três Linhas de Cuidado · NÍVEL II: "CERTIFICAÇÃO INTERMEDIÁRIA 2" - Dimensão 1 + quatro Linhas de Cuidado. · NÍVEL I: "CERTIFICAÇÃO PLENA" - Dimensão 1 + cinco Linhas de Cuidado. Possíveis Formas de Verificação de Evidências	
	Entre as possíveis formas de evidências destacam-se as seguintes: A equipe de auditores poderá verificar: · A existência documentada do Plano Estruturado (em meio físico e/ou digital); · O documento contendo Plano de Ação na atenção oncológica; · Um capítulo detalhado para cada linha de cuidado abordada;	
	· Os sistemas de informação que monitorem os resultados; e · O Relatório de acompanhamento dos indicadores. A equipe de auditores poderá, ainda, realizar entrevistas por amostragem com diferentes membros da equipe gestora e técnica, com a finalidade de verificar o conhecimento e a compreensão do Plano Estruturado. Tais entrevistas devem contemplar os aspectos do plano que abordem todas as Linhas de Cuidado desenvolvidas na certificação da Operadora.	
1.1.3	A operadora atualiza periodicamente (pelo menos uma vez ao ano) o Plano Estruturado da Linha de Cuidado da Atenção Oncológica. Interpretação: A operadora deve garantir a atualização periódica do Plano Estruturado, ao menos uma vez ao ano. Essa atualização deve contemplar os ajustes necessários identificados por meio do monitoramento e da avaliação dos resultados obtidos.	Essencial
	O Plano Estruturado atualizado deve estar disponível durante as auditorias de manutenção anuais. Possíveis Formas de Verificação de Evidências: Dentre as formas possíveis de evidências destaca-se a existência da versão atualizada do Plano Estruturado vigente, bem como o registro de versões anteriores.	
1.1.4	A operadora possui área ou setor de gestão da qualidade que inclua a Área de Atenção Oncológica. Interpretação:	Essencial
	A operadora deve dispor de uma área ou setor de gestão da qualidade que inclua a área de atenção oncológica, com o objetivo de contribuir para a integração e a qualidade técnica das ações desenvolvidas. Esse setor poderá também abranger outras áreas de atenção ou Linhas de Cuidado específicas.	
	A área ou setor de gestão da qualidade deve estar formalmente estabelecida no organograma da operadora. Sua existência deve ser documentada, com a especificação da área de gestão à qual está vinculada, além da nomeação ou designação dos responsáveis técnicos.	
	Entre as atribuições desse setor, deve constar o fortalecimento da institucionalização e da consolidação das estratégias de planejamento, contribuindo para a mobilização de recursos técnicos, logísticos, operacionais, administrativos, financeiros e de gestão, com o objetivo de qualificar a Atenção Oncológica da operadora.	



	Além disso, as responsabilidades do setor de gestão da qualidade devem incluir o planejamento, o dimensionamento da rede assistencial, o monitoramento de indicadores e a avaliação dos resultados para subsidiar a tomada de decisões, em consonância com os objetivos e metas estabelecidos no Plano Estruturado.	
	As atribuições desse setor devem estar claramente especificadas no Plano Estruturado, conforme indicado no item 1.1.1. O relatório de avaliação do setor, contendo informações relacionadas à Atenção Oncológica, deve ser encaminhado sistematicamente à alta direção, pelo menos semestralmente, ou sempre que for identificado algum nível crítico pelo programa de melhoria da qualidade em saúde ou equivalente, com o objetivo de apoiar monitoramento do desempenho da operadora.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: · A equipe de auditores poderá verificar: · A formalização da criação da área ou setor responsável pela gestão da qualidade, incluindo, obrigatoriamente, a área de Atenção Oncológica.	
	· O organograma da operadora com a identificação da área ou setor de gestão da qualidade. · As nomeações ou designações dos responsáveis técnicos pela área ou setor que realiza a gestão da qualidade. · A comprovação documental de ações desenvolvidas por este setor como atas de reuniões, e-mails, apresentações e relatórios com os resultados das avaliações realizadas na área oncológica.	
	· A existência de relatório de avaliação do desempenho da operadora na área de atenção oncológica. · Se o monitoramento é realizado com base nos indicadores estabelecidos no Plano Estruturado, conforme indicado no item 1.1.1. · A existência de registro do envio dos relatórios de desempenho da operadora à alta direção, os quais podem ser comprovados por meio de e-mails, comunicados, correspondências ou outros mecanismos de comunicação institucional adotados pela operadora.	
1.1.5	A área ou setor de gestão da qualidade da operadora conta com um profissional de saúde responsável pela área de Atenção Oncológica. Interpretação:	Essencial
	A área ou setor de gestão da qualidade da operadora deve contar, em seu quadro, com um profissional responsável, que tenha entre as suas atribuições, a gestão da Certificação na Atenção Oncológica. O responsável técnico deve possuir graduação na área da saúde, com experiência profissional e/ou pós-graduação em saúde coletiva, saúde pública ou em outra área de conhecimento que contemple conteúdos de gestão ou qualidade em saúde, reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC).	
	A área ou setor de gestão da qualidade poderá contar, adicionalmente, com a assessoria de profissionais especializados em diferentes áreas da atenção oncológica, quando necessário, e sem necessidade de dedicação exclusiva, tais como: médico oncologista; enfermeiro oncologista; e fisioterapeuta, preferencialmente com especialização ou título de especialista em fisioterapia oncológica, - dentre outros.	
	Para comprovação da formação serão considerados: · Cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> (especialização) com carga mínima de 360 horas, realizados em instituições reconhecidas pelo MEC. · Cursos de pós-graduação <i>stricto sensu</i> (mestrado e doutorado) reconhecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).	
	· Experiência profissional prévia comprovada em saúde coletiva, saúde pública ou gestão/qualidade em saúde, com duração mínima de (2) dois anos. Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	
	· A contratação de um profissional de saúde responsável pela gestão da Certificação da Linha de Cuidado da Atenção Oncológica . · Se o profissional de saúde responsável pela gestão da Certificação da Linha de Cuidado da Atenção Oncológica possui formação compatível, de acordo com o estabelecido neste item de verificação. · A existência de contrato ou documento similar firmado entre a operadora e o profissional responsável pela gestão da Certificação da Linha de Cuidado da Atenção Oncológica.	
	· A experiência prévia profissional em saúde coletiva, saúde pública ou gestão/qualidade em saúde comprovada por meio de documentos como: registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social, Certidão de Tempo de Serviço, Contrato de Prestação de Serviços, Recibo de Pagamento de Autônomo ou declaração do contratante. · A formação acadêmica por meio de diploma ou declaração da instituição de ensino reconhecida pelo MEC.	
1.1.6	A Central de Atendimento da operadora disponibiliza informações administrativas e de cobertura assistencial específicas sobre Atenção Oncológica Interpretação:	Essencial



	A operadora deve disponibilizar, em sua Central de Atendimento, informações e orientações específicas sobre Atenção Oncológica. Para cumprimento deste item de verificação, a Central de Atendimento da operadora deve oferecer: I - Atendimento adequado à demanda da área de Atenção Oncológica.	
	II - informações adequadas, compreensíveis e precisas sobre os serviços oncológicos cobertos pelo plano contratado, especialmente, quanto às condições para sua utilização: · Aplicação de mecanismos de regulação assistencial, tais como: porta de entrada e referenciamento de rede. · Aplicação de mecanismos de regulação financeira: como coparticipação ou franquia. III - Esclarecimentos sobre os seguintes temas, de acordo com o plano contratado:	
	· Cobertura assistencial, especialmente para diagnóstico e tratamento do câncer; · Carência para a realização de procedimentos; · Rede assistencial oncológica disponível; e · Dispensação de medicamentos de uso domiciliar .no contexto da Atenção Oncológica. IV - Orientação sobre os seguintes tópicos:	
	· Atividades coletivas de promoção da saúde e/ou prevenção de riscos e doenças, tais como: programas de cessação de tabagismo, de alimentação saudável, prática de atividades física, entre outros; e · Disponibilidade de materiais informativos, como folhetos, cartilhas, e postagens, voltados ao letramento dos pacientes sobre a área de Atenção Oncológica.	
	Dada a importância, magnitude e o impacto do diagnóstico de câncer, além da necessidade de celeridade nos fluxos de atendimento, justifica-se a existência de uma árvore temática específica sobre atenção oncológica. Dessa forma, para efeito de cumprimento deste item de verificação, a Central de Atendimento da operadora deve estar apta a atender aos beneficiários com câncer e/ou seus familiares, promovendo o acolhimento e buscando a resolução das demandas relativas à Atenção Oncológica.	
	Para o cumprimento deste item, os serviços da Central de Atendimento devem estar disponíveis para toda a carteira de beneficiários da operadora, e não apenas para os pacientes oncológicos participantes das Linhas de Cuidado contempladas na certificação. Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	
	· O roteiro da Unidade de Resposta Audível (URA) da Central de Atendimento; · O atendimento da Central de atendimento, especificamente, para os temas relacionados a área de atenção oncológica, por meio da estratégia de "cliente oculto ou cliente fantasma"; e · A existência de uma árvore temática da Central de Atendimento que contenha as questões específicas relativas à atenção oncológica.	



1.1.7	A operadora implementa um sistema de "Via Rápida" oncológica, conhecido como "Fast Track" Oncológico Interpretação	<i>Essencial</i>
	A operadora implementa a estratégia "Via Rápida - Fast Track" Oncológico com o objetivo de reduzir o intervalo de tempo entre a consulta inicial do paciente com suspeita de câncer e o início do tratamento.	
	Nos últimos anos, diversos países adotaram a "Via Rápida - Fast Track" na trajetória assistencial de pacientes com suspeita de câncer. Essa medida busca agilizar o diagnóstico e o início do tratamento, contribuindo para melhores desfechos clínicos. Estudos indicam que a adoção da "Via Rápida" pode estar associada a uma maior taxa de sobrevivência. Para os tipos de câncer mais comuns, a redução dos intervalos de tempo entre a suspeita clínica e o tratamento parece estar relacionada a uma taxa de sobrevida de cinco anos significativamente mais elevada .	
	O objetivo da estratégia é o tempo máximo, em dias, entre a data da solicitação do exame de confirmação diagnóstica e o início do tratamento oncológico. Para isso, a operadora deve estabelecer uma estratégia que envolva a organização interna, com o intuito de agilizar as autorizações dos procedimentos relacionados à confirmação diagnóstica e ao tratamento do Câncer.	
	Além disso, a operadora deverá pactuar com sua rede prestadora, participante desta certificação, uma via rápida para o agendamento dos procedimentos de confirmação diagnóstica e de tratamento para o câncer. A operadora deve implementar uma via rápida nas árvores de decisão utilizadas pela Central de Atendimento para autorização e para agendamento de procedimentos de diagnóstico e de tratamento de pacientes com suspeita ou com câncer.	

	A operadora deve, ainda, estabelecer parcerias com sua rede de prestadores de serviços de atenção oncológica indicadas para participar desta certificação visando conferir maior agilidade para realização dos procedimentos oncológicos. Para viabilização da "Via Rápida oncológica - Fast Track" oncológico a operadora deverá estabelecer uma estratégia estruturada para o monitoramento de indicadores dos tempos entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento para todas as Linhas de Cuidado oncológicas abordadas nesta Certificação, a depender da escolha da operadora de acordo o nível da certificação pleiteado.	
	Para cumprir esse item, a operadora deve demonstrar ter implementado a estratégia de Via Rápida - Fast Track envolvendo a organização interna para agilizar autorizações e os agendamentos dos procedimentos de confirmação diagnóstica e tratamento, além do estabelecimento de parcerias por meio de contratos ou documentos similares com rede de prestadores de serviços de atenção oncológica.	
	Além disso, a operadora deve demonstrar que as solicitações de exames de confirmação diagnóstica anatomopatológicos para o câncer, exames de imagem para seguimento dos pacientes oncológicos e as solicitações de autorização de tratamentos oncológicos, além dos agendamentos necessários, estão inseridos na "Via Rápida Oncológica ou Fast Track" oncológico para cada uma das Linhas de cuidado contempladas na certificação.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A existência da estratégia de "Via Rápida" oncológica - Fast Track oncológico descrita de forma detalhada no Plano Estruturado; · Se a política de autorização dos procedimentos oncológicos inclui uma "Via Rápida - "Fast Track", de modo a dar celeridade à realização de exames diagnósticos e tratamento oncológicos;	
	· Se a política de agendamento dos procedimentos oncológicos inclui uma "Via Rápida - "Fast Track", com o objetivo de dar celeridade à realização de exames diagnósticos e ao início do tratamento oncológico, junto a rede prestadora participante desta certificação; e · A existência de Sistema de Informação com relatório do indicador de tempo entre a confirmação diagnóstica e do início do tratamento.	
1.1.8	A unidade organizacional de ouvidoria da operadora possui árvore temática específica sobre Atenção Oncológica. Interpretação:	Complementar
	A unidade organizacional da ouvidoria da operadora contempla, em sua árvore temática, temas específicos da atenção oncológica. A Ouvidoria tem por objetivo acolher as manifestações dos beneficiários, - tais como elogios, sugestões, consultas e reclamações com a finalidade de buscar resoluções de conflitos que possam surgir no atendimento ao público, e .Além disso, atua no sentido de subsidiar o aperfeiçoamento dos processos de trabalho da operadora, visando sanar eventuais deficiências ou falhas em seu funcionamento.	
	A ouvidoria é unidade de segunda instância, podendo solicitar o número do protocolo da reclamação ou manifestação previamente registrada junto ao Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) ou unidade organizacional equivalente da operadora (ANS, 2013). As operadoras devem possuir unidade organizacional de Ouvidoria, com a atribuição de assegurar a estrita observância das normas legais e regulamentares relativas aos direitos do beneficiário, conforme Resolução Normativa - RN nº 323 de 2013.	
	Dada a importância, magnitude e impacto do diagnóstico de câncer, além da necessidade de celeridade nos fluxos de atendimento, a existência de uma árvore temática específica na ouvidoria é fundamental. Desse modo, para fins de cumprimento do presente item de verificação, a Ouvidoria da operadora deve ser capaz de atender aos beneficiários, buscando a resolução das demandas relacionadas à atenção oncológica que, eventualmente, não tenham sido resolvidas pela Central de Atendimento.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditor poderá verificar: · O conteúdo contemplado pela Ouvidoria da operadora, incluindo a árvore temática relacionada à Atenção Oncológica.	
1.1.9	A operadora não utiliza mecanismos financeiros de regulação: coparticipação e/ou franquia para os procedimentos de rastreamento do câncer. Interpretação:	Complementar



	A operadora isenta os beneficiários de qualquer coparticipação e/ou franquia para procedimentos de rastreamento do câncer, conforme protocolos baseados em evidências. Considerando que o rastreamento do câncer, quando indicado, é uma estratégia de detecção precoce fundamental para redução de mortalidade, a operadora deve estimular a adesão dos beneficiários a esses procedimentos seguindo diretrizes clínicas validadas e cientificamente fundamentadas, tais como:	
	· Mamografia; · Citopatologia Cervicovaginal Oncótica; · Teste molecular para detecção de HPV oncogênico - DNA-HPV;	
	· Pesquisa de Sangue Oculto nas fezes Guaiaco (g-FOBT); Para facilitar o acesso aos procedimentos/exames de rastreamento do câncer, e para cumprimento deste item, a isenção de coparticipação e/ou franquia deve ser para todos os beneficiários da carteira da operadora que se enquadrem nos respectivos protocolos clínicos.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: Por meio de amostragem estatística, documentos que comprovem a isenção de franquia e/ou coparticipação para os exames/procedimentos de rastreamento oncológico, aplicável aos beneficiários cujos produtos possuam mecanismos de regulação financeira.	
1.1.10	A operadora não utiliza mecanismos financeiros de regulação: coparticipação e/ou franquia para realização de tratamento oncológico. Interpretação:	Excelência
	A operadora isenta os pacientes oncológicos de qualquer coparticipação e/ou franquia para tratamento oncológico com o objetivo de facilitar o acesso aos cuidados necessários. Nesse contexto, a isenção deve ser garantida a todos os pacientes oncológicos da operadora atendidos nos serviços de saúde indicados para participarem desta certificação, desde que vinculados a produtos com mecanismos financeiros de regulação.	
	A coparticipação e a franquia são mecanismos de compartilhamento da responsabilidade financeira, utilizados para coibir o risco moral. Esse risco é caracterizado pela sobreutilização de serviços de saúde por parte de indivíduos que possuem cobertura securitária. Ou seja, ao contar com um plano de saúde, os beneficiários tendem utilizar os serviços de forma excessiva motivados pelo baixo ou inexistente custo marginal de utilização (Baker et al, 2002; Finkelstein, 2006).	
	O tratamento oncológico, por suas características e especificidades, não acarreta risco moral. Por isso, a retirada de mecanismos financeiros de regulação, tem como principal objetivo facilitar o acesso à prestação integral da atenção oncológica, como parte das estratégias voltadas para a redução de complicações e mortes.	
	Desse modo, o uso adequado dos serviços durante o tratamento oncológico deve ser estimulado - e não inibido - considerando-se a importância da continuidade e da integralidade do cuidado nesse contexto. · Tratamento Local ☐ Cirurgia Oncológica; ☐ Radioterapia externa ou tele terapia; e	
	☐ Braquiterapia. · Tratamento Antineoplásico Sistêmico ☐ Quimioterapia endovenosa; ☐ Quimioterapia oral; e	
	☐ Hormonioterapia. Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · Por meio de amostragem estatística, documentos que comprovem a isenção coparticipação e/ou franquia para o tratamento oncológico de pacientes vinculados a produtos contratados com mecanismos de regulação financeira.	
Referências Bibliográficas do Requisito 1.1: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 323, de 3 de abril de 2013. Dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjQwNA>. Acesso em 02 jul. 2025.		





AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013a** . Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 03 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018** . Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro 2019. Anexo IV. Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2MQ==>>. Acesso em: 02 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 507, de 9 de março de 2020** . Dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Disponível em:< <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras-1> >. Acesso em: 03 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 506, de 30 de março de 2022** . Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Revoga as Resoluções Normativas nº 440, de 13 de dezembro de 2018, nº 450, de 06 de março de 2020, e nº 463, de 23 de novembro de 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-506-de-30-de-marco-de-2022-390812599>>. Acesso em: 03 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 572 de 23 de fevereiro de 2023** . Altera a Resolução Normativa ANS nº 506, de 30 de março de 2022, que instituiu o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2023/res0572_24_02_2023.html>. Acesso em: 14 nov. 2024.

BAKER, L. C., & BAKER, R. (2002). Moral Hazard and the Demand for Medical Care: Evidence from the Health and Retirement Study. **Health Services Research**, 37(1), 131-150.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011; 35 (5): 319-331. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018** , Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CONSOLIDATED FRAMEWORK FOR IMPLEMENTATION RESEARCH. 2020 CFIR. Research Team-Center for Clinical Management Research: Consolidated Framework for Implementation Research. Disponível em: <https://cfirguide.org/>

DIXON-WOODS, M.; BOSK, C. L.; AVELING, E. L.; GOESCHEL, C. A. Pronovost PJ. Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality improvement program. *Milbank Q.* 2011;89(2):167-205. doi:10.1111/j.1468- 0009.2011.00625.x FAERMAN, S. R.; QUINN, R. E; THOMPSON, M. P. Competências gerenciais: princípios e aplicações. 3. ed. São Paulo: Editora Campus. 2004.

FAERMAN, S. R.; QUINN, R. E; THOMPSON, M. P. Competências gerenciais: princípios e aplicações. 3. ed. São Paulo: Editora Campus. 2004.

FINKELSTEIN, A., & MCGARRY, K. "Private Insurance and Public Insurance: The Role of the Private Sector in the U.S. Health Care System." **The Future of Children** , 16(1), 153-175. 2006.

FLEURY, M. T. L. Gerenciando a diversidade cultural: experiências de empresas Brasileiras. *Rev. adm. empresa*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 18-25, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902000000300003&lng=en&

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (Brasil). Modelo de Excelência em Gestão (MEG): guia de referência da gestão para a excelência. 21 ed. São Paulo: s/d.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. **Detecccção precoce do câncer** . Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em:< <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>. >Acesso em: 07 dez. 2023.

KESTEMAN, H. N. et al. Planejamento e Gestão estratégica em organizações em saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2016.

LANGLEY, G. J. et al. **Modelo de melhoria** : uma abordagem prática para melhorar o desempenho profissional., 1. ed. Campinas, SP: Ed. Mercado de Letras, 2011.

MOYSES FILHO, J. Planejamento e gestão estratégica em organizações em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV. 2016.

PRESTES, A. et al. **Manual do gestor hospitalar** . Brasília, DF: Federação Brasileira de Hospitais, 2019. Disponível em: <<http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2019/05/MANUAL-FBH.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2023.

TANCREDI, F. B. et al. **Planejamento em Saúde** . São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania). V. 2. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume02.pdf>. Acesso em: 04 jul 2025.

1.2 Estruturação e Organização Técnica da Rede de Atenção à Saúde Oncológica da Operadora Requisito direcionador para: avaliação da estruturação, constituição e organização da rede de atenção à saúde oncológica baseada em critérios técnicos para participação desta certificação; garantia da adesão da rede às melhores práticas relativas à qualidade e segurança do paciente; tecnologia da informação e comunicação em saúde e critérios e rotinas para a coleta e análise de dados		
1.2.1	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados pela operadora para participar desta Certificação devem atender a critérios mínimos de funcionamento estrutural e de equipe previamente pactuados com a operadora Interpretação:	<i>Essencial</i>
	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial são unidades especializadas no cuidado multiprofissional de pessoas com câncer. Esses serviços podem se constituir como: ☐ Estabelecimento de saúde individualizado, funcionando como clínica com cadastro próprio e regular no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); ou	
	☐ Serviço ambulatorial localizado nas dependências de uma instituição hospitalar. Para fins de certificação, os critérios mínimos de funcionamento dos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial devem contemplar: · Responsável Técnico médico , integrante do corpo clínico do estabelecimento, com título de especialista em Oncologia Clínica, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM), conforme disposto na Portaria SAES/MS nº 688/2023;	
	· Composição da equipe multiprofissional , com a presença, no mínimo, dos seguintes profissionais: ☐ Médico com título de especialista em Oncologia Clínica; ☐ Enfermeiro com especialização em Enfermagem Oncológica ou experiência profissional mínima de 3 anos em enfermagem oncológica; ☐ Farmacêutico com especialização em Farmácia Oncológica ou experiência profissional mínima de 3 anos em farmácia oncológica; ☐ Médico com especialização em Cuidados Paliativos;	
	☐ Psicólogo com especialização em Psico oncologia ou Psicologia Hospitalar; ☐ Nutricionista com especialização em Nutrição Oncológica ou com experiência de pelo menos 3 anos em nutrição na Atenção Oncológica; ☐ Assistente Social , preferencialmente com experiência profissional na área de oncologia; · Infraestrutura adequada , que favoreça o trabalho da equipe multiprofissional, com espaços apropriados, acessíveis e seguros para a realização das atividades clínicas e multiprofissionais (conforme orientações técnicas da RDC nº 50/2002);	
	· Acessibilidade física , com locais de atendimento e exames adaptados às necessidades de pessoas com deficiência; · Disponibilidade de materiais e equipamentos para o alívio da dor , tanto por meio de abordagens farmacológicas quanto não farmacológicas ; · Humanização dos atendimentos e dos ambientes , promovendo o cuidado integral, acolhedor e centrado na pessoa com suspeita ou diagnóstico confirmado de câncer; e	
	O serviço deve contar, quando necessário , com o apoio de outros profissionais especializados, tais como, como médico especialista em dor, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, entre outros. Para o cumprimento deste item, a operadora deverá: · Formalizar, por meio de contrato, aditivo contratual ou documento equivalente, os critérios mínimos exigidos aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para a Certificação independentemente de integrarem a rede própria, contratada, credenciada ou referenciada;	
	· Realizar visitas de monitoramento, presenciais ou à distância, anualmente , com objetivo de verificar a conformidade dos serviços com os critérios estabelecidos; · Assegurar a manutenção da estrutura e da equipe mínima exigida durante todo o período de validade da certificação; e · Aplicar os critérios uniformemente a todos os serviços indicados para a Certificação, independentemente de sua natureza jurídica ou modelo de contratação.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências : A equipe de auditoria poderá verificar: · Contratos, aditivos ou documentos equivalentes firmados entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, contendo cláusulas que detalhem os critérios mínimos de funcionamento: estrutural e de equipe previamente, exigidos;	



	· Relatórios de visitas presenciais ou virtuais realizadas pela operadora, evidenciando a verificação das condições estruturais e de equipe dos serviços; e · Visitas amostrais dos auditores aos serviços indicados, presenciais ou à distância, para comprovação da aderência aos critérios estabelecidos.	
1.2.2	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados pela operadora para participar nesta Certificação devem ofertar, obrigatoriamente, um conjunto mínimo de ações e serviços assistenciais especializados. Interpretação	<i>Essencial</i>
	Além de atenderem aos critérios mínimos de funcionamento estrutural e de equipe já descritos no item 1.2.1, os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial devem operar de forma a garantir uma resposta clínica qualificada, a continuidade do cuidado e o suporte integral à pessoa com câncer.	
	O Serviço de Atenção oncológica ambulatorial deve seguir os seguintes princípios orientadores da atuação assistencial fundamentadas em políticas públicas nacionais e nas melhores práticas clínicas, contemplando, entre outros: ☐ Humanização do atendimento, conforme os princípios estabelecidos na Política Nacional de Humanização (SAS, 2004); ☐ Coordenação do cuidado e comunicação eficaz entre os diferentes pontos da rede assistencial; ☐ Cuidado integral e centrado no paciente, respeitando sua dignidade, autonomia e contexto biopsicossocial;	
	☐ Elaboração de planos de cuidado individualizados; ☐ Promoção dos cuidados paliativos, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde (SAES, 2019); ☐ Implantação de programa de navegação do cuidado, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 6.592/2025. Esse Serviço deve ofertar, no mínimo, o seguinte conjunto de ações e serviços assistenciais especializados, de forma integrada e coordenada:	
	· Letramento em saúde: promoção da compreensão, por parte do paciente, sobre o seu diagnóstico, tratamento e práticas de autocuidado; · Serviços clínico assistenciais obrigatórios: ☐ Consultas médicas, incluindo, necessariamente consulta com oncologista clínico, com foco na identificação das necessidades oncológicas e gerais do paciente;	
	☐ Consultas de enfermagem especializadas, com enfoque em cuidados oncológicos; ☐ Atendimento em psico oncologia para suporte emocional e psicológico ao paciente; ☐ Atendimento nutricional especializado em oncologia para suporte alimentar e metabólico durante o tratamento; ☐ Avaliação funcional multiprofissional;	
	☐ Clínica da dor, com abordagem multiprofissional para controle e alívio da dor oncológica; ☐ Cuidados paliativos em nível ambulatorial quando indicados, visando à qualidade de vida; ☐ Atendimento de serviço social com foco oncológico, para suporte psicossocial e articulação com a rede de apoio. Esse Serviço pode ofertar as seguintes de ações e serviços assistenciais especializados de forma complementar (opcionais, quando houver estrutura):	
	☐ Outros serviços multiprofissionais, tais como fisioterapia, fonoaudiologia, e profissional de educação física, entre outros; ☐ Realização de exames para diagnóstico definitivo do câncer, tais como biópsia percutânea, punção aspirativa por agulha fina (PAAF) e outros procedimentos minimamente invasivos; e ☐ Oferta de terapias integrativas e complementares, incluindo, mas não se limitando a: acupuntura, ioga, meditação, práticas corporais.	
	O Serviço de Atenção Oncológica Ambulatorial deve funcionar de forma integrada e articulada com a rede assistencial indicada para esta Certificação, garantindo a continuidade e a integralidade do cuidado. A integração deve incluir, obrigatoriamente, os seguintes serviços: ☐ Serviços de Terapia Antineoplásica - quimioterapia endovenosa e oral, hormonioterapia e terapias alvo; ☐ Serviços de Radioterapia; ☐ Hospitais oncológicos - para suporte a internações, procedimentos cirúrgicos e manejo de intercorrências;	
	☐ Laboratórios de Anatomia Patológica - para diagnóstico e estadiamento da doença; e ☐ Serviços de Diagnóstico por Imagem - com capacidade para realizar exames como tomografia, ressonância magnética, PET-CT, entre outros. Essa articulação em rede deve garantir a continuidade, a resolubilidade e a integralidade do cuidado, conforme estabelecido nas diretrizes da Portaria GM/MS nº 6.592/2025, que institui o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer.	



	Para o cumprimento deste item, a operadora deverá: ☐ Firmar contrato, aditivo contratual ou documento equivalente com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados, prevendo formalmente a oferta dos serviços e o desempenho das funções descritas neste item; ☐ Realizar visita de monitoramento, presencial ou remota, ao menos uma vez por ano, com o objetivo de verificar a execução das atividades assistenciais pactuadas; e	
	☐ Assegurar que todos os serviços ambulatoriais indicados cumpram integralmente as ações e atribuições estabelecidas, independentemente de sua natureza jurídica ou modelo de contratação (rede própria, contratada, credenciada ou referenciada). Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar, entre outros documentos e procedimentos:	
	☐ Contratos, aditivos ou documentos equivalentes firmados entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para esta Certificação, contendo cláusulas que formalizem as obrigações assistenciais mínimas; ☐ Relatórios de visita técnica (presenciais ou remotas) realizadas pela operadora, contendo checklist ou instrumentos de verificação das atividades assistenciais descritas neste item; e ☐ Visitas amostrais realizadas pela equipe de auditoria da Certificação, com base nos critérios definidos neste item.	
1.2.3	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados pela operadora para participação nesta Certificação devem dispor de uma Rotina de Funcionamento Escrita. Interpretação	Essencial
	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, conforme definidos nos itens 1.1.1 e 1.1.2 desta certificação, devem operar de forma coordenada e multiprofissional ao longo de toda a linha de cuidado oncológico. Esses serviços devem contar com uma Rotina de Funcionamento Escrita, documento normativo que formaliza a organização técnico assistencial do serviço. Trata-se de um instrumento estruturante que orienta a prática clínica e gerencial, assegurando a padronização dos processos, a integração das ações multiprofissionais e a aderência às diretrizes baseadas em evidências.	
	A Rotina de Funcionamento Escrita tem como objetivo explicitar o modelo organizacional do serviço, promovendo transparência e contribuindo para a qualificação do cuidado oncológico. Constitui-se como um instrumento fundamental para o fortalecimento da atenção integral, integrada e centrada na pessoa com câncer. Além de padronizar os fluxos assistenciais, a rotina orienta a conduta profissional com base em valores éticos, nos princípios estruturantes da certificação e nas melhores práticas sustentadas por evidências científicas.	
	A Rotina de Funcionamento Escrita deve ser elaborada de forma coletiva pela equipe multiprofissional, refletindo a realidade assistencial do serviço. Deve ser assinada pelo responsável técnico médico, que deve possuir título de especialista em oncologia clínica, e atualizada, no máximo, a cada quatro anos ou sempre que ocorrerem alterações organizacionais, legais ou técnico científicas relevantes. A construção da Rotina de Funcionamento deve incorporar diretrizes claras que orientem a condução das atividades assistenciais, fundamentas nos seguintes preceitos:	
	· Acolhimento humanizado, assegurando escuta qualificada, empática e respeitosa em todos os contatos com o paciente (SAS, 2004); · Decisão compartilhada, promovendo a participação ativa do paciente e de seus familiares nas decisões relacionadas ao seu Plano de Cuidado Individualizado; · Adoção de protocolos clínicos e terapêuticos baseados em evidências científicas, organizados segundo as seguintes diretrizes: ☐ Utilização de métodos diagnósticos mais precisos e menos invasivos;	
	☐ Aplicação de estratégias terapêuticas mais eficazes e com menor agressividade; e ☐ Redução e controle da dor, dos desconfortos, das perdas funcionais e do sofrimento psíquico. Essa abordagem contribui diretamente para a superação da fragmentação do cuidado, a promoção da continuidade da assistência e a qualificação da experiência vivenciada pela pessoa com câncer, conforme preconizado pelo Projeto OncoRede da ANS (2016, 2018) e pela Linha de Cuidado para Pessoas com Câncer (INCA, 2022)	
	Conteúdos obrigatórios da Rotina de Funcionamento Escrita: A Rotina de Funcionamento deve contemplar, no mínimo, os seguintes conteúdos: · Diretrizes para elaboração do Plano de Cuidado Individualizado;	
	· Protocolo para diagnóstico e estadiamento de neoplasias; · Protocolo para tratamento clínico oncológico; · Protocolo para manejo de intercorrências clínicas; · Protocolo de cuidados paliativos; e · Protocolo para cuidados de fim de vida.	



	Para o cumprimento deste item, a operadora deverá: · Estabelecer contrato ou instrumento equivalente com cláusula específica que exija a existência da Rotina de Funcionamento Escrita nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para a certificação; · Realizar monitoramento anual, por meio de visitas presenciais ou remotas, com o objetivo de verificar a existência, a atualização e a aplicação prática da rotina nos referidos serviços.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar entre outros documentos e procedimentos: · Contratos e documentos similares firmados entre operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, com exigência formal da rotina; · Cópia da Rotina de Funcionamento vigente, devidamente assinada e datada;	
	· Relatórios de visita técnica da operadora a Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial contendo registro da verificação da rotina; · Realização de visitas amostrais, presenciais ou remotas, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados como participantes da certificação, para verificação da existência e da aplicação da Rotina de Funcionamento Escrita; e · Entrevistas por amostragem com profissionais da equipe multiprofissional, bem como análise documental durante visita técnica aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial.	
1.2.4	Os Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados pela operadora para participar desta Certificação devem observar os critérios estabelecidos neste item de verificação Interpretação	Essencial
	Para fins desta Certificação, entende-se como Serviço de Diagnóstico por Imagem a unidade assistencial destinada à realização de procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou intervencionistas, que utiliza recursos tecnológicos baseados em métodos de imagem, tais como : · Radiologia Convencional;	
	· Tomografia Computadorizada; · Ressonância Magnética; · Ultrassonografia; · Colonoscopia; · Retossigmoidoscopia; e	
	· Medicina nuclear ((Ex: cintilografia óssea para detecção de metástase, PET-CT (Tomografia por Emissão de Pósitrons, entre outros)). Esses serviços são fundamentais para o diagnóstico, a definição da conduta terapêutica e o acompanhamento clínico, devendo seguir os padrões técnicos e legais estabelecidos (CBRDI, 2018). Para o cumprimento deste item, os Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para esta certificação devem atender aos seguintes requisitos, assegurando a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a conformidade com a legislação sanitária vigente:	
	1. Licenciamento Sanitário Possuir Licença Sanitária vigente, expedida pela autoridade sanitária competente, conforme determina a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 330/2019 da ANVISA. 2. Responsável Técnico (RT)	
	Ter um médico responsável técnico formalmente designado, com registro ativo no Conselho Regional de Medicina (CRM) e título de especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, conforme as exigências do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e do Conselho Federal de Medicina (CFM). 3. Ter 1 (um) supervisor de proteção radiológica quando o serviço utilizar radiação ionizante para fins diagnósticos ou intervencionistas. 4. Equipe Multiprofissional	
	Dispor de equipe assistencial composta por profissionais habilitados, incluindo médicos radiologistas, técnicos e tecnólogos em radiologia com inscrição regular no Conselho Regional de Técnicos em Radiologia (CRTR), em conformidade com a RDC n.º 330/2019 (ANVISA, 2019). 5. Infraestrutura Física e Tecnológica Instalações que garantam acessibilidade, segurança e privacidade, em conformidade com a Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015); Ambientes adequados para a realização dos procedimentos com segurança e conforto;	
	Equipamentos regularizados junto à ANVISA, submetidos à manutenção preventiva e corretiva periódica, com registros atualizados de controle de qualidade e calibração, conforme determina a legislação sanitária. 6. Gestão da Qualidade e Segurança Implementar Programa de Garantia da Qualidade (PGQ), abrangendo rotinas de controle da qualidade das imagens e desempenho dos equipamentos;	



	Adotar protocolos clínico assistenciais, elaborados com base em evidências científicas e boas práticas; Manter Programa de Radioproteção, conforme as normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) (BRASIL, 1998); e 7. Gestão de Resíduos Implementar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), em conformidade com a (ANVISA, 2018), incluindo o manejo de resíduos químicos e radioativos, quando aplicável.	
	8. Protocolos de Comunicação de Resultados Estabelecer processos formais para a comunicação de achados críticos; Garantir a disponibilização segura dos laudos e imagens aos profissionais assistentes e pacientes, respeitando as normas de confidencialidade e segurança da informação. 9. Articulação com a Rede Assistencial	
	O serviço deve estar articulado com a rede assistencial, integrando-se aos fluxos de atendimento definidos pela operadora e promovendo a continuidade do cuidado. 10. Garantia Contratual e Monitoramento A operadora deve possuir contrato ou instrumento equivalente com os serviços indicados para participar desta Certificação, estabelecendo expressamente a obrigatoriedade do cumprimento dos requisitos mínimos descritos neste item de verificação.	
	O contrato deve abranger todos os serviços indicados para participação na certificação, sejam próprios, contratados, credenciados ou referenciados. A operadora deve realizar monitoramento anual das condições de infraestruturas, assistência e de ambiência dos serviços indicados, mediante visita técnica presencial ou virtual, mantendo relatórios formais e atualizados (ANS, 2023).	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A Equipe de Auditores poderá realizar as seguintes verificações de forma amostral: · Documentais : ☐ Existência da Licença Sanitária ;	
	☐ Designação formal do Responsável Técnico e comprovação de especialização; ☐ Contratos de manutenção e registros de controle de qualidade dos equipamentos; ☐ Programas e manuais relacionados ao PGQ e à Radioproteção ; ☐ Existência e efetividade do PGRSS .	
	· Operacionais : ☐ Adequação da infraestrutura física e tecnológica ; ☐ Composição e capacitação da equipe multiprofissional ; ☐ Aplicação dos protocolos assistenciais e de segurança .	
	☐ Consulta a fontes públicas e internas : o Verificação de registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) ; o Informações disponíveis no portal institucional do serviço. o Avaliação in loco : A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, a Serviços de Diagnóstico Por Imagem indicados como participantes da Certificação para a verificação da conformidade com os critérios estabelecidos neste item.	



1.2.5	Os Laboratórios de Anatomopatologia indicados pela operadora para participar desta Certificação devem observar os critérios estabelecidos neste item de verificação. Interpretação	Essencial
	Para fins desta certificação, consideram-se os laboratórios de Anatomia Patológica e Citopatologia como serviços de saúde que realizam as atividades relacionadas a procedimentos diagnósticos anatomopatológicos, por biópsia e citopatológicos. Isso inclui o ato da punção aspirativa por agulha fina, imuno-histoquímica, imunofluorescência e patologia molecular, abrangendo as fases pré-analítica, analítica e pós analítica.	
	Esses laboratórios constituem serviços fundamentais da medicina diagnóstica, desempenhando papel essencial na caracterização de processos patológicos por meio da análise macroscópica e microscópica de órgãos, tecidos e células. Fornecem uma base objetiva para as decisões clínicas, cirúrgicas e terapêuticas, sendo considerados o padrão-ouro na maioria dos diagnósticos de doenças neoplásicas, inflamatórias, degenerativas e infecciosas.	
	Além de atender todos os requisitos legais e sanitários aplicáveis, a operadora deverá indicar Laboratórios de Anatomia Patológica e Citopatologia para participar desta certificação que atendam aos seguintes critérios:	

	· Conformidade Legal e Ética: ☐ O laboratório deve estar legalmente habilitado junto aos órgãos públicos e ao Conselho Regional de Medicina (CRM); e ☐ Quando estiver inserido em instituição maior (como hospital ou clínica), também deverá estar regularmente habilitado perante os mesmos órgãos. · Estrutura Organizacional e Responsabilidade Técnica:	
	☐ O serviço deve possuir um Responsável Técnico, profissional legalmente habilitado para essa função; ☐ Em caso de impedimento do Responsável Técnico, o Serviço deve contar com um profissional legalmente habilitado para substituí-lo; e ☐ O serviço deve contar com uma equipe técnica mínima, composta por profissionais qualificados e devidamente registrados nos respectivos conselhos de classe, conforme a legislação vigente: o Técnico ou tecnólogo em histotecnologia.	
	o Citotécnico para triagem citológica, sob a supervisão do patologista. o Auxiliares de laboratório devidamente treinados e capacitados. · Capacitação periódica: ☐ A equipe deve ser continuamente capacitada e atualizada, conforme previsto na RDC nº 786 (ANVISA, 2023) nas orientações da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP, 2022).	
	· Infraestrutura e Biossegurança: De acordo com a RDC nº 786 (ANVISA, 2023), o laboratório deve garantir a existência de áreas físicas devidamente segregadas, incluindo: ☐ Recepção de amostras;	
	☐ Processamento técnico (fixação, inclusão, corte e coloração); ☐ Realização de exames microscópicos; ☐ Arquivo técnico de lâminas e blocos; ☐ Sistema de exaustão adequado nas áreas de manipulação de produtos químicos (como formol), assegurando proteção aos profissionais e ao meio ambiente;	
	☐ Controle de acesso restrito às áreas técnicas; ☐ Regularização sanitária e estrutural junto aos órgãos competentes: Prefeitura, Corpo de Bombeiros, Vigilância Sanitária e Meio Ambiente - conforme legislação vigente; e ☐ Inscrição obrigatória no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).	
	☐ Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) Em conformidade com a RDC nº 786 (ANVISA, 2023) e as orientações da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP, 2022), o laboratório deve: ☐ Possuir um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) formalmente implementado, que assegure: o A segurança e qualidade dos serviços; o A melhoria contínua dos processos e resultados;	
	o A participação ativa do responsável técnico e da diretoria nas revisões periódicas e nas ações de melhoria; o Manter registros sistemáticos e organizados referentes a: · As ações corretivas e preventivas implementadas; · Planos de melhoria elaborados e executados; e · Análises críticas de resultados e processos, com base em indicadores de desempenho e metas estabelecidas.	
	· Controle da Qualidade, conforme a RDC nº 786 (ANVISA, 2023): ☐ O laboratório deve possuir procedimento documentado de controle da qualidade, que abranja, no mínimo: o Critérios objetivos para aceitação e rejeição de amostras; o Análise crítica dos resultados obtidos; o Tratamento estruturado das não conformidades identificadas;	
	o Elaboração de planos de ação corretiva, contendo prazos definidos e responsáveis designados; o Acompanhamento de indicadores de desempenho relacionados a: - Índice de retrabalho; - Retificações de laudos; e - Efetividade das ações corretivas implementadas.	
	☐ Participação obrigatória em Ensaios de Proficiência: O laboratório deve participar obrigatoriamente de ensaios de proficiência pertinentes à sua área de atuação, como parte integrante das ações de garantia da qualidade, conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP, 2022). · Indicadores de Desempenho: O laboratório deve manter indicadores estratégicos e mensuráveis.	
	· Proteção e Sigilo de Dados: O laboratório deve implementar políticas de proteção de dados em consonância com a Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (Lei nº 13.709/2018).	



	· Garantia Contratual e Monitoramento: ☐ A operadora deve possuir contrato ou instrumento equivalente com os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar nesta Certificação, estabelecendo expressamente a obrigatoriedade do cumprimento dos requisitos mínimos descritos neste item de verificação. ☐ O contrato ou documento similar deve abranger todos os Laboratórios Anatomopatologia indicados para participação na certificação, sejam próprios, contratados, credenciados ou referenciados.	
	☐ A operadora deve realizar monitoramento anual das condições de infraestruturas, assistenciais e de ambiência dos Laboratórios de Anatomopatologia indicados, mediante visita técnica presencial ou virtual, mantendo relatórios formais e atualizados. Possíveis Formas de Verificação de Evidências : A equipe de auditores poderá:	
	· Verificar a existência de contratos, ou instrumentos equivalentes firmados entre a operadora e os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar nesta certificação, contendo cláusulas que estabeleçam o cumprimento obrigatório dos critérios mínimos exigidos; · Analisar os relatórios das visitas técnicas anuais realizadas pela operadora, avaliando se contemplam a verificação das condições estruturais, assistenciais e de ambiência requeridas para os referidos Laboratórios;	
	· Confirmar a presença das informações institucionais e cadastrais: ☐ No portal institucional do serviço; e ☐ No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). · Realizar, quando pertinente, visitas presenciais ou virtuais aos Laboratórios de Anatomopatologia indicados pela operadora, com o objetivo de validar as evidências documentais e verificar a conformidade com os requisitos técnicos e legais.	
1.2.6	Os Serviços de Terapia Antineoplásica (STA) indicados pela operadora devem observar critérios técnicos para seu funcionamento. Interpretação	Essencial
	Serviços de Terapia Antineoplásica (STA) são unidades de saúde destinadas ao atendimento de pacientes com câncer, oferecendo tratamento medicamentoso por meio de agentes antineoplásicos (quimioterápicos), conforme estabelecido pela RDC nº 220/2004 da ANVISA.	
	Esses serviços devem contar com: ☐ Uma equipe multiprofissional especializada; ☐ Infraestrutura adequada às exigências sanitárias e clínicas; e ☐ Processos padronizados que assegurem a segurança do paciente, eficácia do tratamento e controle da qualidade dos medicamentos utilizados.	
	Esses serviços podem funcionar em ambientes hospitalares ou ambulatoriais e devem estar devidamente registrados junto à autoridade sanitária competente. A Resolução RDC 220/2004 estabelece requisitos específicos para o funcionamento dos STA, incluindo: ☐ Infraestrutura física adequada, que atenda às normas para o preparo, armazenamento e administração segura dos medicamentos antineoplásicos;	
	☐ Controle de qualidade rigoroso dos medicamentos utilizados, assegurando sua estabilidade, eficácia e segurança; ☐ Capacitação profissional contínua da equipe multiprofissional envolvida no cuidado oncológico, com foco em boas práticas e atualização técnica; e ☐ Atenção integral ao paciente oncológico, por meio de cuidados humanizados e multidisciplinares, garantindo suporte clínico, emocional e social ao longo do tratamento.	
	Os requisitos técnicos, estruturais e assistenciais são indispensáveis ao funcionamento dos STA, com foco na segurança do paciente, na qualidade do cuidado e na conformidade sanitária. Esses critérios são complementados por outras normativas, como a RDC nº 50/2002 que trata do planejamento físico de estabelecimentos assistenciais de saúde, e a RDC nº 430/2020, que dispõe sobre as boas práticas de distribuição, armazenamento e transporte de medicamentos. Juntas, essas resoluções compõem um marco regulatório essencial para a prestação de serviços oncológicos no Brasil.	
	Composição Técnica da Equipe: A equipe multiprofissional dos STAs deve ser estruturada de forma quantitativa e qualitativa de acordo com o perfil assistência da unidade, a demanda de atendimentos e os critérios estabelecidos pelas normas sanitárias vigentes.	
	É obrigatório que o serviço possua os seguintes profissionais, formalmente nomeados e com as respectivas qualificações e registros profissionais: ☐ Responsável Técnico Médico, formalmente nomeado, com título de especialista em Oncologia Clínica reconhecido pelo CFM; ☐ Responsável Técnico em Oncologia Pediátrica, nos casos de atendimento exclusivo a crianças e adolescentes;	



	☐ Responsável Técnico em Hematologia, quando o serviço atender exclusivamente pacientes com doenças hemolinfopoiéticas; ☐ Médicos prescritores habilitados em oncologia clínica, pediátrica ou hematologia, com titulação reconhecida pelo CFM; ☐ Farmacêutico Responsável Técnico pelas atividades da farmácia, com registro no CFF; e ☐ Enfermeiro Responsável Técnico pelas atividades de enfermagem, com registro no Conselho Federal de Farmácia (CFF) . É exigida a presença mínima dos seguintes profissionais nos STA: farmacêutico; enfermeiro e médico especialista.	
	Durante todo o horário de funcionamento do serviço, é obrigatória a presença de médico e de um enfermeiro com a finalidade de realizar o manejo de intercorrências clínicas relacionadas à administração da terapia antineoplásica. Estrutura Física e Ambiência A infraestrutura dos STA deve garantir acessibilidade universal, conforme a RDC nº 50/2002 incluindo a presença de rampas, elevadores e sanitários adaptados às necessidades de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.	
	Entre os ambientes obrigatórios, destacam-se: ☐ Salas distintas para aplicação de quimioterapia em adultos e crianças, quando houver atendimento a todas as faixas etárias; ☐ Ambientes específicos para a realização de quimioterapia de curta e longa duração, garantindo conforto, segurança e monitoramento adequado;	
	☐ Farmácia própria, devidamente equipada e estruturada para o armazenamento, manipulação e preparo de medicamentos antineoplásicos, em conformidade com as Boas Práticas de Manipulação estabelecidas pela ANVISA; e ☐ Sistema de monitoramento de temperatura, que assegure o controle rigoroso das condições de conservação de medicamentos que exigem armazenamento especial, conforme previsto na RDC nº 430/2020.	
	Estrutura para Atendimento de Emergências Os STA devem dispor de estrutura física e equipamentos adequados e insumos adequados para o atendimento imediato intercorrências clínicas e emergências relacionadas à terapia antineoplásica. São exigidos, no mínimo: ☐ Eletrocardiógrafo;	
	☐ Ressuscitador manual (ambu); ☐ Aspirador portátil; ☐ Fonte de oxigênio; ☐ Kit completo para intubação; ☐ Carro de emergência com monitor e desfibrilador; e	
	☐ Medicamentos essenciais ao suporte avançado de vida. Diretrizes e Protocolos Assistenciais Os STAs devem adotar condutas clínicas fundamentadas em evidências científicas, com abordagem humanizada e alinhamento a protocolos clínicos nacionais e internacionais. Essas diretrizes visam garantir segurança, eficácia e cuidado centrado no paciente. Entre os principais aspectos, destacam-se:	
	☐ Utilização de métodos diagnósticos e terapêuticos mais precisos e menos invasivos conforme as recomendações do INCA (2020); ☐ Implementação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas baseadas em evidências atualizadas, assegurando padronização e qualidade da assistência; e ☐ Estratégias de cuidado centradas no paciente, com foco em: - o Controle da dor;	
	- o Prevenção de perdas funcionais; e - o Redução do sofrimento físico e psíquico, conforme os princípios da Política Nacional de Humanização (MS, 2004). ☐ Ambientes acolhedores e humanizados para atendimento de pacientes com suspeita ou diagnóstico de câncer; e ☐ Estrutura organizacional que favoreça o trabalho em equipe e a assistência integral, em consonância com as diretrizes da OMS para cuidados oncológicos integrados.	
	Organização e Integração em Rede É essencial que os STAs estejam integrados à Rede de Atenção Oncológica, promovendo uma abordagem multiprofissional, articulada e contínua do cuidado ao paciente. Para isso, os serviços devem dispor de: ☐ Articulação efetiva com serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, unidades de radioterapia e hospitais de referência para o tratamento do câncer, todos previamente indicados para participação nesta Certificação.	



	Essa organização visa assegurar não apenas o cumprimento das exigências regulatórias, mas também a excelência no cuidado ao paciente oncológico, garantindo segurança, efetividade terapêutica e acolhimento em todas as etapas do tratamento. Para cumprimento deste item, a operadora deve: ☐ Estabelecer contrato, ou instrumento equivalente, com os STAs, prevendo expressamente a obrigatoriedade do cumprimento dos requisitos mínimos descritos neste item de verificação;	
	☐ Garantir que o contrato ou documento similar abranja todos os serviços indicados para participação na Certificação, sejam eles próprios, contratados, credenciados ou referenciados; e ☐ Realizar monitoramento anual das condições infra estruturais, assistenciais e de ambiência dos serviços indicados, por meio de visita técnica presencial ou virtual, mantendo relatórios formais, atualizados e disponíveis como evidência de acompanhamento e conformidade.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá: ☐ Verificar a existência de contratos ou instrumentos equivalentes firmados entre a operadora e os Serviços de Terapia Antineoplásica (STAs) indicados para participação nesta Certificação, contendo cláusulas que estabeleçam expressamente a obrigatoriedade do cumprimento dos critérios mínimos exigidos;	
	☐ Analisar os relatórios das visitas técnicas - presenciais ou virtuais - realizadas anualmente pela operadora, avaliando se os serviços indicados contemplam a verificação das condições estruturais, assistenciais e de ambiência exigidas; e ☐ Confirmar as informações institucionais e cadastrais dos serviços avaliados, conforme os dados disponíveis no portal institucional do serviço e/ou no CNES.	

1.2.7	Os Serviços de Radioterapia indicados para participar desta certificação devem observar critérios técnicos. Interpretação	Essencial
	Para participar desta Certificação, o Serviço de Radioterapia deve ser uma instalação de saúde regularmente licenciada, destinada ao tratamento oncológico por meio da utilização terapêutica de radiação ionizante, incluindo as modalidades de teleterapia (radioterapia externa) e braquiterapia (radioterapia interna).	
	Seu funcionamento deve observar integralmente os requisitos técnicos, de segurança, licenciamento e controle radiológico estabelecidos pela RDC 20/2006 da ANVISA e pela Norma NN 6.10 da CNEN. O serviço poderá operar como estabelecimento independente, com número de CNES próprio, ou integrado à estrutura física de um hospital ou clínica especializada em atenção oncológica. Independentemente da configuração adotada, deverá atender rigorosamente aos critérios técnicos estabelecidos para a certificação.	
	Os Serviço de Radioterapia devem seguir, no mínimo, os seguintes critérios: Requisitos Legais e Regulatórios · Licenciamento obrigatório: O Serviço de Radioterapia deve possuir autorização de funcionamento emitida pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e alvará sanitário expedido pelo órgão de vigilância sanitária competente.	
	· Responsável técnico: Médico com título de especialista em Radioterapia, registrado no CRM e integrante do corpo clínico do serviço. Infraestrutura e Recursos Humanos	
	· Modalidades obrigatórias: O serviço deve oferecer, obrigatoriamente, as duas modalidades de radioterapia: teleterapia (radioterapia externa) e braquiterapia (radioterapia interna). · Equipe mínima obrigatória: O Serviço de Radioterapia deve contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais:	
	☐ Supervisor de Proteção Radiológica; ☐ Médico especialista em Radioterapia; ☐ Especialista em Física Médica com atuação em Radioterapia; e ☐ Técnicos em Radioterapia, com formação específica na área. · Infraestrutura física:	
	Instalações compatíveis com as normas da CNEN e ANVISA, garantindo segurança e conforto. · Integração com a rede assistencial: Articulação com hospitais e serviços ambulatoriais multiprofissionais capacitados para diagnóstico e tratamento oncológico completo. Processos Assistenciais e Gestão da Qualidade · Rotina operacional documentada:	



	O Serviço de Radioterapia deve dispor de uma rotina operacional formalmente documentada, assinada pelo responsável técnico e atualizada, no máximo, a cada quatro anos. O documento deve conter, no mínimo: · Protocolo de planejamento e irradiação para todas as faixas etárias; · Protocolo de segurança para evitar falhas no planejamento e na administração da dose;	
	· Protocolo de atendimento de intercorrências clínicas e seguimento dos pacientes. · Manutenção de registros: O Serviço de Radioterapia deve manter, em formato físico ou digital, os registros completos de planejamento e tratamento de cada paciente irradiado, com guarda obrigatória por no mínimo 20 anos, conforme as exigências regulatórias aplicáveis	
	· Diretrizes clínicas adotadas: Os protocolos clínicos utilizados pelo Serviço de Radioterapia devem priorizar: ☐ A adoção de técnicas diagnósticas e terapêuticas mais precisas e menos invasivas; e ☐ A redução da dor, das limitações funcionais, dos desconfortos e do sofrimento psíquico dos pacientes.	
	Ambiência, Acessibilidade e Humanização · Condições estruturais e funcionais: O Serviço de Radioterapia deve dispor de: ☐ Infraestrutura que favoreça o trabalho multiprofissional de forma integrada; ☐ Ambientes com acessibilidade universal, garantindo condições adequadas para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida; e	
	☐ Espaços acolhedores, adaptados às necessidades de pessoas com suspeita ou diagnóstico confirmado de câncer, promovendo conforto, privacidade e dignidade no atendimento. · Integração em rede com os serviços de atenção oncológica: O Serviço de Radioterapia deve manter articulação efetiva com serviços ambulatoriais, unidades de terapias antineoplásicas e hospitais indicados para a certificação, assegurando a continuidade e a integralidade do cuidado oncológico.	
	· Contratualização ☐ Para cumprimento deste item, a operadora de saúde deve firmar contrato, ou instrumento equivalente, com o Serviço de Radioterapia, formalizando a obrigação de cumprimento dos critérios exigidos para a certificação. Essa exigência aplica-se à rede própria, contratada, credenciada ou referenciada;	
	☐ A operadora deve realizar visita anual, presencial ou remota, aos Serviços de Radioterapia indicados para a certificação, com o objetivo de verificar: - o As condições de infraestrutura, ambiência e funcionamento; - o O cumprimento de todos os critérios estabelecidos.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · Contratos ou documentos similares firmados entre a operadora e os serviços de radioterapia, contendo cláusulas que estabeleçam a obrigatoriedade do cumprimento dos critérios técnicos exigidos; · Relatórios de visitas técnicas, presenciais e/ou virtuais, realizadas pela operadora aos serviços indicados;	
	· Verificação de informações públicas, como: ☐ Portal institucional do serviço de radioterapia; ☐ Dados cadastrais no CNES; · Visitas amostrais, presenciais ou remotas, realizadas pela equipe de auditoria da EAS aos serviços de radioterapia participantes da certificação.	
1.2.8	Os serviços hospitalares indicados pela operadora para participar desta Certificação deverão observar critérios técnicos. Interpretação	Essencial
	Os serviços hospitalares indicados pela operadora para participar nesta certificação devem dispor de infraestrutura adequada para suporte aos pacientes com câncer para a realização de internações, tratamento, incluindo os procedimentos cirúrgicos e o manejo de intercorrências oncológicas conforme a Linha de Cuidado para a qual foi indicado.	
	· Devem cumprir os seguintes requisitos mínimos para promoção da qualidade da atenção e segurança dos pacientes oncológicos, além das demais exigências já estabelecidas pela vigilância sanitária: ☐ Licença sanitária atualizada; ☐ Acomodação para o(a) acompanhante do paciente oncológico; ☐ Adequado acesso ao serviço de atenção oncológica com locais de atendimento e exame acessíveis para pessoas com deficiência;	



	☐ Ambiente climatizado; ☐ Centros cirúrgicos equipados para cirurgias oncológicas; ☐ Existência de agência transfusional; ☐ Ambientes humanizados para as equipes de saúde que atuam no cuidado integral das pessoas com câncer; e ☐ Materiais para utilização no alívio não farmacológico da dor.	
	· Contar com Serviço de Nutrição com nutricionista com especialização em Nutrição Oncológica Hospitalar ou com experiência de pelo menos 3 anos em nutrição na Atenção Oncológica hospitalar. ☐ O Serviço de Nutrição oncológica deve ser disponibilizado para todas as fases do cuidado ao paciente oncológico, incluindo pré e pós cirúrgico, internação clínica e orientação para alta hospitalar.	
	· Ter médico presencial, durante todo o período de funcionamento para atendimento das intercorrências clínicas dos pacientes com câncer. · Os protocolos devem seguir as seguintes diretrizes: ☐ Utilização de alternativas diagnósticas mais precisas e menos invasivas. ☐ Adoção de alternativas terapêuticas mais precisas e menos invasivas. ☐ Diminuição e controle da dor e das perdas funcionais, desconfortos e sofrimento psíquico.	
	· Quando o hospital contar com: ☐ Serviço de Atenção Oncológica Ambulatorial multiprofissional deverá seguir o estabelecido nos itens 1.2.1; 1.2.2; 1.2.3. ☐ Serviço de terapia antineoplásica (TA), deverá seguir o estabelecido no item 1.2.4. ☐ Centro de radioterapia, deverá seguir o estabelecido no item 1.2.5.	
	O Serviço hospitalar indicado para participar desta Certificação deve operar de forma integrada em rede com os Serviços de Terapia Antineoplásica; os Serviços de Radioterapia; e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para esta Certificação. Para garantir que o serviço hospitalar atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento equivalente, que estabeleça expressamente essa condição como requisito para a contratualização com os serviços hospitalares participantes da Certificação, independentemente de o serviço ser da rede própria, contratada ou referenciada.	
	A operadora deverá monitorar o cumprimento dos critérios técnicos por meio de visita técnica anual, presencial ou remota, a sua rede prestadora indicada para participar desta Certificação. Possíveis Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: · Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e serviços hospitalares indicados para participação nesta Certificação, contendo cláusulas que preveja o cumprimento dos critérios estabelecidos neste item de verificação; · O Relatório de visitas anuais da operadora aos serviços hospitalares integrantes da sua rede assistencial participantes desta Certificação, contendo cláusulas que prevejam o cumprimento dos critérios estabelecidos neste item de verificação; e	
	· Informações relativas à infraestrutura e conformidade institucional, disponíveis no portal institucional do serviço hospitalar e dos dados cadastrais do estabelecimento no CNES; A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, a serviços hospitalares da operadora indicados como participantes da Certificação.	
1.2.9	Os serviços hospitalares de Atenção Oncológica indicados pela operadora para participação na Certificação devem realizar as ações previstas no Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), elaborado pela Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) do hospital. A CCIH é um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição hospitalar e tem como responsabilidade elaborar, implementar, manter e avaliar um PCIH conforme às características e necessidades da instituição nos termos da Lei 9.431/1997 e da Portaria GM/MS 2.616/1998.	Essencial
	O PCIH deve ser executado pelos membros executores da CCIH, que devem ser profissionais de nível superior da área da saúde, preferencialmente com a inclusão de um enfermeiro na equipe. O quantitativo mínimo de membros executores, bem como a carga horária dedicada à execução do programa, deve ser ajustado conforme com a quantidade e tipos de leitos do hospital em conformidade com a Portaria GM/MS 2.616/1998.	
	As reuniões da CCIH devem ocorrer regularmente e ser registradas em atas, que devem documentar de forma clara a existência e a execução de um programa estruturado com ações para o controle de infecções nos hospitais indicados para esta Certificação em Atenção Oncológica. As equipes dos hospitais devem receber treinamento específico, sistemático e periódico para o controle de Infecção Hospitalar, conforme previsto no PCIH.	



	A operadora deverá monitorar a existência e funcionamento do PCIH por meio de visita técnica anual, presencial e/ou virtual aos serviços hospitalares indicados para esta Certificação. Para assegurar o cumprimento deste item, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento equivalente que estabeleça expressamente a obrigatoriedade de implementação e manutenção do PCIH como condição para a contratualização com os serviços hospitalares participantes da Certificação, independentemente do serviço ser da rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e os hospitais que realizam atenção oncológica, indicados para participação na Certificação, nos quais conste a realização de ações do PCIH.	
	· O Relatório de visita presencial e/ou virtual da operadora nos hospitais que compõem sua rede assistencial e participam da Certificação, contemplando a verificação da realização das ações do PCIH, incluindo: ☐ A existência de documentação formal referente à instituição da CCIH no hospital; ☐ A existência de atas ou registros das reuniões da CCIH;	
	☐ A composição da equipe da CCIH responsável pela execução do PCIH, verificando se está adequada à quantidade e os tipos de leitos do hospital, conforme previsto na Portaria GM/MS 2.616/1998, ou outra que vier a substituí-la; ☐ O cadastramento da CCIH junto à ANVISA. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais que realizam a Atenção Oncológica da operadora indicados como participantes da Certificação.	
	Os hospitais com CCIH podem ser consultados no site da Anvisa. https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojNzZhODhhNjltMGY3Yi00MzZLLWI5ODAtMjg5NDZlZmZiZjc5liwidCI6ImI2N2FmMjNmLWZjZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVlZGQ4MSJ9	

1.2.10	Os serviços hospitalares de Atenção Oncológica indicados pela operadora para participação nesta Certificação devem possuir Comissão de Revisão de Prontuários (CRP). Interpretação: Os serviços hospitalares de atenção oncológica indicados pela operadora para participação nesta Certificação devem possuir uma Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM nº 1.638/2002.	Essencial
	O prontuário médico é definido como o documento único, constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações relacionados à saúde do paciente e à assistência prestada. Trata-se de um documento de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade do cuidado prestado ao paciente (CFM, 2002).	
	A atuação da CRP tem natureza técnico científica, com o objetivo de qualificar os registros realizados e servir como referência interna para os profissionais de saúde do serviço de Atenção Oncológica.	
	A coordenação da CRP deve ser exercida por um profissional médico. Entre suas competências, destaca-se a responsabilidade por verificar se os prontuários - em qualquer suporte, seja eletrônico ou papel contendo obrigatoriamente os seguintes itens: · Identificação do paciente; · Anamnese;	
	· Exame físico; · Exames complementares solicitados e seus respectivos resultados; e · Evolução diária do paciente. Além disso, a CRP deve zelar pela responsabilidade no preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que é atribuída ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da clínica e à direção técnica da unidade conforme determina a Resolução CFM nº 1.638/2002.	
	A operadora deverá verificar a existência da CRP por meio de visita técnica presencial e/ou virtual, de acordo com esta certificação. A operadora deverá estabelecer a existência das Comissões obrigatórias em contratos ou documentos similares estabelecidos entre operadora e os serviços hospitalares de Atenção Oncológica indicados para participação na Certificação, independente do serviço ser da rede própria, contratada ou referenciada. Possíveis Formas de Verificação de Evidências:	



	A equipe de auditores poderá verificar: · Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e os serviços hospitalares de Atenção Oncológica indicados para participação na Certificação, em que conste a verificação da Comissão de Revisão de Prontuários. · O Relatório de visita presencial e/ou virtual da operadora nos serviços hospitalares de Atenção Oncológica integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da Comissão de Revisão de Prontuários, incluindo:	
	· O instrumento de criação da Comissão de Revisão de Prontuários, por designação da Direção do estabelecimento de saúde, coordenada por um médico, conforme Resolução CFM nº 1.638/2002. · A existência de atas ou registros das reuniões da CRP realizadas. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, a serviços hospitalares de Atenção Oncológica da operadora indicados como participantes da Certificação.	
1.2.11	Os serviços Hospitalares de Atenção Oncológica indicados pela operadora para participação nesta Certificação possuem Comissão ou Comitê Hospitalar de Óbitos. Interpretação:	Essencial
	Os serviços hospitalares de Atenção Oncológica indicados pela operadora para participação na Certificação devem possuir Comissão ou Comitê Hospitalar de Óbitos, em consonância com a Resolução CFM Nº 2.171/2017. Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.	
	Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito devem ser indicados pela Direção Técnica da instituição. A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde. Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos. Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.	
	O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico. A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário. A operadora deverá monitorar existência de Comissão ou Comitê Hospitalar de Óbitos por meio de visita técnica presencial e/ou virtual, de acordo com o estabelecido neste Manual.	
	A operadora deverá estabelecer a existência das Comissões obrigatórias em contratos ou documentos similares estabelecidos entre operadora e os serviços hospitalares de Atenção Oncológica indicados para participação na Certificação, independente do serviço ser de rede própria, contratada ou referenciada.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · Os Contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e serviços hospitalares de Atenção Oncológica indicados para participação na Certificação, em que conste a exigência da existência da Comissão de Revisão de Óbito.	
	· O Relatório de visita presencial e/ou virtual da operadora nos serviços hospitalares de Atenção Oncológica integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da existência da Comissão de Revisão de Óbito. · O Instrumento de designação da Comissão de Revisão de Óbito e existência de atas, registros de áudio e/ou relatórios das reuniões. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais presenciais ou à distância, a serviços de Atenção Oncológica da operadora indicados como participantes da Certificação.	
1.2.12	Os Serviços de Atenção Oncológica indicados pela operadora para participação nesta Certificação possuem Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) cadastrado junto à ANVISA e em efetiva atividade. Interpretação:	Essencial
	Os serviços de Atenção Oncológica indicados pela operadora para participação na Certificação devem possuir Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) cadastrado junto à ANVISA e em efetiva atividade. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é obrigatório de acordo com a Resolução - RDC ANVISA 36/2013, exclui-se a obrigatoriedade do NSP consultórios individualizados os laboratórios clínicos, os serviços móveis e de atenção domiciliar.	
	O NSP constitui uma instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente e deve adotar os princípios de estímulo à melhoria contínua dos processos de cuidado e o uso seguro de tecnologias da saúde, disseminação sistemática da cultura de segurança, articulação e integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.	



	Para o NSP ser considerado instituído ele deve ter sua composição formalizada pela direção do serviço de saúde e possuir comprovação das reuniões realizadas. Além disso, tal núcleo deve possuir ações de prevenção e controle de infecção e eventos adversos.	
	A operadora deverá verificar se o NSP está devidamente cadastrado junto a ANVISA e monitorar por meio de visita técnica presencial e/ou virtual as seguintes ações: elaboração e visibilidade do Plano de Segurança do Paciente, contemplando o acompanhamento das ações do Núcleo de Segurança do Paciente, realização de gestão de risco, adoção de protocolos de segurança do paciente e realização de notificação de eventos adversos ao Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA/ANVISA).	
	Para garantir que os serviços de Atenção Oncológica possuam NSP ativo, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a os serviços de atenção oncológica participantes da Certificação, independentemente de compor sua rede própria ou contratada, credenciada ou referenciada.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e serviços de Atenção Oncológica indicados para participação na Certificação, em que conste a existência efetiva de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).	
	· O Relatório de visita técnica presencial e/ou virtual da operadora nos serviços de Atenção Oncológica integrantes de sua rede assistencial participantes da Certificação, incluindo: o Documentações formais referentes à instituição do NSP do serviço de saúde. o Atas ou registros das reuniões do NSP realizadas, pelo menos semestral.	
	· O cadastramento do NSP junto à ANVISA. · O cadastro do NSP dos serviços de saúde que pode ser consultado no site da ANVISA em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoesanaliticas/nucleos-de-seguranca-do-paciente A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais presenciais ou à distância, a serviços de Atenção Oncológica da operadora indicados como participantes da Certificação.	
1.2.13	Os serviços de Atenção Oncológica indicados pela operadora para participação nesta Certificação realizam as ações previstas no Plano de Segurança do Paciente (PSP). Interpretação:	Essencial
	Os serviços de Atenção Oncológica indicados pela operadora para participação na Certificação devem realizar as ações previstas no Plano de Segurança do Paciente (PSP). A elaboração do Plano de Segurança do Paciente pelo NSP é obrigatória de acordo com a Resolução - RDC ANVISA 36/2013.	
	O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde é um documento exigido para os estabelecimentos de saúde e tem o intuito de definir as prioridades e nortear as ações de segurança do paciente na instituição. O PSP deve apontar situações de risco e descrever as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco, visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, a formação e a avaliação da cultura de segurança do paciente, e a conexão entre a liderança e os profissionais da linha de frente do cuidado (ANVISA, 2013; 2016).	
	O Plano de Segurança do Paciente deve conter a análise da situação ou diagnóstico do contexto e dos perigos potenciais; objetivos; estratégias; ações; metas; indicadores de acompanhamento; cronograma; e deve contemplar as seguintes estratégias e ações, conforme tipo de atividade desenvolvida: · Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática.	
	· Integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde. · Capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. · Implementação de protocolos básicos de segurança do paciente estabelecidos pelo Ministério da Saúde e ANVISA: identificação do paciente; higienização das mãos; segurança cirúrgica; segurança na prescrição; uso e administração de medicamentos; prevenção de quedas dos pacientes; e prevenção de úlceras por pressão.	
	· Implementação de protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes. · Implementação de protocolo de segurança no uso de equipamentos e materiais. · Registro adequado do uso de órteses e próteses.	



	· Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde. · Garantia da segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral. · Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde. · Estímulo à participação do paciente e dos familiares na assistência prestada. · Promoção do ambiente seguro.	
	A operadora deverá monitorar a realização das ações previstas no Plano de Segurança do Paciente (PSP) por meio de visita técnica presencial e/ou virtual de acordo com este Manual. Para garantir que a serviços de atenção oncológica realize as ações previstas no PSP, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição os serviços de atenção oncológica participantes da Certificação, independentemente de ser rede própria, contratada ou referenciada.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · Por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e serviços de atenção oncológica indicados para participação na Certificação, em que conste a exigência da elaboração e execução das ações do Plano de Segurança do Paciente.	
	· A disponibilização do Plano de Segurança do Paciente no portal dos serviços de Atenção Oncológica da rede de assistência à saúde oncológica da operadora participantes da Certificação. · O Relatório de visita presencial e/ou virtual anual da operadora nos serviços de atenção oncológica integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, incluindo a verificação da:	
	☐ realização de ações previstas no Plano de Segurança do Paciente. ☐ implementação dos protocolos previstos no PSP. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais presenciais ou à distância, a serviços de Atenção Oncológica da operadora indicados como participantes da Certificação.	
1.2.14	Os serviços de Atenção Oncológica indicados pela operadora para participação nesta Certificação adotam os protocolos e as metas de Segurança do Paciente. Interpretação:	Essencial
	Os serviços de Atenção Oncológica da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem adotar os protocolos e as metas de segurança do paciente. Para a OMS, a segurança do paciente é um dos seis atributos da qualidade em saúde, ao lado da efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade. Dessa forma, a OMS estabeleceu as seguintes metas internacionais de segurança do paciente: · Identificação correta do paciente.	
	· Comunicação efetiva entre os profissionais de saúde. · Melhoria da segurança na prescrição, no uso, e na administração de medicamentos. · Garantia da cirurgia em local, procedimento e paciente corretos. · Higienização das mãos para evitar infecções. · Redução no risco de quedas e lesões por pressão.	
	Como forma de instituir as ações para segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional, o Ministério da Saúde estabeleceu a obrigatoriedade da adoção dos protocolos de Segurança do Paciente por meio das Portarias 1.377/2013 e 2.095/2013 do Ministério da Saúde. Assim, devem ser adotados os seguintes protocolos estabelecidos como obrigatórios pelo Ministério da Saúde: · Protocolo de Identificação do paciente.	
	· Prática de higiene das mãos. · Segurança cirúrgica. · Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. · Prevenção de quedas dos pacientes. · Prevenção de úlceras por pressão (UPP).	
	A operadora deverá monitorar a adoção dos protocolos e das metas de segurança do paciente. Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e serviços de Atenção Oncológica indicados para participação na Certificação, em que conste a adoção dos protocolos e das metas de segurança do paciente.	



	· O Relatório de visita presencial e/ou virtual da operadora nos serviços de Atenção Oncológica integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da adoção dos protocolos e das metas de segurança do paciente. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais presenciais ou à distância, a serviços de Atenção Oncológica da operadora indicados como participantes da Certificação.	
1.2.15	Os Serviços de Atenção Domiciliar - SAD indicados para participar desta Certificação devem cumprir critérios de funcionamento. Interpretação:	Essencial
	Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), prestada no domicílio, caracterizada por um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, cuidados paliativos, além de apoio diagnóstico e terapêutico, garantindo a continuidade dos cuidados. Essa modalidade busca promover um atendimento mais humanizado e personalizado, favorecendo a recuperação dos pacientes, o fortalecimento da autonomia, a otimização de leitos hospitalares, a redução do risco de infecções e a diminuição do uso excessivo dos serviços de urgência e emergência (Brasil, 2020, 2016; ANVISA, 2006).	
	No cuidado oncológico, a Atenção Domiciliar configura-se como uma estratégia de continuidade assistencial, assegurando acolhimento, segurança e qualidade de vida ao paciente fora do ambiente hospitalar.	
	A Atenção Domiciliar deve ser oferecida por meio de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), que podem funcionar independente ou vinculados a hospitais ou clínicas. Esses serviços devem atuar como complementares ou substitutivos aos cuidados prestados durante a internação hospitalar, além de complementarem as ações da Atenção Primária à Saúde, dos ambulatórios de especialidades e dos serviços de urgência.	
	O Serviço de Atenção Domiciliar - SAD deve cumprir os seguintes critérios de funcionamento: ☐ Cumprir a RDC nº 11/2006 da ANVISA e outras legislações específicas; ☐ Manter prontuário domiciliar com registro de todas as atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente, desde a indicação até a alta ou o óbito.	
	☐ Dispor de Núcleo de Segurança do Paciente; ☐ Elaborar e implantar o Plano de Segurança do Paciente; ☐ Implantar Protocolos de segurança do paciente; ☐ Notificar incidentes e eventos adverso;	
	☐ Contar com equipe capacitada, atuando conforme as resoluções específicas de cada conselho profissional, articulada e orientada pela lógica da integralidade do cuidado; e ☐ Promover capacitação dos profissionais da equipe de saúde. A composição mínima recomendada inclui: ☐ Um responsável técnico com formação na área da saúde e habilitado junto ao respectivo Conselho Profissional;	
	☐ Médico; ☐ Enfermeiro; ☐ Técnico de Enfermagem; ☐ Fisioterapeuta; ☐ Psicólogo; e	
	☐ Assistente Social. A depender do quadro clínico do paciente, poderá ser necessária a atuação de outros profissionais, conforme indicação do médico assistente, tais como: fonoaudiólogo, nutricionista, cirurgião-dentista, farmacêutico ou terapeuta ocupacional. As seguintes modalidades de Atenção Domiciliar deverão ser oferecidas de acordo com protocolo de elegibilidade, mediante fluxos previamente pactuados:	
	· Atenção Domiciliar (AD1) - Para pacientes com baixa complexidade clínica e necessidade de cuidados pontuais: ☐ Administração de medicamentos orais/subcutâneos; ☐ Curativos simples; ☐ Avaliações clínicas programadas; e ☐ Acompanhamento de pacientes com sintomas leves e mobilidade preservada.	
	· Atenção Domiciliar (AD2) - Para pacientes de média complexidade, com necessidade de atenção frequente: ☐ Administração intermitente de medicações endovenosas; ☐ Curativos complexos; ☐ Monitoramento clínico regular; e	



	☐ Suporte funcional a pacientes com câncer em progressão controlada ou idosos com limitação funcional. · Internação Domiciliar (AD3) - Voltada a pacientes com alta complexidade, substituindo a internação hospitalar; ☐ Suporte clínico contínuo em situações de instabilidade; ☐ Cuidado integral em cuidados paliativos avançados e de fim de vida;	
	☐ Controle rigoroso de sintomas; e ☐ Suporte respiratório, nutricional e emocional. Os Serviços de Atenção Domiciliar (AD) deverão elaborar o Plano de Atenção Domiciliar (PAD), documento que contempla um conjunto de medidas voltadas à organização e orientação da atuação de todos os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, na assistência ao paciente em seu domicílio, desde a admissão até a alta, quando aplicável (Brasil, 2006).	
	O Plano de Atenção Domiciliar (PAD), individualizado para cada paciente, deve conter, no mínimo, os seguintes elementos (Brasil, 2020, 2006): ☐ Perfis de elegibilidade para cada modalidade da Atenção Domiciliar (AD), conforme pactuado com a operadora; ☐ Prescrição da assistência clínico terapêutica e psicossocial;	
	☐ Estratificação de vulnerabilidade e critérios de priorização; ☐ Requisitos de infraestrutura do domicílio do paciente; ☐ Necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos e retaguarda de serviços de saúde; ☐ Cronograma de atividades dos profissionais envolvidos; ☐ Logística de atendimento;	
	☐ Tempo estimado de permanência do paciente no SAD, considerando a evolução clínica, superação de déficits, e a independência em relação a cuidados técnicos, medicamentos, equipamentos e materiais que demandem manuseio continuado de profissionais. A periodicidade dos relatórios de evolução e acompanhamento, deve ser revisado conforme a evolução clínica do paciente e a gravidade do caso. A revisão do Plano de Atenção Domiciliar (PAD) deve conter a data, a assinatura do profissional de saúde responsável pelo acompanhamento e a do responsável técnico do Serviços de Atenção Domiciliar (AD) (Brasil, 2020, 2006).	
	Aos pacientes em Atenção Domiciliar (AD) que apresentem intercorrências agudas, deverá ser garantido atendimento, transporte e retaguarda em unidades assistenciais com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, previamente definidas como referência para o paciente (Brasil, 2006). Para cumprir esse item a operadora deverá indicar Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), que comprem os critérios estabelecidos neste item de verificação.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) indicados para participação na Certificação.	
	☐ O sistema de informação da operadora que identifica os beneficiários que foram atendidos pelo SAD. ☐ O sistema de contas médicas para atestar o faturamento dos serviços de atenção domiciliar A previsão no plano estruturado da certificação em atenção oncológica do protocolo que define objetivamente o encaminhamento de pacientes para a atenção domiciliar.	



1.2.16	A operadora realiza visita anual, presencial ou à distância, de monitoramento das condições de infraestrutura, ambiência, materiais, equipamentos e recursos humanos disponíveis nos serviços de Atenção Oncológica de sua rede de atenção indicada para esta Certificação . Interpretação:	Essencial
	A operadora deve monitorar, por meio de visita técnica anual, realizada de forma presencial ou à distância, os seguintes aspectos dos serviços de atenção oncológicos indicados para a presente certificação, com vistas a garantir a qualidade e segurança da Atenção Oncológica: · Características infra estruturais e de ambiência.	
	· Materiais e equipamentos. · Monitoramento do programa de controle de infecções hospitalares (PCIH) implantado (previsto no item de verificação 1.2.5) em instituições hospitalares. · Existência de comissão de revisão de prontuários (CRP) (prevista no item de verificação 1.2.6 prevista) em instituições hospitalares. · Existência de comissão ou comitê hospitalar de óbitos (prevista no item de verificação 1.2.7).	

	·Existência efetiva de núcleo de segurança do paciente (NSP) (previsto no item de verificação 1.2.8). ·Realização das ações do plano de segurança do paciente (PSP) (previstas no item de verificação 1.2.9). ·Adoção dos protocolos e das metas de segurança do paciente (prevista no item de verificação 1.2.10) em instituições hospitalares. ·Utilização de ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde (prontuário eletrônico do paciente/registro eletrônico de saúde) (prevista no item de verificação 1.2.13) com ou sem certificação.	
	·Existência de agência transfusional <i>in loco</i> (prevista no item de verificação 1.2.14). ·Preenchimento do formulário nacional de avaliação das práticas de segurança do paciente, da ANVISA para instituições hospitalares (previsto no item de verificação 1.2.15). ·Recursos humanos.	
	·Outros aspectos que a operadora julgar relevantes para a participação dos serviços de Atenção Oncológica nesta Certificação. Os serviços de Atenção Oncológica indicados pela operadora para esta certificação devem incluir atendimento ambulatorial oncológico multiprofissional, tratamento sistêmico, tratamento local cirúrgico e radioterápico, cuidados paliativos para as cinco Linhas de Cuidado priorizados nesta Certificação, de acordo com a necessidade específica de cada linha e cobertura populacional mínima estabelecida.	
	A operadora deve realizar visita técnica presencial ou à distância, nos serviços de Atenção Oncológica integrantes de sua rede assistencial, previamente à inclusão desses serviços como participantes da presente Certificação.	
	O Relatório da visita deve ser utilizado pela operadora para fins de manutenção e aprimoramento da qualidade e segurança dos serviços de Atenção Oncológica indicados como participantes da Certificação. O cumprimento deste item diz respeito à realização da visita da operadora aos serviços de Atenção Oncológica, da verificação dos aspectos mencionados e da elaboração do Relatório da visita. O cumprimento de cada aspecto mencionado deverá ser avaliado pelos auditores nos respectivos itens de verificação subsequentes.	
	A visita prevista neste item de verificação deve constar em contrato ou documento similar, entre a operadora e a rede de Atenção Oncológica indicada para participar desta Certificação, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada. Possíveis Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: ·Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e serviços de Atenção Oncológica indicados para participação na Certificação, em que conste a previsão da visita de que trata o presente item de verificação. ·Os Relatórios das visitas técnicas realizadas pela operadora com vistas ao monitoramento dos serviços de Atenção Oncológica de sua rede assistencial indicados como participantes desta Certificação.	
	·E confirmar a informações no portal institucional do serviço de Atenção Oncológica e dos dados cadastrais do estabelecimento no CNES. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais presenciais ou à distância, a serviços de Atenção Oncológica da operadora indicados como participantes da Certificação (ANS, 2002);	
1.2.17	A Operadora oferece consulta remota ou tele consultas de profissionais de saúde por meio de rede própria ou contratada como forma de monitoramento complementar às consultas presenciais. Interpretação	Complementar
	A Operadora oferece consulta remota ou tele consultas de profissionais de saúde por meio de rede própria, contratada ou referenciada como forma de monitoramento complementar às consultas presenciais. Devem ser garantidos ao menos dois terços das consultas em formato presencial.	
	A Tele consulta ou Consulta Remota é definida como assistência mediada por tecnologias em que médico e paciente estão em espaços físicos diferentes. Abrange as mesmas etapas características e responsabilidades do atendimento presencial e pode ser concluída ou não em um único momento. Compreende avaliação subjetiva, objetiva, diagnóstico, proposta terapêutica, solicitação de exames complementares, orientações e esclarecimentos ou planejamento do cuidado. O mesmo conceito pode ser ampliado para as diferentes profissões da área da saúde (Schmitz, et al., 2021).	
	Deve ser realizada de forma síncrona (assistência prestada na qual a presença dos participantes e a interação são simultâneas, realizada em tempo real, geralmente realizada por videoconferência). As modalidades de consultas assíncronas poderão ser utilizadas como apoio. Para cumprimento desse item, as seguintes premissas para Tele consulta/Consulta Remota deverão ser observadas (Schmitz, et al., 2021):	



	·Determinar se há necessidade de atendimento presencial é o primeiro passo e essa análise deve permear todo o tempo de consulta; ·O profissional pode converter uma consulta remota em presencial a qualquer tempo, se houver indicação; ·Caso haja necessidade de atendimento presencial, identificada a qualquer momento da consulta, é de responsabilidade do profissional informar imediatamente ao paciente ou familiar ou outro contato informado; e	
	·Realizar um atendimento satisfatório, tanto para o paciente quanto para o profissional. A tele consulta ou consulta remota é atualmente reconhecida pelos especialistas como forma de ultrapassar barreiras geográficas com uso da tecnologia, ampliando o acesso à saúde de qualidade. Há um consenso de que a pandemia de Covid-19 acelerou o processo de utilização da tele saúde.	
	Em consonância com a urgência que a pandemia de COVID 19 exigia, a ANS, em 2 de abril de 2020, decidiu adequar o Padrão TISS com a inclusão de um novo tipo de atendimento: tele saúde. Com isso, as operadoras e os prestadores de serviços de saúde passaram a trocar informações mais precisas acerca de procedimentos realizados à distância. Ademais, a tele saúde é um procedimento que já tem cobertura obrigatória pelos planos de saúde como modalidade de consulta com profissionais de saúde.	
	Após um período de normatizações da Tele saúde restrito ao período da pandemia, o Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou, no dia 20 de abril de 2022, a Resolução 2.314/2022, que definiu e regulamentou a telemedicina no Brasil, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias e de comunicação.	
	A norma, segundo o CFM, é fruto de um amplo debate reaberto em 2018 com entidades médicas e especialistas e passa a regular a prática. A norma permite maior acesso e, ao mesmo tempo, confere segurança, privacidade, confidencialidade e integridade dos dados dos pacientes. A norma assegura ainda ao médico, devidamente inscrito nos Conselhos Regionais de Medicina, a autonomia de decidir se utiliza ou recusa a telemedicina, indicando o atendimento presencial sempre que entender necessário.	
	A Tele saúde foi regulamentada pela Portaria GM/MS 1348/2022 no dia 02 de junho de pelo Ministério da Saúde, possibilitando a aproximação de profissionais de saúde e pacientes. A tele consulta deve ser realizada a partir de plataformas informatizadas específicas, que assegurem a confidencialidade do atendimento em saúde prestado, como exigido pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD, Lei 13.853/2019. Assim sendo, é fundamental o uso de plataformas que garantam a autenticidade, a integridade, a segurança (uso de criptografia) e a privacidade das informações em saúde produzidas durante o atendimento.	
	Porém, no contexto da Atenção Oncológica, as consultas devem ser realizadas sempre no formato presencial nas seguintes situações (Zon et al., 2021):	
	Consultas iniciais. Entrega inicial de tratamento antineoplásico. ·Fornecimento de informações importantes, incluindo novo diagnóstico ou plano de cuidado do câncer, recidiva ou progressão da doença.	
	·Necessidades complexas relacionadas ao câncer identificadas pelo profissional de saúde. ·Exame físico para diagnóstico ou acompanhamento. ·Em caso de tele saúde, quando existe uma infraestrutura necessária instalada, para realização de exames físicos realizados por profissionais de saúde locais, pode-se realizar uma tele assistência.	
	·Pacientes com limitações auditivas, visuais ou cognitivas para os quais não há suporte alternativo ou tecnologias disponíveis para auxiliar em consultas de tele saúde; e ·Pacientes que não disponham de capacidade tecnológica suficiente ou possuam nível insuficiente de letramento em saúde. Os serviços de tele consulta remota devem ser realizados em rede com os demais serviços indicados para participar desta certificação.	
	A operadora deve estabelecer pactuação por meio de contrato ou documento similar com a rede assistencial que realiza Atenção Oncológica indicada como participante desta Certificação, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada, oferecendo cobertura de tele consulta ou consulta remota como apoio e complementação das consultas médicas e de enfermagem presenciais.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A pactuação por meio de contrato ou documento similar constando a previsão da possibilidade de realização de consulta remota ou tele consulta.	



	▣ · As evidências de remuneração de consultas remotas ou tele consultas podendo ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros. ▣ A equipe de auditores poderá ainda, realizar entrevistas, por amostragem, com beneficiários(as) comprovando a oferta de consulta remota ou tele consulta.	
1.2.18	Os Serviços de Atenção Oncológica indicados pela operadora para participação nesta Certificação utilizam ferramentas eletrônicas de informações individualizadas de saúde (Prontuário Eletrônico do Paciente/Registro Eletrônico de Saúde). Interpretação:	Complementar
	Os serviços de Atenção Oncológica da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem utilizar ferramentas eletrônicas para o registro, armazenamento e processamento de informações individualizadas de saúde, independentemente da nomenclatura adotada pelas instituições envolvidas, como Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), Registro Eletrônico de Saúde (RES) ou Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES).	
	Há alguns autores que optam por distinguir o termo Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) do termo Registro Eletrônico de Saúde (RES). O PEP é associado aos termos em inglês <i>Electronic Patient Record</i> (EPR) e <i>Electronic Medical Record</i> (EMR); enquanto o RES corresponde à tradução para o português do termo em inglês <i>Electronic Health Record</i> (EHR). Além do conceito de RES, a <i>International Organization for Standardization</i> (ISO) trabalha com o conceito de Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES), entendido como o sistema utilizado para fazer a recuperação e manipulação das informações armazenadas em um RES (ISO, 2005).	
	Independentemente da denominação adotada, para efeito de cumprimento do presente item de verificação, serão consideradas a adoção de diferentes ferramentas eletrônicas para o tratamento de informações individualizadas de saúde pelo serviço de Atenção Oncológica participante.	
	Para além da simples transposição dos dados do papel para o computador, a informatização dos registros de saúde abre uma série de perspectivas de uso, a partir da correlação com diferentes bases de dados e a incorporação de funcionalidades como a captura de dados; o suporte aos processos de atenção; o registro do raciocínio clínico; o suporte à decisão; protocolos clínicos e alertas; a prescrição e o processamento de exames, investigações e solicitações, por exemplo.	
	Cabe ressaltar que deverá ser seguido o que estabelece a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). A operadora deverá verificar a existência de ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde por meio de visita, de acordo com o item 1.2.11.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e serviços de Atenção Oncológica indicados para participação na Certificação, em que conste a utilização de ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde (Prontuário Eletrônico do Paciente/Registro Eletrônico de Saúde).	
	· O Relatório de visita presencial ou virtual da operadora nos serviços de Atenção Oncológica integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da utilização de ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde (Prontuário Eletrônico do Paciente/Registro Eletrônico de Saúde). A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, a serviços de Atenção Oncológica da operadora indicados como participantes da Certificação.	
1.2.19	Os serviços de Atenção Oncológica indicados pela operadora para participação nesta Certificação utilizam ferramentas eletrônicas de informações individualizadas de saúde (Prontuário Eletrônico do Paciente/Registro Eletrônico de Saúde) certificadas por entidades de referência. Interpretação:	Excelência
	Os serviços de Atenção Oncológica da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem utilizar ferramentas eletrônicas certificadas por entidades de referência, para o registro, armazenamento e processamento de informações individualizadas de saúde, independentemente da nomenclatura adotada pelas instituições envolvidas, como Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), Registro Eletrônico de Saúde (RES) ou Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES).	
	Independentemente da denominação adotada, para efeito de cumprimento do presente item de verificação, serão consideradas a adoção de diferentes ferramentas eletrônicas para tratamento de informações individualizadas de saúde pelo serviço de Atenção Oncológica participante, desde que certificada por entidade de referência, como, por exemplo, a certificação de S-RES realizada mediante cooperação entre a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde e o Conselho Federal de Medicina (CFM; CBIS, 2012).	



	A utilização de ferramenta informatizada de registro de saúde certificada por entidade de referência garante a existência de características e funcionalidades mínimas, com base na legislação nacional e em normas e padrões nacionais e internacionais.	
	A operadora deverá verificar a existência de ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde certificada por entidade de referência por meio de visita, de acordo com o item 1.2.11. Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	
	· Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e serviços de Atenção Oncológica indicados para participação na Certificação, em que conste a utilização de ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde (Prontuário Eletrônico do Paciente/Registro Eletrônico de Saúde) certificada por entidade de referência. · A existência do certificado da ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde vigente emitido por entidade de referência.	
	· O relatório de visita presencial e/ou virtual da operadora nos serviços de Atenção Oncológica integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da utilização de ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde (Prontuário Eletrônico do Paciente/Registro Eletrônico de Saúde) certificada por entidade de referência. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a serviços de Atenção Oncológica da operadora indicados como participantes da Certificação.	

1.2.20	Os serviços hospitalares de Atenção Oncológica indicados pela operadora para participação nesta Certificação. Interpretação:
	Os serviços hospitalares de Atenção Oncológica da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação, independentemente da quantidade de transfusões por mês.
	Para garantir que a unidade de saúde atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato em condição para a contratualização com os serviços de Atenção Oncológica participantes da Certificação. A operadora deverá verificar a existência de agência transfusional <i>in loco</i> por meio de visita, de acordo com o item 1.2.11. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:
	A equipe de auditores poderá verificar: · Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e serviços de Atenção Oncológica, em que conste a obrigatoriedade de agência transfusional <i>in loco</i> . · Os Relatórios de visitas <i>in loco</i> da operadora nos serviços de Atenção Oncológica integrantes da rede assistencial, contemplando a verificação da existência de agência transfusional <i>in loco</i> .
	· E confirmar, as informações no portal institucional do serviço de Atenção Oncológica e dos dados cadastrados no sistema de informações. A equipe de auditores poderá ainda, realizar de visitas amostrais, presenciais ou à distância, a serviços de Atenção Oncológica participantes da Certificação.
1.2.21	Os serviços hospitalares de Atenção Oncológica indicados pela operadora para participação nesta Certificação. Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente da ANVISA. Interpretação:
	Os serviços hospitalares de Atenção Oncológica da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação, devem estar inscritos no Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente, disponibilizado pela ANVISA. O Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente é disponibilizado anualmente por meio de estrutura e processo, baseados na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC ANVISA 36/2013, em protocolos e recomendações para as boas práticas em serviços de saúde.
	O referido Formulário é um instrumento previsto no "Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente - Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente", da ANVISA, que tem como objetivo a redução dos riscos na assistência à saúde.
	Os serviços de saúde considerados pela ANVISA como prioritários para preenchimento anual do Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente, com ou sem Centro Cirúrgico. Nem todos os indicadores do formulário são obrigatórios para todos os hospitais.
	Contudo, por se tratar de uma iniciativa que corrobora com a prevenção de danos ao paciente em serviços de Atenção Oncológica, é recomendada uma boa prática para os hospitais da rede assistencial da operadora para Atenção Oncológica participantes da Certificação.
	Desse modo, para que o presente item de verificação seja considerado cumprido, todos os hospitais com leitos de Terapia Intensiva (com ou sem Centro Cirúrgico) indicados pela operadora como participantes da Certificação devem estar inscritos no Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente, permitindo um diagnóstico das práticas de segurança do paciente.
	A operadora deverá verificar o preenchimento e envio anual do Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente (com leitos de Terapia Intensiva) indicados como participantes da Certificação por meio de visita, de acordo com o item 1.2.11.
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais (com leitos de Terapia Intensiva) indicados para participação na Certificação, mencionando a exigência de preenchimento anual do Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente.

	· O Relatório de visita presencial e/ou virtual da operadora nos hospitais (com leitos de Terapia Intensiva) int participantes da Certificação, contemplando o monitoramento do preenchimento e envio do Formulário Na Paciente. Ex.: Protocolo do formulário eletrônico enviado, <i>print</i> de tela com o envio do Formulário. A equipe de auditores poderá ainda, realizar de visitas amostrais, presenciais ou à distância, a hospitais (cor como participantes da Certificação.
Referências Bibliográficas do Requisito 1.2:	
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html> Acesso em: 03 jul. 2025. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004. Disp e estabelece o regulamento técnico de boas práticas. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 22 set. 2004. Disponível en < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/rdc0220_21_09_2004.html>. Acesso em 03 jul. 2025. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada nº 63, de 25 de noveml Funcionamento para os Serviços de Saúde	
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada nº 51, de 6 de outubro (avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitár AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANVISA). Resolução Normativa nº 305, e 09 de outubro de 2012. E Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência, maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009.2012.	
Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw> AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de de saúde e dá outras providências. Publicada em DOU nº 143, de 26 de julho de 2013. Seção I, p.32-33. Disponível e <https://saude.df.gov.br/documents/37101/76752/Resolu%C3%A7%C3%A3o+RDC+n%C2%BA+36_2013_Institui+a%C3%A7os+de+sa%C3%BAde.pdf/ece1c8c9-a27b-f411-899b-af3736ed7388#:~:text=Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%A9,em%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs>. Acesso em 0 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Se Serviços de Saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2016. Disponível em:	
< https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-i AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 222, de 28 de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2018. Disponível em: < https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-i RDC%20ANVISA%20N%C2%ba%20222%20DE%2028032018 %20REQUISITOS%20DE%20BOAS%20PR%C3%81TICAS%20DE%20GERENCIAMENTO%20DOS%20RES%3%80%20DE%20SERVI%C3%A7OS%20DE%20SAÚDE%20E%20D%C3%A1%20OUTRAS%20PROVIDÊNCIAS%20DE%20SAÚDE%20E%20D%C3%A1%20OUTRAS%20PROVIDÊNCIAS >. Acesso em 02 jul. 2025.	
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n.º 330, de 20 de funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista. Diário Oficial da União, Brasília, 2019. Dispo rad.com.br/pdf/RDC_330_2019_COMP.pdf>. Acesso em 02 jul. 2025.	
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução n º 430, de 8 de outubro de 2020. Dispõe sob medicamentos. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 9 out. 2020. Disponível em: < https://www.in.gov.br/en/web/dou-outubro-de-2020-282070593>. Acesso em: 03 jul. 2025.	
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Ministério da saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Se Sanitário - GRECS. Resolução RDC nº 786, de 5 de maio de 2023. Estabelece os requisitos técnico-sanitários para o citopatologia. Diário Oficial da União, Brasília, 2023. Disponível em: < https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdecc-publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/20241009PerguntaseRespostasRDC786versopublicacao.pdf>. Acesso er	
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede: A (re)organização da rede de atenção onc em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/documento-tecnico-oncorede AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Internet. Rede: Relatório Conclusivo. Rio de Janeiro, 2018. Dis br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/relatorio-conclusivo-oncorede-pdf>. Acesso em: 01 ju	
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução nº 503, DE 30 DE março de 2022. Dispõe sobre a operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Manual do Programa de Acreditação de Operadoras de Plan 507/2022. 2023. Disponível em:<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras	
BELELA, A. S. C. et al. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2010000300007&script=sci_arttext>. Acesso BITENCOURT, AG. Subdividing BI-RADS category 4 breast lesions observed on magnetic resonance imaging: Is it feasible? 3984.2016.49.3e1. PMID: 27403028; PMCID: PMC4938441. Disponível em:< https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4938441	
BRASIL. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do j Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9431.htm>. Acesso em 04 jul. 2025. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Determina o início do tratamento do c <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm>. Acesso em 03 jul. 2025.	
BRASIL. Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estat DF, 7 jul. 2015. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. A BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Disponível em: <ht 2018/2018/lei/l13709.htm>. Acesso em 04 jul. 2025.	

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Estabelece prazo máximo de 30 dias câncer. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13896.htm>. Acesso em: 07 jun. 2024. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Contém as diretrizes e normas para a prevenção em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-n-2-616-de-12-de-maio-de-1998>. Acesso em: 07 jun. 2024.	
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 453, de 1º de junho de 1998. Aprova o regulamento técnico que estabelece o curso de formação do médico e odontológico. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 jun. 1998. Disponível em: < https://crtr9.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Portaria-453-1998.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2025. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009a. Institui o Sistema de Notificação e Investigação Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html>. Acesso em: 07 jun. 2024.	
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010a. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e dos adultos (em hospitais e em locais privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html>. Acesso em: 07 jun. 2024. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.254, de 5 de agosto de 2010b. Institui a Vigilância Epidemiológica em Áreas de Endemias e o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e o papel dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2254_05_08_2010.html>. Acesso em: 07 jun. 2024.	
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 09 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente e de Segurança cirúrgica.2013a. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 07 jun. 2024. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. 2013b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 03 jul. 2025.	
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html>. Acesso em: 07 jun. 2024. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.693, de 23 de julho de 2021. Instituiu a Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.693-de-23-de-julhode-2021-334095749>. Acesso em: 07 jun. 2024.	
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.348, de 2 de junho de 2022. Dispõe sobre as ações e serviços de saúde e de segurança. Disponível em: <https:// brasilsus.com.br/wp-content/ uploads/2022/06/portaria1348.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2025. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.592, de 4 de fevereiro de 2025. Institui o Programa Nacional de Notificação e Registro de Óbitos. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/ prt6592_07_02_2025.html>. Acesso em: 07 jun. 2024.	
COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (CBR). Manual de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (PADI). Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (Padi), 2022. Disponível em: <https://padi.org.br/wp-content/uploads/2023/12/Norma-de-Acredita%C3%A7%C3%A3o-em-Diagn%C3%B3stico-por-Imagem-PADI-2022.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2024. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.779/2005. Regulamenta a responsabilidade médica de 05 dez 2005, Seção I, p. 121. <Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1779_2005.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2024.	
COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (CNEN). Normas de Radioproteção. Rio de Janeiro: CNEN. Disponível em: <https://www.cnem.gov.br/portal/rapidocnennn3.01.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2025. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a sua utilização em instituições de saúde. Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2002/1638_2002.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2025.	
CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA (CFM). Resolução nº 145, de 8 de dezembro de 2007. Dispõe sobre as atribuições, banco de sangue, reprodução humana, imagenologia, acupuntura, genética e biologia molecular, e dá outras providências. 26 dez. 2007. Disponível em: < https://cfbm.gov.br/resolucao-n-145-de-30-de-agosto-de-2007/>. Acesso em: 03 jul. 2025.	
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM)/SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE (SBIS). Cartilha de Registro Eletrônico de Saúde. 2012. Disponível em: < https://www.sbis.org.br/certificacao/Cartilha_SBIS_CFM_PDI.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2024. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2.056, de 20 de setembro de 2013. Define o responsável técnico para a implementação do Sistema de Informação em Saúde (SIS) no âmbito das instituições de saúde. Brasília, 24 set. 2013. Disponível em: < https://esppe.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/279037/mod_folder/content/0/Resoluc%C3%A7%C3%A3o%20CREMEPE%202056_2013.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2025.	
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2.148, de 13 de julho de 2016. Normas para concessão de credencialização de médicos. Brasília, DF, 2016. Disponível em: < https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2016/2148_2016.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2024. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.171/2017. Regulamenta e normatiza as Comissões de Controle de Qualidade e de Avaliação de Desempenho em Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Publicada no D.O.U. de 08 jan. 2018, Seção I, p. 91. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2017/2171_2017.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2024	
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022. Define e regulamenta o uso de tecnologias de comunicação. Disponível em: < https:// www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022>. Acesso em: 07 jun. 2024. COSTA, J. F. R.; PORTELA, M. C. Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e sua implementação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00187916, out. 2016. Disponível em: <http://cadernos.cienciaesocietadepublica.org.br/revista/ver/187916>. Acesso em: 07 jun. 2024.	
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Diretrizes para a organização da atenção em oncologia. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-6-edicao-2020.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2024. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Linha de Cuidado para a Atenção das Infecções e Neoplasias. 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/linha_cuidado_oncoinfeccoes.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2024.	
INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). ISO/TR 20514:2005. Health informatics. Electronic health records. Part 1: Framework for the development of electronic health records. Geneva: International Organization for Standardization, 2005. INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press, 2001. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 08 jul. 2025. RESAR, R.K.; ROZICH, J. D.; CLASSEN, D. Methodology and rationale for the measurement of harm with trigger tools. BMC Medical Research Methodology, 2013, v. 13, n. 1, p. 1-10.	

SCHMITZ, CA et al. (org.). Consulta Remota: Fundamentos e Práticas. Porto Alegre: Artmed, 2021.
MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da Saúde. 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria.pdf>. Acesso em: 26 de jul. 2025.

MENEZES, K.; AVELINO, P. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: um relato de experiência. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, n. 1, p. 1-12, jan. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/KZh3BmhLfqFRM7GYqp8ZXSc/?lang=pt>>. Acesso em: 26 de jul. 2025.

PIERDEVARA, L. et al. Trigger Tool na Segurança do Doente: Uma Revisão Sistemática de Literatura. Port J Public Health, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2014.
SAMPALHO, K. R et al. Segurança na assistência ao paciente: Uma revisão integrativa da literatura. In: SEMINÁRIO INTEGRATIVO DE ATUALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE (Ceará, 2014); e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Murcia/Espanha). Universidade do Estado do Ceará, 2014.

SANTOS, R. F. dos. Estruturação de um ambiente de Business Intelligence (BI) para Gestão da Informação em Saúde. Horizonte. Journal of Health Informatics, v. 3, n. 4, p. 158-163, out-dez. 2011.
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cuidados em Terapia Nutricional. Brasília, 2022. Disponível em: <https://nutricao.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/manual/upload_30062022/9%20-%20CAB%20-%20Cadernos%20de%20Cuidados%20em%20Terapia%20Nutricional.pdf>. Acesso em 03 jul. 2025.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013b. 2ed. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/277249051_Cadernos_dos_canceres_do_colo_do_uterio_e_da_Mama>. Acesso em: 03 jul. 2025.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. HumanizaSUS: Guia para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus.pdf>.
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE (SAES). Ministério da Saúde. (INTERNET). Cuidados paliativos na oncologia. Brasília, 2014. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/unidade-de-atencao-primaria/acompanhamento-paliativo>>.

SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE (SAES). Ministério da Saúde. Portaria SAES/MS nº 688, de 28 de maio de 2014. Habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_688_2014.pdf>.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA (SBP). Manual de Acreditação de Laboratórios de Anatomia Patológica. São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://www.sbp.org.br/wp-content/uploads/2020/09/miolo-final-ebook-FINAL-COM-CORRECOES-23-09.pdf>>. Acesso em 02 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report on Cancer: Setting priorities, investing wisely and providing care in the 21st century. Geneva, 2015. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/who-report-on-cancer-setting-priorities-investing-wisely-and-providing-care-in-the-21st-century>>.
ZON, R.T et al., Telehealth in Oncology: ASCO Standards and practice recommendations. JCO Oncology Practice, v. 19, n. 11, p. 1000-1008, 2023. Disponível em: <<https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/OP.21.00438>>. Acesso em: 13 nov. 2024.

1.3- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	
Requisito direcionador com itens de verificação relativos ao monitoramento e a avaliação da Atenção Oncológica	
1.3.1	A operadora realiza visitas técnicas de monitoramento anuais, presenciais ou remotas, nos serviços indicados para verificação da conformidade com os critérios técnicos estabelecidos. Interpretação: A operadora deve monitorar o cumprimento dos requisitos técnicos pactuados com os serviços participantes da Rede de Atenção Oncológica, por meio de monitoramento anual, presenciais ou à distância. As visitas têm como objetivo assegurar que os serviços participantes da certificação estejam em conformidade com os critérios técnicos estabelecidos, garantindo a qualidade técnica dos serviços oferecidos. Além disso, são fundamentais para assegurar que a operadora atue de forma integrada, coordenada e em rede durante toda a vigência da certificação. Estão dispensados da obrigatoriedade deste item: consultórios individualizados; serviços de diagnóstico por imagem; laboratórios de anatomopatologia, serviços de diagnóstico por imagem; além dos serviços móveis e de atendimento domiciliar. Deverão ser visitados os serviços diretamente ligados ao diagnóstico e tratamento oncológico: · Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial; · Serviços de Terapia Antineoplásica; · Serviços de Radioterapia; · Serviços Hospitalares indicados para a atenção oncológica. A operadora deve estabelecer um <i>checklist</i> padronizado para as Visitas de Monitoramento, adaptado a cada realidade local. Se houver descumprimento parcial dos critérios essenciais pactuados, que possam comprometer a manutenção do serviço, deverá instituir um plano de ação para correção das não conformidades, com nova visita realizada após a implementação das medidas corretivas. Se as não conformidades persistirem, o serviço deverá ser substituído no processo desta certificação. Essa substituição não implica na exclusão do serviço da Rede de Atenção da operadora, mas apenas sua reclassificação para o nível de atenção básica. Para cumprir esse item a operadora deverá: ☐ estabelecer contrato ou documento similar com a Rede Prestadora indicada para participar desta certificação, presencial ou remota, e os itens a serem avaliados; ☐ Realizar as visitas anualmente, de forma presencial ou remota; ☐ Elaborar Relatório Anual das Visitas. Possíveis Formas de Verificação de Evidências : A equipe de auditores poderá verificar, entre outros itens: ☐ A existência de relatórios das visitas técnicas de monitoramento, contendo data, nome dos serviços visitados, das conformidades e não conformidades identificadas; ☐ O <i>checklist</i> padronizado utilizado nas visitas, devidamente preenchido e assinado pelos responsáveis técnicos; ☐ A documentação do plano de ação elaborado para ajuste de não conformidades, quando aplicável, incluindo a data de implementação das medidas corretivas; ☐ Registros de comunicações formais entre a operadora e os serviços participantes para agendamento das visitas; ☐ Evidências da realização de nova visita técnica após o prazo de 180 dias, nos casos em que houver descumprimento dos critérios técnicos; ☐ relatórios contendo a implementação das medidas pactuadas no plano; ☐ Documentação que comprove eventual substituição de serviços no escopo da certificação, quando aplicável; ☐ Atas ou registros de reuniões internas da operadora relacionadas ao acompanhamento e análise dos resultados.

1.3.2	A operadora monitora os resultados dos macroindicadores relativos aos serviços de atenção oncológica indicados como participantes desta Certificação. Interpretação:	Essencial
	A operadora deve monitorar as informações relativas ao desempenho da operadora e dos serviços de atenção oncológica indicados como participantes dessa Certificação por meio de macroindicadores.	
	Os serviços de Atenção Oncológica indicados como participantes desta Certificação, de acordo com as Linhas de Cuidado priorizadas, devem coletar e enviar os dados dos macroindicadores para as operadoras, mensalmente. As operadoras deverão informar os dados dos macroindicadores para as EAS trimestralmente. Por sua vez, a EAS deve enviar os dados dos macroindicadores anualmente para a ANS juntamente com o Relatório de Auditoria de Certificação ou Auditoria de Manutenção. A apuração dos resultados é de periodicidade anual.	
	Seguem os macroindicadores de monitoramento obrigatório para os pacientes participantes desta certificação cujas fichas técnicas constam no capítulo XII deste Manual: 1. Percentual de mulheres com 40 anos ou mais que realizaram mamografia, por faixa etária. 2. Percentual de mulheres entre 25-60 anos que realizaram teste molecular para detecção de HPV oncogênico para rastreamento do câncer de colo de útero	
	3. Percentual de pacientes entre 50-75 anos que realizaram pesquisa de sangue oculto nas fezes Guaiaco (g-FOBT). 4. Tempo entre a confirmação diagnóstica de câncer e o início do tratamento, por Linha de Cuidado. 5. Percentual de pacientes com diagnóstico de câncer acompanhados por oncologista clínico, por Linha de Cuidado. 6. Percentual de pacientes oncológicos que receberam atenção de equipe multiprofissional no serviço de atenção oncológica ambulatorial, por Linha de Cuidado.	
	7. Percentual de pacientes com câncer vinculados a um navegador do cuidado, quando indicado, por Linha de Cuidado. 8. Percentual de pacientes que receberam quimioterapia sistêmica nos últimos 14 dias de vida, por Linha de Cuidado. O monitoramento dos indicadores é necessário para que sejam desencadeadas mudanças que resultem em melhorias na qualidade do cuidado. Os macroindicadores representam medidas clássicas consagradas na literatura científica e que têm como objetivo propiciar à ANS uma avaliação do programa de certificação em boas práticas na Atenção Oncológica e do desempenho das operadoras no programa.	
	Além disso, os macroindicadores devem servir para avaliação e gestão interna da operadora, inclusive propiciando comparabilidade entre os resultados dos prestadores envolvidos na certificação em relação aos resultados gerais da operadora e dos demais prestadores não incluídos nesta certificação. A atenção à saúde oncológica se consubstancia na rede, de modo que é primordial que seja estabelecida uma troca sistemática de informação entre a operadora e a sua rede prestadora, com vistas a viabilizar o cálculo dos macroindicadores estabelecidos nesta Certificação.	
	A operadora deve disponibilizar à Entidade Acreditadora em Saúde (EAS) a forma de coleta e os dados anonimizados da atenção prestada nos serviços de saúde oncológicos participantes da Certificação, necessários para o cálculo dos macroindicadores, que, por sua vez, os transmitirá à ANS. A forma de envio de dados deverá ser estabelecida em contrato ou documento similar firmado entre a operadora e os serviços de atenção oncológica indicados a participarem da Certificação, respeitadas as regras da LGPD. Os contratos ou documentos similares devem ser estabelecidos entre a operadora e os citados serviços, independentemente de serem integrantes da rede própria, contratada ou referenciada.	
	Os macroindicadores monitorados pela operadora devem incorporar a variável raça/cor no registro dos dados e nas respectivas análises. Cada operadora poderá pactuar as metas dos macroindicadores com os serviços de Atenção Oncológica indicados como participantes dessa Certificação com o propósito de alcançar melhorias gradativas e incrementais no cuidado oferecido aos pacientes na Atenção Oncológica.	
	A partir da identificação de práticas que impactaram positivamente no cuidado em saúde, podem ser adotadas ações que estimulem e favoreçam a consolidação e ampliação do seu alcance na rede assistencial da operadora. Por outro lado, se identificada a necessidade, a operadora deve estabelecer medidas corretivas caso não se tenha alcançado o impacto pretendido na qualidade e segurança da Atenção Oncológica.	



	Assim, a operadora deve utilizar as informações obtidas a partir do monitoramento e dos resultados de sua avaliação para a realização do planejamento e para a gestão da Atenção Oncológica. Os resultados do monitoramento e da avaliação, bem como o respectivo plano de ação com as eventuais medidas, devem retroalimentar o Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1. As fichas dos macroindicadores constam no capítulo XII deste manual. Possíveis Formas de Verificação de Evidência :	
	A equipe de auditores poderá verificar: · Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e serviços de saúde oncológicos indicados como participantes da Certificação, mencionando o envio de dados para o cálculo dos macroindicadores. · Se a operadora recepcionou os dados transmitidos pelos serviços de saúde oncológicos indicados, possibilitando o cálculo dos macroindicadores.	
	· Se a operadora disponibiliza os dados necessários para o cálculo dos Macroindicadores para a Entidade Acreditadora em Saúde (EAS). · A existência de documento com os resultados do monitoramento e da avaliação dos indicadores, bem como a existência de plano de ação a partir dos resultados identificados. · Se o Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1, incorpora os resultados do monitoramento e da avaliação dos macroindicadores e o respectivo plano de ação.	
1.3.3	Os serviços de Atenção Oncológica indicados pela operadora para participação nesta Certificação possuem Selo de Acreditação/Certificação em Saúde de acordo com critérios do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS. Interpretação:	Complementar
	Os serviços de Atenção Oncológica da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem possuir pelo menos um certificado de avaliação externa de acordo com critérios do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS para cada Linha de Cuidado selecionada. Acreditação em saúde é uma certificação concedida por uma entidade, pública ou privada, a um serviço de saúde que atende a determinados padrões previamente estabelecidos de qualidade e segurança (do paciente, dos profissionais e da organização como um todo).	
	Para efeito de cumprimento deste item, a operadora deve adotar a Acreditação/Certificação como critério para a conformação da sua rede hospitalar de atenção à saúde oncológica. Será considerado para este item serviços de Atenção Oncológica integrantes da rede própria, credenciada ou referenciada indicados para esta Certificação.	
	A operadora deverá pactuar com sua rede de Atenção Oncológica por meio de contrato ou documento similar, a obtenção e manutenção de um selo de acreditação/certificação, de acordo com os critérios do QUALISS. Para pontuar nesse item de verificação, a operadora deverá ter ao menos 60% dos seus hospitais indicados para a certificação com selo de acreditação/certificação.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A existência do certificado de Acreditação/Certificação vigente, de acordo com os critérios estabelecidos na interpretação deste item de verificação.	
1.3.4	A operadora desenvolve Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças - Promoprev aprovado pela ANS relacionado as Linhas de Cuidado de Câncer desta Certificação.	Excelência
	Interpretação Promoprev é uma estratégia indutora da ANS da qualidade das operadoras com objetivo de induzir as operadoras de planos de saúde a implementarem ações voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças em diversas áreas de atenção.	
	A operadora desenvolve Programa Promoprev aprovado pela ANS relacionado à Atenção de Saúde do Homem, Saúde da Mulher e/ou Saúde do Adulto e Idoso com ações que perpassam a promoção da saúde, prevenção de agravos, doenças e riscos, diagnóstico de doenças crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, tratamento, reabilitação voltadas para uma das Linhas de Cuidado dos tipos de câncer estabelecidas dessa Certificação.	
	Os resultados esperados do programa devem estar diretamente relacionados à prevenção do câncer abordado. Podem incluir: incentivo de hábitos saudáveis, como alimentação adequada; prática de atividades físicas regulares (intensidade e frequência); cessação do tabagismo e do consumo de bebidas alcóolicas e/ou incentivo adesão à Imunização completa recomendada conforme Ministério da Saúde; prevenção de ISTs, letramento com relação ao rastreamento do câncer, ao diagnóstico precoce, dentre outros temas da linha de cuidado. A população alvo do programa deverá abarcar pelo menos:	



	Câncer de mama - 40% das mulheres acima de 18 anos dos planos médico-hospitalares da carteira da operadora; Câncer de colo de útero - 40% das mulheres acima de 18 anos dos planos médico-hospitalares da carteira da operadora; Câncer de próstata - 40% dos homens acima de 18 anos dos planos médico-hospitalares da carteira da operadora; Câncer de pulmão - 30% dos beneficiários(as) acima de 18 anos dos planos médico-hospitalares da carteira da operadora; Câncer colorretal - 30% dos beneficiários(as) acima de 18 anos dos planos médico-hospitalares da carteira da operadora.	
	Para cumprir este item, a cobertura mínima do programa durante os últimos 12 meses da data da auditoria deverá ser de 20% da população alvo. A operadora deverá ter ao menos um programa aprovado e monitorado pela ANS com essas características. ANS divulgará os programas de Promoprev aprovados para pontuar nesse item.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidência: A equipe de Auditores poderá verificar no portal da ANS: ☐ Se a operadora tem programa Promoprev aprovado e monitorado pela ANS cumprindo os critérios deste item de verificação na data de auditoria.	
1.3.5	A operadora é acreditada no Programa de Acreditação de Operadoras da ANS ou tem Certificação em alguma outra linha de cuidado específica do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde (PCBP) da ANS. Interpretação:	Excelência
	Com o objetivo de estimular a sinergia entre diferentes estratégias de indução da qualidade, este item busca avaliar se a operadora possui alguma Acreditação quanto Certificação externa, conforme os Programas estabelecidos pela ANS. Ressalta-se que tanto a Acreditação e quanto a Certificação de operadoras instituídas pela ANS são de adesão voluntária.	
	Para pontuar neste item, a operadora deverá apresentar, no momento da auditoria, pelo menos um dos seguintes documentos válidos e vigentes: Certificado de Acreditação de Operadoras da ANS; ou	
	Certificado de Boas Práticas em Atenção à Saúde, vinculado ao PCBP/ANS. O Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, originalmente instituído pela Resolução Normativa - RN nº 277/2011 e atualmente regulamentado pela RN nº 507/2022, consiste em uma certificação de boas práticas voltada à qualificação da gestão organizacional e da gestão em saúde das operadoras. Seu objetivo é melhorar a qualidade dos serviços prestados, pelas operadoras de planos de saúde, promovendo uma melhor experiência para o beneficiário.	
	Esse Programa abrange quatro dimensões: ☐ Gestão Organizacional; ☐ Gestão da Rede Prestadora; ☐ Gestão em Saúde; e	
	☐ Experiência do Beneficiário. ☐ Essas dimensões cobrem todo o escopo de atuação de uma operadora de planos de saúde. Já o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde (PCBP) foi instituído pela Resolução Normativa nº 440/2018, sendo posteriormente, substituída pela RN nº 506/2022 (ANS, 2022a) Esse programa tem como objetivo induzir a melhoria, no setor de saúde suplementar, por meio de três eixos principais:	
	I - o acesso à rede prestadora de serviços de saúde; II - a qualidade da atenção à saúde; e III - a experiência do beneficiário. A referida Resolução também regulamentou a Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (CBP-APS) e previu, expressamente, a possibilidade de serem instituídas certificações em outras áreas de atenção e linhas de cuidado.	
	A segunda certificação regulamentada nesse contexto foi a Certificação em Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal - CBP - Parto Adequado, instituída pela RN nº 572/2023 (ANS, 2023). Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	
	· A existência de documento ou certificado vigente da operadora, referente à Acreditação ou Certificação concedida por entidade acreditadora reconhecida pela ANS, na data da avaliação para CBP-Atenção Oncológica. · No Portal da ANS a Lista de Operadoras com acreditadas ou certificadas conforme a regulamentação vigente. A ANS divulga em seu portal institucional a relação atualizada das Entidades Acreditadoras em Saúde reconhecidas, bem como das operadoras acreditadas ou certificadas em conformidade com as normativas vigentes.	



Referências Bibliográficas do Requisito 1.3: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Avanços da oncologia na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar. - Rio de Janeiro: ANS, 2014. 4,89 MB; ePUB. Disponível em: < https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/oncologia.pdf >. Acesso em: 23 out. 2024.		
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 405, de 9 de maio de 2016 . Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzI0OA== >. Acesso em 22 out. 2024.		
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede: A (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar . Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/documento-tecnico-oncorede.pdf >. Acesso em: 03 jul. 2025.		
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede: Análise dos dados do projeto-piloto de abril 2017 a abril 2018. 2019 . Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/relatorio-conclusivo-oncorede-pdf >. Acesso em 12 jun. 2024.		
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 510, de 30 de março de 2022 . Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS; revoga as Resoluções Normativas nº 405, de 09 de maio de 2016 e nº 421, de 23 de março de 2017, e dá outras providências.2022. Disponível em:< https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=429861 >. Acesso em: 03 jul. 2025.		
1.4 MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR Requisito direcionador para a avaliação da adoção de modelos inovadores de remuneração que apoiem um modelo de atenção qualificado, integrado, coordenado, centrado no paciente, com vistas a melhoria da qualidade do cuidado. Valor aqui considerado como desfechos clínicos e não clínicos que interessam aos pacientes. Para isso, o modelo de remuneração deve englobar, portanto, a pertinência e a coordenação do cuidado, o desempenho do prestador de serviços, a avaliação de desfechos e a experiência do paciente.		
1.4.1	A operadora adota modelo de remuneração que contempla componente de pagamento diferenciado para serviços de atenção oncológica indicados como participantes desta Certificação para indução da melhoria da qualidade. Interpretação:	Essencial
	As operadoras de planos de saúde remuneram seus prestadores de serviços de Atenção Oncológica indicados para participar desta Certificação de acordo com a negociação realizada e pactuada. O modelo de pagamento hegemônico no setor de saúde suplementar é o modelo fee-for-service, que desconsidera os resultados em saúde.	
	Entretanto, o pagamento por procedimento (<i>fee-for-service</i>) incentiva sobreutilização de procedimentos e, muitas vezes, a utilização de tecnologias desnecessárias, pois, tais ações garantem maior remuneração. Uma forma de reduzir este efeito do sistema é conjugá-lo ao pagamento por desempenho, que consiste em incluir incentivos para que o prestador busque atingir uma meta de qualidade.	
	Para implementação desse item, os critérios para escolha de incentivos financeiros e pactuação de metas devem estar orientados para avaliação da qualidade da Atenção Oncológica. Para isso, a operadora adota modelo de remuneração que contemple um componente de pagamento por performance (<i>pay-for-performance</i> ou P4P) atrelado aos resultados em saúde dos prestadores de serviços de saúde indicados como participantes da Certificação pactuados.	
	Para pontuar neste item, independente do modelo de remuneração adotado, podendo ser utilizado <i>fee for service, captation, bundle, Diagnosis-Related Groups - DRG</i> , dentre outros, a operadora deve incluir um componente de pagamento que considere a performance dos prestadores de serviços de saúde participantes da Certificação, relativo a resultados em saúde pactuados, mensurados por meio de indicadores de saúde.	
	Para cumprir o item, o serviço de saúde deve ser remunerado considerando seu desempenho em pelo menos um procedimento oncológico. Ex: cirurgia oncológica, quimioterapia, atendimento oncológico ambulatorial multiprofissional, etc.	
	Diferentes modelos de remuneração existentes podem contemplar um componente de pagamento ajustado, no qual os prestadores de serviços são remunerados de acordo com a performance, com base nas metas de qualidade pactuadas entre operadora e os prestadores de serviços de saúde. Assim, o pagamento por performance (<i>pay-for-performance</i> ou P4P) pode ser associado a diferentes modelos de remuneração.	



	Além de indicadores de estrutura e de processos, é essencial que a avaliação da performance considere indicadores relacionados ao resultado do cuidado em saúde. Os sistemas de informação em saúde, tradicionalmente, se voltam de modo prioritário para dados administrativos e de produtividade assistencial. Contudo, no contexto dos modelos de remuneração baseados em valor, os resultados em saúde também devem ser sistematicamente coletados, processados, analisados e considerados para efeito da estratégia remuneratória.	
	O modelo de remuneração, bem como os elementos considerados para a avaliação da performance e da qualidade do cuidado devem estar previstos em contrato ou documento similar, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada. Possíveis Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: · Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e serviços de saúde indicados como participantes da Certificação, contemplando componente de pagamento diferenciado relativo a resultados em saúde. · A utilização de incentivos financeiros que estimulem a melhoria dos resultados em saúde. · Evidências de remuneração poderão ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros.	

1.4.2	A operadora adota modelo de remuneração que contempla componente de pagamento diferenciado pelo envio regular de dados de qualidade e segurança do paciente pelos serviços de Atenção Oncológica indicados como participantes desta Certificação. Interpretação: As operadoras de planos de saúde remuneram de acordo com a negociação realizada e pactuada com os prestadores de serviços de saúde da rede.	Compler
	A operadora deve utilizar política de incentivos financeiros para os serviços de saúde participantes da Certificação para que realizem o envio regular de dados para o monitoramento e a avaliação dos resultados em saúde (<i>pay-for-reporting</i>). Para pontuar neste item, independente do modelo de remuneração adotado, deve ser contemplado um componente de pagamento ajustado, no qual os prestadores de serviços participantes da Certificação são remunerados pelo fornecimento de dados de qualidade e segurança do paciente.	
	Esta estratégia remuneratória busca incentivar os prestadores a relatar dados de qualidade e custos, recompensando-os pela completude do conjunto de informações fornecidas. A adoção de modelos de remuneração que estejam atrelados à qualidade em saúde passa pela necessidade de se incentivar a captação, produção, armazenamento, uso e disseminação de dados fidedignos, íntegros, relevantes e confiáveis.	
	Os dados são essenciais para o cálculo de indicadores e para a análise quantitativa e qualitativa do cuidado em saúde, seus desfechos e a experiência do paciente, apoiando a identificação de necessidades de melhorias e provendo a adoção das melhores práticas. Independentemente do tipo de dado que será coletado, deve ser estabelecido um plano que preveja aspectos como quem irá coletá-los e quando e onde serão coletados (LANGLEY et al., 2011).	
	A utilização de indicadores de mensuração de qualidade e de segurança do paciente é uma prática difundida na saúde e com recomendações internacionais. Portanto, o incentivo ao uso de indicadores para monitoramento da qualidade e da segurança do paciente pelos prestadores torna-se uma recomendação importante para melhorar a prestação de serviços em saúde.	
	Como é relevante a obtenção de dados e informações específicas sobre a Atenção Oncológica, a operadora deve verificar junto aos seus prestadores de serviços de saúde se essas informações estão disponíveis ou se é necessária alguma atividade para obtê-las. A remuneração diferenciada pelo envio regular de dados é importante para que o serviço de saúde possa contar com a logística necessária à coleta de dados, recursos humanos, capacitação, bem como para a (re)estruturação dos sistemas de informação.	
	Além de determinantes para o monitoramento e avaliação da qualidade do cuidado, os dados em saúde configuram insumo para viabilizar a adoção de modelos de pagamento baseados em valor em saúde. O modelo de remuneração pelo envio de dados, bem como o tipo de dado e a periodicidade de envio das informações devem estar previstos em contrato ou documento similar, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada.	
	Vale ressaltar, que o envio de dados deve seguir o recomenda a Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (Lei nº 13.709/2018). Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e serviços de Atenção Oncológica indicados como participantes da Certificação, contemplando componente de pagamento diferenciado pelo envio regular de dados de qualidade e segurança do paciente.	
	· A utilização de incentivos financeiros que estimulem o envio regular de dados de qualidade e segurança do paciente por meio de evidências de remuneração como contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, dentre outros. · A existência de sistema de informação da operadora pelo qual recepciona os dados enviados pelos serviços de saúde de Atenção Oncológica indicados para a certificação.	

1.4.3	A operadora adota modelo de remuneração que contempla componente de pagamento diferenciado por implementação de protocolos de segurança do paciente pelos serviços de Atenção Oncológica indicados como participantes desta Certificação. Interpretação:	Compler
	A operadora utiliza política de incentivos financeiros para os serviços de saúde participantes da Certificação que adotam protocolos de segurança do paciente. Protocolos e diretrizes clínicas sistematizam evidências científicas disponíveis, contribuindo para a gestão e para a tomada de decisão clínica. A temática da segurança do paciente encontra-se intrinsecamente relacionada à qualidade do cuidado em saúde e vem sendo amplamente referida e discutida pelos setores prestadores de serviços de saúde, pelas entidades de classe e pelos órgãos governamentais (SAMPAIO, 2014).	
	A remuneração a partir de um componente relativo à conformidade com adoção de padrões de qualidade e segurança do paciente pode favorecer a incorporação de boas práticas, com base em evidências científicas, contribuindo para melhores resultados em saúde.	
	Para efeito de cumprimento do presente item de verificação, deve ser considerada, minimamente, a adoção de incentivos financeiros para adesão aos seguintes protocolos estabelecidos como obrigatórios pelo Ministério da Saúde, por meio das Portarias GM/MS nº 529/2013, nº 1.377/2013 e nº 2.095/2013: ·Protocolo de Identificação do paciente.	
	·Prática de higiene das mãos. ·Segurança cirúrgica. ·Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. ·Prevenção de quedas dos pacientes. ·Prevenção de úlceras por pressão (UPP).	
	Esses protocolos são igualmente recomendados pela Organização Mundial de Saúde - OMS, quer nos desafios globais, quer nas chamadas soluções de segurança para o paciente. Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles (BRASIL, 2014). Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde, a que se se refere à RDC nº 36/2013da ANVISA (ANVISA, 2013).	
	O componente de pagamento diferenciado por adoção de protocolos de segurança favorecerá a capacitação de recursos humanos, a implementação da infraestrutura necessária e de sistemas de informação.	
	O modelo de remuneração, bem como o componente de pagamento devem estar previstos em contrato ou documento similar, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada. Possíveis Formas de Verificação de Evidências : A equipe de auditores poderá verificar:	
	·Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e prestadores de saúde indicados como participantes da Certificação, contemplando componente de pagamento diferenciado por adoção de protocolos de segurança do paciente previstos neste item de verificação. ·A utilização de incentivos financeiros que estimulem a utilização de protocolos de segurança do paciente. Como evidências de remuneração poderão ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros.	
1.4.4	A operadora adota modelo de remuneração que contempla componente de pagamento diferenciado atrelado a obtenção de Certificação ou Acreditação em programas de qualidade. Interpretação:	Compler
	Para induzir a melhoria da qualidade do cuidado, a operadora adota uma remuneração diferenciada, atrelada à obtenção de avaliações externas, como Acreditação ou Certificação.	
	Segundo a Organização Nacional de Acreditação (ONA, 2024), a acreditação é um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde. O processo de acreditação tem o potencial de influenciar a qualidade por meio de três mecanismos: coerência, adesão organizacional e ação coletiva de melhoria da qualidade. Fatores contextuais internos e externos também influenciam a experiência de acreditação de uma organização (Desveaux et al. 2017).	
	A acreditação é uma forma de avaliação externa de instalações ou organizações de saúde. No contexto dos cuidados em saúde, essa avaliação envolve um organismo externo que coleta dados objetivos, em conformidade com requisitos ou padrões predefinidos, para produzir uma análise que indique se a organização atingiu tais níveis.	
	A acreditação é um termo abrangente que inclui diversas atividades relacionadas, variando em escopo e escala. Ela se distingue de outras avaliações de serviços de saúde por ser uma avaliação externa, recorrente e independente, focada em padrões de qualidade, com resultados associados a recomendações e ações de melhoria da qualidade no nível organizacional (WHO, 2022). Possíveis Formas de Verificação de Evidências:	

	A equipe de auditores poderá verificar: ·Se a remuneração por procedimento prestado, praticado pela operadora, está acoplada a programas de incentivo para os prestadores, como as mensuradas através dos macroindicadores desta Certificação. ·A existência de contrato ou documento similar prevendo a remuneração prestadores de serviços de saúde conjuga com certificação ou acreditação em programas de qualidade.	
1.4.5	A operadora remunera os prestadores de serviços participantes desta Certificação por meio de modelos alternativos de acordo com o desempenho da qualidade assistencial. Interpretação:	Excelênc
	A maioria dos sistemas de saúde apresenta uma enorme variedade de metodologias de remuneração, dentre estes podemos destacar: pagamentos por episódio clínico ("<i>bundled payments</i>"), método de pagamento per capita ("<i>capitation</i>"). Cada método de remuneração de seus prestadores credenciados implica vantagens e desvantagens devendo ser ajustadas pelos resultados em saúde por meio de pagamento por desempenho ("<i>pay-for-performance</i>"), remuneração por economias geradas ("<i>shared savings</i>"), etc.	
	Estes métodos de remuneração podem ser utilizados de forma isolada ou combinada. O mais importante é que a escolha recaia no método ou combinação de métodos que implique em maior valor agregado ao paciente. Para tanto, é necessário o monitoramento da qualidade da rede assistencial da Atenção Oncológica, escolhendo o melhor método, que produza a melhoria esperada na qualidade assistencial ofertada aos beneficiários, por unidade de valor.	
	Para cumprimento desse item a operadora deve realizar pagamento por meio de modelo diferente do <i>fee for service</i>, ajustado pelo desempenho por meio de indicadores de qualidade da atenção à saúde. Possíveis Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: ·Se a operadora monitora seus prestadores e/ou sua rede própria, com base em indicadores de qualidade da assistência. Verificar se o método de remuneração dos prestadores e/ou sua rede própria contempla os resultados do monitoramento da qualidade dos serviços prestados. ·A existência de contrato ou documento similar prevendo a remuneração que conjugue o monitoramento da qualidade da rede assistencial a modelos alternativos de remuneração.	
1.4.6	A operadora possui plataforma de Tecnologia da Informação que permite a integração dos dados assistenciais e de custos, subsidiando a adoção de modelos de remuneração baseados no ciclo do cuidado . Interpretação :	Excelênc
	A operadora deve possuir plataforma de Tecnologia da Informação que possibilite a integração dos dados assistenciais e de custos, fornecendo subsídios para a formulação e incorporação de modelos de remuneração relativos ao ciclo do cuidado, com base na geração de valor na atenção à saúde.	
	Michael Porter e Thomas Lee (2013) trabalham o conceito de Agenda Estratégica de Valor, formulada no contexto dos Modelos de Remuneração de Atenção à Saúde Baseados em Valor. A agenda estratégica para progredir rumo a sistemas de atenção à saúde com entregas de valor tem seis componentes interdependentes e que se reforçam mutuamente.	
	Dentre os elementos da agenda de valor, destaca-se aqui a existência de plataforma de Tecnologia da Informação (TI), já que os demais componentes da agenda de valor são viabilizados por uma plataforma de tecnologia da informação de suporte, que possibilite alavancar a implementação de Modelos de Remuneração de Atenção à Saúde Baseados em Valor. Entre os atributos dessa plataforma de TI devem conter:	
	·Definição comum dos dados. ·Integração dos dados assistenciais e de custo. ·Interoperabilidade entre os diferentes prestadores envolvidos.	
	·Dados do ciclo completo do cuidado. ·Arquitetura que permita a extração das métricas de processo, custo e desfecho. Historicamente, sistemas de TI de atenção à saúde são segmentados por departamento, localidade, tipo de serviço e tipo de informação (por exemplo, imagens). O tipo ideal de sistema de TI pode ajudar a integrar processos, viabilizando novas abordagens sobre mensuração e reembolso, e integrando as partes de um sistema de entrega bem estruturado.	
	A operadora deve, portanto, adotar uma plataforma digital que permita a coleta de informação de dados clínicos, desfechos e custos. Além disso, é necessário integrar e capturar informações dos diversos sistemas que conectam pacientes, equipe assistencial e prestadores ao longo do ciclo de cuidado. A interoperabilidade é, portanto, um fator chave para o sucesso na gestão das informações em saúde (MAK VALOR, 2022).	
	Se necessário, a operadora deve apoiar a rede prestadora para que os sistemas de informação em saúde adotados sejam compatíveis e possibilitem a integração dos dados no âmbito da plataforma de TI. A forma de uso e envio de dados deverá ser estabelecida em contrato ou documento similar firmado entre a operadora e os serviços de saúde indicados a participarem da Certificação, respeitadas as regras da LGPD. Os contratos ou documentos similares devem ser estabelecidos entre a operadora e os serviços de Atenção Oncológica, independentemente de serem integrantes da rede própria, contratada ou referenciada.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A análise desse item deve considerar evidências da adoção de plataforma de Tecnologia da Informação pela operadora, que permita a integração das informações assistenciais e de custos, com base no ciclo do cuidado.	

	A equipe de auditores poderá verificar: ·a operadora tem um plano de ação com a rede assistencial para coleta de indicadores na Atenção Oncológica, assim como a identificação dos recursos tecnológicos e humanos necessários para esse fim. Comprovam essa prática: ·a extração de relatório gerencial com dados estruturados relativos às métricas de processo, custo e desfecho, gerado a partir da plataforma de TI.	
Referências Bibliográficas do Requisito 1.4:		
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018 . o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência Saúde. Rio de Janeiro 2019. Anexo IV. Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2MQ>. Acesso em: 02 jul. 2025.		
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013 . Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Publicada em DC 143, de 26 de julho de 2013. Seção I, p.32-33. Disponível em: < https://saude.df.gov.br/documents/37101/76752/Resolu%C3%A7%C3%A3o+RDC+n%C2%BA+36_2013_Institui+a%C3%A7%C3%B5es+para+a+seguran%C3%A7a+do+paciente+em+servi%C3%A7os+de+sa%C3%BAde.pdf/ece27b-f411-899b-af3736ed7388#:~:text=Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20MS%20Ag%C3%Aancia%20Nacional%20de,em%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs >. Acesso em 03 jul. 2025.		
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 , de 10 de abril de 2013 . Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União n. 62, seção 1, p.72, 31/05/13. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 01 jul. 2025.		
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013a . Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em 03 jul. 2025.		
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095 , de 24 de setembro de 2013b . Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em 20 jun. 2024.		
BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 . Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União, Brasília, 15 ago. 2018. Disponível em:< https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm>. Acesso em: 03 jul. 2025.		
DESVEAUX, L. et al. Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: A grounded theory approach. International Journal of Quality Health Care . V, 29, n.7, p.941-994, 2017. Disponível em:< https://academic.oup.com/intqhc/article/29/7/941/4555279?login=false> Acesso em: 13 jun. 2024.		
LANGLEY, G. J. et al. Modelo de melhoria : uma abordagem prática para melhorar o desempenho profissional. Mercado de Letras, 1ª ed. Campinas, SP, 2011.		
MAK VALOR. Sobre value-based health care. Agenda de Valor . Disponível em: <https://makvalor.com/>. Acesso em 20 jun. 2024.		
ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). O que é acreditação? . 2024. Disponível em: <https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao>. Acesso em: 20 jun. 2024		
PORTER, ME, LEE, TH. "The Strategy That Will Fix Health Care. Harvard Business Review , 91, no. 10 (October 2013): 5-12. Disponível em: <https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=45614>. Acesso em: 20 jun. 2024.		
SAMPAIO, K. R. et al. Segurança na assistência ao paciente : Uma revisão integrativa da literatura. Seminário Internacional de Integração pesquisa, ensino e serviço do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde UECE/CE/Brasil e do Programa de Pós-graduação em Investigação em Ciências Sócio Sanitárias UCAM/Murcia/Espanha. Universidade do Estado do Ceará, 2014.		
World Health Organization (WHO). Health care accreditation and quality of care : exploring the role of accreditation and external evaluation of health care facilities and organizations. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055230>. Acesso em: 13 jun. 2024.		

1.5 EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS		
Requisito que avalia o processo contínuo de educação e desenvolvimento dos profissionais que atuam na Atenção Oncológica. Avalia os esforços da operadora e de sua rede assistencial em manter as equipes em um constante processo educativo, com a finalidade de aprimorar e desenvolver competências e habilidades, favorecendo a melhoria da qualidade do cuidado.		
1.5.1	A operadora oferece capacitação para seus colaboradores responsáveis pela recepção, processamento e análise das informações em saúde . Interpretação:	Essencial
	A operadora deve oferecer capacitação anual para seus colaboradores responsáveis pelo processo de recepção, processamento e análise das informações em saúde. A informação em saúde é estratégica para a decisão clínica e gerencial, para o apoio à pesquisa e formação profissional, e é considerada critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho.	
	O registro e a consulta adequada das informações em saúde são partes relevantes da rotina assistencial e de gestão. Ao oferecer treinamento sobre o tema para seus profissionais, a operadora favorece a compreensão do atendimento realizado e aprimora a continuidade e a segurança do cuidado prestado. Vale ressaltar que todo o processo de recepção, processamento e análise das informações em saúde deve ser realizado consonância com a Lei Geral de Proteção a Dados (LGPD).	

	A capacitação deve ter periodicidade mínima anual, podendo ser realizada de forma presencial ou à distância. A definição da periodicidade e da carga horária deve constar no Plano Estruturado e levar em consideração aspectos como a rotatividade e a entrada de novos profissionais, eventos adversos, situações epidemiológicas e sanitárias, evolução do conhecimento científico, desenvolvimento de novos sistemas de informação, novas práticas assistenciais em oncologia e a publicação de normatizações.	
	Sugestão de temas a serem abordados: ·Princípios de proteção de dados pessoais. ·Bases legais para o tratamento de dados pessoais. ·Direitos dos titulares. ·Agentes do tratamento.	
	·Obrigações dos agentes de tratamento. ·Segurança da informação. ·Boas práticas e governança. ·Marco normativo. ·Regulação setorial	
	·Conceitos da LGPD. ·Ciclo de vida dos dados no setor de saúde. ·Proteção de dados. ·Avaliação de riscos e mapeamento dos dados. ·Políticas e procedimentos.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·A existência de comprovação da capacitação (presencial ou à distância), por meio de documento (físico ou digital) com período de realização; carga horária; conteúdo programático; nome e formação do instrutor/instituição promotora; nome dos profissionais capacitados; notas fiscais; listas de presença; relatórios e certificados.	
1.5.2	Os serviços de atenção oncológica indicados como participantes desta Certificação realizam educação permanente das equipes de profissionais. Interpretação:	Essencial
	Os serviços de Atenção Oncológica indicados como participantes desta Certificação devem realizar educação permanente de suas equipes para Atenção Oncológica, de acordo com as especificidades de atuação de cada serviço e categoria profissional. Devem ser abordados temas de acordo com a categoria profissional e especificidades, abordando ao menos os seguintes temas:	
	·Prevenção e fatores de risco. ·Detecção precoce. ·Sinais e sintomas. ·Diagnóstico. ·Classificação e estadiamento.	
	·Tratamento. ·Nutrição oncológica ·Segurança do paciente. ·Acompanhamento pós-tratamento. ·Aspectos psicossociais do paciente com câncer.	
	·Cuidados paliativos. ·Cuidados de fim de vida. A educação permanente diz respeito à continuidade da formação inicial visando o aperfeiçoamento profissional. Consiste em ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho e tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.	
	Para assegurar que os serviços de saúde oncológicos indicados (hospitais, clínicas e laboratórios especializados) atendam a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os citados serviços participantes desta Certificação, independentemente do serviço de saúde ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · Os contratos ou documentos similares entre a operadora e os serviços de Atenção Oncológica indicados como participantes da Certificação, prevendo o treinamento das equipes de profissionais e a adoção de protocolos clínicos mencionados no presente item de verificação.	



1.5.3	A operadora capacita profissionais da sua Central de Atendimento para orientar beneficiários com dúvidas sobre as regras de atendimento da operadora sobre Atenção Oncológica. Interpretação: A operadora deve manter, em sua Central de Atendimento, prevista no item de verificação 1.1.8, profissionais treinados para fornecer informações para os beneficiários sobre regras de atendimento na Atenção Oncológica.	Complementar
	Os profissionais da Central de Atendimento devem ser capacitados para estarem aptos a prestar esclarecimentos sobre aspectos como cobertura assistencial em oncologia, carência de procedimentos oncológicos e rede assistencial em oncologia, por exemplo. Além disso, a Central de Atendimento deverá estar capacitada para orientar aos beneficiários quanto à existência de informações sobre Atenção Oncológica no portal da operadora e nos aplicativos para dispositivos móveis, direcionar o beneficiários quando necessário para a Central de Atendimento específica para questões de saúde (de que trata o item 2.1.13), se houver.	
	A capacitação deve ter periodicidade mínima semestral, podendo ser realizada de forma presencial, à distância, com material didático claro, atualizado. A definição da periodicidade e da carga horária deve considerar aspectos como a rotatividade e entrada de novos profissionais nas equipes, situações epidemiológica ou sanitárias, novas coberturas obrigatórias, diretrizes de utilização e nova publicação de normatizações.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·A existência de comprovação da capacitação (presencial ou à distância), por meio de documento (físico ou digital) com período de realização, carga horária, conteúdo programático contemplando o roteiro da Unidade de Resposta Audível (URA); nome e formação do instrutor/instituição promotora; nome dos profissionais capacitados; notas fiscais; listas de presença; relatórios e certificados.	
1.5.4	A operadora oferece programas de atualização e aperfeiçoamento em Atenção Oncológica para os profissionais das equipes multiprofissionais de sua rede de Atenção Oncológica indicadas para esta Certificação. Interpretação:	Excelência
	A operadora deve oferecer programas de atualização e aperfeiçoamento dos profissionais das equipes multiprofissionais de sua rede de Atenção Oncológica indicadas para esta Certificação. Para realização dos programas de atualização e aperfeiçoamento, a operadora deverá realizar pactuação com os estabelecimentos de saúde. Para a implementação, a operadora poderá estabelecer parcerias com instituições de ensino e pesquisa ou universidades, de modo a estimular a adesão a programas de atualização e aperfeiçoamento dos profissionais das equipes de sua rede assistencial de Atenção Oncológica.	
	As atividades de autodesenvolvimento e aprendizagem das equipes multiprofissionais incluem oportunidades de ensino e treinamento dentro ou fora dos serviços de saúde. Para o estabelecimento dos programas de aperfeiçoamento e capacitação, deve-se considerar: a identificação e reconhecimento prévio das capacidades e áreas a serem melhoradas; e relacionar as tarefas e objetivos de aprendizagem com a metas estabelecidas. Tais parcerias com Instituições de ensino devem ser efetivadas por meio de acordos formais entre as instituições.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·Se as parcerias estão previstas e detalhadas no Plano Estruturado citado no item 1.1.1. ·Os acordos firmados com as instituições de ensino reconhecidas pelo Ministério da Educação. ·A pactuação da operadora com os prestadores de serviços indicados para participar desta Certificação.	
Referências Bibliográficas do Requisito 1.5: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro 2019. Anexo IV. Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2MQ>. Acesso em: 02 jul. 2025. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.348, de 2 de junho de 2022. Dispõe sobre as ações e serviços de Tele saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://brasil.gov.br/publicacoes/legislacao/2022/06/portaria1348.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2025. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5. 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em: 03 jul. 2025.		



1.6 EXPERIÊNCIA DO BENEFICIÁRIO Requisito direcionador relativo ao conhecimento do nível de satisfação do beneficiário com a experiência de cuidado ofertada pela operadora na Atenção Oncológica. A experiência do beneficiário é a soma de todas as suas interações com a operadora e sua rede prestadora de serviços, durante toda a Atenção Oncológica.		
1.6.1	A Operadora pactua com os Serviços de de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Certificação a utilização de modelo de Plano de Cuidado Individualizado que contemple a decisão compartilhada com o paciente. Interpretação:	<i>Essencial</i>
	Para cumprimento deste item, a operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial a utilização de modelo de Plano de Cuidado Individualizado que contemple a decisão clínica compartilhada com o paciente. O Plano de Cuidado corresponde ao planejamento de um conjunto de ações organizadas e deliberadas da atenção à saúde, baseadas em evidências entre diferentes profissionais envolvidos no tratamento de uma determinada doença, para facilitar a adequada prestação do cuidado e deve conter rotinas e metas a serem atingidas (Smith et al., 2004; Mendes, 2012).	
	Assim, o Plano de Cuidado Individualizado pretende ser a garantia de que o paciente tenha assistência segura, completa e correta, existindo uma padronização dos planos de cuidados, baseada em evidências científicas, para cada situação. O plano deve ser personalizado para cada paciente, adaptado às suas necessidades de saúde.	
	No tratamento do câncer, o Plano de Cuidado Individualizado é a descrição da estratégia terapêutica, que é proposta a um paciente após o diagnóstico e a discussão realizada por todos os especialistas de saúde envolvidos. Deve fornecer detalhes sobre: ·O(s) tratamento(s) a ser realizado(s). ·A duração prevista.	
	·O local e horário em que o(s) tratamento(s) deve(m) ser administrado(s). A proposta deve ser discutida com o paciente durante a consulta em um processo de decisão compartilhada, para a definição de uma meta de cuidado. O Plano de Cuidado Individualizado deve considerar a decisão compartilhada, um processo colaborativo que permite que os pacientes e/ou seus responsáveis e equipe de saúde, tomem decisões de saúde em conjunto, levando em conta as melhores evidências científicas disponíveis, bem como os valores, objetivos e preferências do paciente.	
	Ao longo do percurso terapêutico, o Plano de Cuidado Individualizado pode ser adaptado ou interrompido de acordo com a do paciente aos tratamentos e sua eficácia e também de acordo com a evolução da doença.	
	Os planos de cuidado devem ser abrangentes e integrados a todas as ações necessárias, que devem ser coordenadas ao longo do percurso assistencial do paciente na rede. Ademais, os serviços devem contar com fluxo estabelecido para o esclarecimento e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	
	Para pacientes com mais de 60 anos, o plano de cuidados deverá apresentar a estratificação de risco atualizada para a pessoa idosa e o instrumento utilizado para a estratificação, a fim de possibilitar o planejamento do cuidado mais adequado à pessoa idosa e as orientações necessárias para cuidadores e/ou familiares.	
	O serviço de I de Atenção Oncológica Ambulatorial indicado para participar desta Certificação deve ter entre as diretrizes para a constituição do modelo de Plano de Cuidado Individualizado , a previsão da decisão compartilhada com o paciente como pilar da atenção à saúde oncológica e deve constar nos programas de educação continuada.	
	A operadora deverá realizar visita técnica anual, presencial ou à distância, para avaliar os critérios estabelecidos neste item. A operadora deve estabelecer nos contratos ou documentos similares a previsão de adoção de modelo de Plano de Cuidado Individualizado com a inclusão da decisão clínica compartilhada pelos serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta certificação. Deve prever ainda, a existência do tema nos programas de educação continuada nos serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: · Os modelos de Plano de Cuidado Individualizado pactuados entre a operadora e os serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial a previsão da decisão compartilhada. · As cláusulas contratuais ou de documentos similares a previsão de educação permanente do serviço de de Atenção Oncológica Ambulatorial que preveja decisão compartilhada.	



1.6.2	A Operadora avalia a satisfação de todos os beneficiários que realizaram procedimentos nos serviços de Atenção Oncológica indicados na presente Certificação . Interpretação:	<i>Essencial</i>
	A operadora avalia a satisfação sobre a atenção oncológica prestada junto a todos os beneficiários que realizaram procedimentos cobertos pela operadora nos serviços de Atenção Oncológica indicados para a presente Certificação, por meio da metodologia NPS (<i>Net Promoter Score</i>).	
	O NPS é uma métrica com o objetivo de mensurar a satisfação de clientes desenvolvida para avaliar o grau de fidelidade e a lealdade dos relacionamentos, sendo uma ferramenta prática que funciona como um indicador para verificar a quantidade de clientes satisfeitos e insatisfeitos. A avaliação da satisfação dos beneficiários visa trazer insumos para a operadora aprimorar a prestação de serviços por meio de ações de melhoria contínua da qualidade.	
	Além disso, todas as empresas procuram crescer, e o crescimento sustentável ocorre mais frequentemente quando os beneficiários que se relacionam com a empresa contam suas experiências positivas para amigos e familiares - ou seja, quando seus clientes se apresentam dispostos a recomendar a empresa para outra pessoa.	
	Assim, um beneficiário satisfeito será promotor da operadora e quanto mais beneficiários satisfeitos, mais promotores a operadora terá. Logo, é uma maneira de verificar a fidelidade e a satisfação de um beneficiário, e, no caso específico, a sua satisfação com a Atenção Oncológica realizada através da operadora. A pergunta a ser formulada é a seguinte: em uma escala de 0 a 10, sendo 0 = não recomendaria e 10 = certamente recomendaria, quais as chances de você recomendar o seu plano de saúde para outros paciente no que se refere ao cuidado e tratamento do câncer.	
	Este item de verificação tem como objetivo estudar a possibilidade de recomendação da operadora de planos de saúde para outros pacientes.	
	A pesquisa deverá ser realizada até 2(duas) semanas após a realização de qualquer procedimento oncológico indicado e deverá abordar todos os pacientes que tenham realizado procedimentos oncológicos nos serviços de saúde indicados na presente certificação. A participação na pesquisa deverá ser livre e de acordo com exclusiva deliberação do paciente, sem a interferência direta e/ou indireta de qualquer outra parte ou de qualquer outro fato. Também são vedados incentivos e/ou brindes ou qualquer outra vantagem, uma vez que poderiam enviesar os resultados obtidos.	
	A aplicação da pesquisa poderá ser realizada diretamente pela operadora ou por empresa especializada em pesquisa, contratada sob a responsabilidade da operadora. Os resultados apurados deverão considerar o período de 12 meses e deverão constar em relatório anual elaborado contendo as notas médias seguindo a seguinte escala de classificação:	
	·Excelente - NPS entre 75 e 100. ·Muito bom - NPS entre 50 e 74. ·Razoável - NPS entre 0 e 49. ·Ruim - NPS entre -100 e -1.	
	O relatório contendo os resultados deverá contemplar os seguintes itens mínimos: ·Forma de coleta de dados: se presencial ou à distância (por exemplo: telefone, SMS, aplicativo de mensagem, formulário na internet com <i>login</i> em área restrita do beneficiário, etc.). ·Taxa de respondentes: correspondente à razão do número de beneficiários que responderam sobre o número total de beneficiários que realizaram procedimento oncológico coberto pela operadora nos serviços de saúde indicados para esta certificação.	
	·Distribuição da quantidade de beneficiários que: ☐ aceitaram participar da pesquisa. ☐ não aceitaram participar da pesquisa. ☐ não localizados (por exemplo: não foi possível localizar o beneficiário - o telefone não atendeu ou o telefone/e-mail/endereço não é do beneficiário);	
	☐ outros - demais classificações não especificadas anteriormente (por exemplo: o beneficiário é incapacitado de responder). ·Ciência expressa pela alta direção acerca da realização da avaliação e dos resultados encontrados. O registro dos resultados apurados visa gerar melhores insumos para o aprimoramento das ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços de Atenção Oncológica ofertados pela operadora.	





	A operadora deve pactuar com sua rede de Atenção Oncológica indicada para a certificação a troca de informações para posterior busca ativa dos pacientes atendidos para avaliação da satisfação por meio do NPS considerando o disposto na LGPD. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências : Realização de ligações, por amostragem, para indagar os beneficiários confirmando a participação deles na pesquisa.	
	A equipe de auditores poderá verificar: ·A existência de relatório contendo os resultados apurados. ·<i>Dologin</i> de acessos caso a pesquisa tenha sido realizada por formulário eletrônico em uma área específica de beneficiários, com identificação por <i>logine</i> senha. ·Da existência de contrato entre a operadora e a empresa terceirizada especializada em pesquisa.	
1.6.3	A operadora publica o resultado da avaliação de satisfação de todos os beneficiários que realizaram procedimentos nos serviços de Atenção Oncológica indicados na presente Certificação. Interpretação:	Complementar
	A operadora deverá publicar em seu portal os resultados obtidos na avaliação dos beneficiários que realizaram procedimentos nos serviços de Atenção Oncológica indicados na presente Certificação, referenciada no item 1.6.2, por meio do NPS.	
	O valor publicado deverá ser o resultado apurado no período de 12 meses (conforme estabelecido no item 1.6.1) e vir acompanhado da seguinte escala de classificação: ·Excelente - NPS entre 75 e 100. ·Muito bom - NPS entre 50 e 74.	
	·Razoável - NPS entre 0 e 49. ·Ruim - NPS entre -100 e -1. Ao publicar os resultados a operadora contribui para a diminuição da assimetria de informações e torna público o grau de satisfação dos beneficiários que realizaram procedimentos nos serviços de Atenção Oncológica indicados nesta Certificação. Os resultados deverão ser publicados no portal da operadora, na página referente às informações relativas à Atenção Oncológica.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·As evidências que comprovem a divulgação dos resultados obtidos na avaliação dos beneficiários que realizaram procedimentos nos serviços de Atenção Oncológica indicados na presente certificação de forma clara e objetiva, em local de destaque e de fácil acesso no portal da operadora na internet, na página referente às informações relativas à Atenção Oncológica.	
1.6.4	A Operadora obtém resultado considerado "Excelente" na questão estabelecida no item 1.6.2: " quais as chances de você recomendar o seu plano de saúde para outros paciente no que se refere ao cuidado e tratamento do câncer? " Interpretação:	Excelência
	Para pontuar no presente item de verificação, a operadora deverá obter resultado considerado "Excelente" na questão: " quais as chances de você recomendar o seu plano de saúde para outros paciente no que se refere ao cuidado e tratamento do câncer?", estabelecida no item 1.6.2. O valor a ser considerado é o NPS apurado no item 1.6.2 e publicado de acordo com o item 1.6.3.	
	Será considerado como resultado "Excelente" a operadora que obtiver NPS entre 75 e 100, o que representa uma alta satisfação e fidelização dos beneficiários com seu plano de saúde no que se refere ao cuidado prestado na Atenção Oncológica da presente Certificação. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·se, além do já estabelecido no item 1.6.1 a Operadora obteve o resultado estabelecido na interpretação do presente item.	
Referências Bibliográficas do Requisito 1.6: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 507, de 9 de março de 2020 . Dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Disponível em:< https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/acreditacao-de-operadoras-1 >. Acesso em: 03 jul. 2025. MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde : o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. Disponível em: < https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/livro_cronicas.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2025. SMITH S, BURY G, O'LEARY M, SHANNON W, TYNAN A, STAINES A, THOMSON C. The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. Fam. Pract . 2004; 21: 39-45. Disponível em: < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14760042/>. Acesso em: 03 jul. 2025.		

DIMENSÃO 2 - LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE MAMA A Dimensão 2 tem por objetivo avaliar a operadora em relação à definição, organização e implementação da Linha do Cuidado do Câncer de Mama em todo o ciclo do cuidado		
2.1 Organização e Estruturação Técnica da Operadora na Linha de Cuidado Câncer de Mama Este requisito tem como objetivo avaliar a organização técnica da operadora e de sua rede prestadora de serviços oncológicos para oferecer um cuidado integral e de qualidade aos pacientes na Linha de Cuidado do Câncer de Mama.		
2.1.1	A operadora estabelece um capítulo específico no Plano Estruturado detalhando a Linha de Cuidado do Câncer de Mama. Interpretação:	Essencial
	No Plano Estruturado, a operadora deverá informar quais as Linhas de Cuidado serão abordadas na Certificação. Caso a Linha de Cuidado do Câncer de Mama seja priorizada, deverá ser elaborado um capítulo específico sobre o tema. Esse capítulo deve detalhar a organização das ações para a implementação da referida linha de cuidado, sendo desenvolvido por uma equipe multiprofissional de saúde. O documento deverá funcionar como um instrumento de gestão, servindo de guia para a implementação e a qualificação da atenção ao câncer de mama na operadora. O capítulo específico deverá conter, no mínimo, os seguintes conteúdos sobre a Linha de Cuidado do Câncer de Mama.	
	☐ Objetivos da Linha de Cuidado; ☐ Justificativa Técnica para implementação da Linha de Cuidado; ☐ Cobertura assistencial prevista pela operadora (a cobertura mínima obrigatória para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama está definida no item 2.1.2 deste requisito); ☐ Estratégias de ação para:	
	☐ o Promoção da Saúde; ☐ o Prevenção do Câncer de Mama; ☐ o Detecção Precoce; ☐ Rastreamento de acordo com o protocolo estabelecido nesta linha de cuidado; e ☐ Diagnóstico precoce.	
	☐ o Diagnóstico; ☐ o Estadiamento; ☐ o Tratamento e Reabilitação; ☐ o Cuidados Paliativos; e ☐ o Cuidados de Fim de Vida.	
	☐ Os serviços de saúde de atenção oncológica indicados para participar desta certificação na Linha de Cuidado do Câncer de mama. As ações previstas na Linha de Cuidado do Câncer de Mama devem considerar o cuidado integral e coordenado ao longo de toda a jornada da paciente. Observa-se que este Plano estruturado e seu conteúdo devem ser atualizados conforme as evidências científicas disponíveis e as recomendações de Diretrizes Clínicas ou Protocolos Terapêuticos específicos sempre que necessário.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A existência documentada do capítulo específico para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama no Plano Estruturado. O documento deve estar disponível tanto na sede da operadora (em meio físico e digital) como nas suas diferentes unidades, caso existam (em meio físico e/ou digital).	
2.1.2	A Operadora estabelece o número de beneficiárias para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama de acordo com a cobertura mínima estabelecida. Interpretação A cobertura populacional mínima para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama deve considerar a estimativa de incidência da doença no Brasil, bem como a população de mulheres da carteira de beneficiárias da operadora.	Essencial
	De acordo com o INCA (2022), o número estimado de casos novos de câncer de mama para cada ano do triênio de 2023 a 2025 foi de 73.610, com uma taxa de incidência estimada de 66,54 casos novos a cada 100 mil mulheres para 2023. Desse modo, a cobertura mínima obrigatória para esta Linha de Cuidado deve ser ajustada a cada auditoria de certificação, utilizando como parâmetro a última estimativa de incidência média nacional de câncer de mama divulgada pelo INCA e a última atualização dos dados da operadora no SIB (Sistema de Informações de Beneficiários) disponíveis na Sala de Situação no portal da ANS.	
	O estabelecimento de uma cobertura mínima obrigatória para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama busca garantir que as boas práticas padronizadas neste manual alcancem um número significativo de beneficiárias, promovendo um impacto positivo no cuidado prestado às pacientes com câncer de mama pelas operadoras, assim justificando a obtenção de um selo de qualidade nesta área de atenção.	

Para esclarecer a regra para o estabelecimento da cobertura mínima obrigatória, foi utilizada, a título ilustrativo, a estimativa mais atual divulgada pelo INCA no Documento <i>-Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil</i>(INCA, 2022) e o número de beneficiárias por operadora obtido por meio do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB referente ao ano de 2023, extraído em abril de 2024. A estimativa mais recente de incidência para o câncer de mama para o ano de 2023, divulgada pelo INCA, foi de 66,54 casos novos a cada 100 mil mulheres no país.								
Considerando os dados disponíveis no Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS, existiam 678 operadoras do seguimento Médico Hospitalar com registo ativo na ANS e com beneficiários ativos na carteira. De acordo com o SIB de abril de 2024, referente a julho de 2023, o número de mulheres em operadoras variou de 10, em operadoras muito pequenas, até 3,8 milhões de mulheres na maior operadora do setor (ANS, 2024). De acordo com o SIB, em 2023, 93% das operadoras do segmento Médico Hospitalar tinham até 100 mil mulheres em suas carteiras e apenas 7% das operadoras contavam com mais de 100 mil mulheres SIB/ANS, abr. 2024. (ANS,2024)								
A cobertura mínima para esta Linha de Cuidado deverá ser calculada da seguinte maneira: · Para os itens de verificação relacionados à promoção da saúde - letramento em saúde e prevenção do câncer de mama, a regra para o estabelecimento da cobertura mínima será calculada com base no percentual do número total de mulheres da carteira de beneficiários da operadora. · Para os itens de verificação referentes ao rastreamento, a regra para o estabelecimento da cobertura mínima será calculada com base no percentual do número de mulheres da população alvo da carteira de beneficiários da operadora.								
· Para os itens de verificação referentes , ao diagnóstico, ao tratamento e ao seguimento, será utilizado um percentual baseado na estimativa de casos novos e casos em seguimento. Na ocasião da auditoria de certificação, deverá ser calculada a cobertura mínima com base na última estimativa de incidência para o câncer de mama publicada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA).								
Para facilitar o entendimento, a regra de cobertura obrigatória está sendo ilustrada, a seguir, com exemplos de operadoras, considerando o número de beneficiárias registradas no SIB. Os dados utilizados na tabela a seguir referem-se ao ano de 2023. Tabela com Regra da Cobertura Mínima Obrigatória para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama.								
	N° de operadoras	% de operadoras	N° de mulheres	Casos novos por 100mil/ano	Cobertura mínima: Promoção da Saúde - Letramento em Saúde e Prevenção	Cobertura mínima: Rastreamento populacional do Câncer de Mama	Cobertura mínima: Diagnóstico; Tratamento, incluindo AD e Cuidados	
							Paliativos e Seguimento	
	631	93%	Até 100 mil	Até 66,54 casos novos	90% das mulheres da Carteira	70% das mulheres na população-alvo da carteira	75% dos casos novos (até 50 casos novos) 75% dos demais casos em seguimento	
	39	5,75%	Acima de 100 mil a 500 mil	de 67 a 332 casos novos	85% das mulheres da Carteira	65% das mulheres na população-alvo da carteira	70% casos novos (de 47 casos a 232 casos novos) e 70% dos demais casos em seguimento	
	2	0,29%	Acima de 500 mil a 1 milhão	De 333 a 665 casos novos	80% das mulheres da Carteira	60% das mulheres na população-alvo da carteira	70% casos novos (de 233 a 465 casos novos) e 70% dos demais em seguimento	
	6	0,88%	Acima de 1 milhão até 4 milhões	De 666 a 2.532 casos novos	70% das mulheres da Carteira	60% das mulheres na população-alvo da carteira	70% casos novos (de 466 a 1.732 casos novos) e 70% dos demais casos em seguimento	

	Fonte: SIB/ANS. abril de 2024 Ressalta-se que o cumprimento da cobertura mínima para essa Linha de Cuidado deve considerar: ▣ As ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de mama se referem ao requisito 2.2 deste manual; ▣ As ações de rastreamento populacional do câncer de mama se referem ao requisito 2.3 - item de verificação 2.3.2 deste manual ▣ As ações de Diagnóstico; Tratamento, incluindo AD e Cuidados Paliativos e de Fim de Vida e Seguimento - se referem aos requisitos: 2.4; 2.5; 2.6 e 2.7.	
	▣ Toda a organização prevista no requisito 2.1 deve ser desenvolvida com vistas ao cumprimento da cobertura obrigatória prevista neste item de verificação. Desse modo, para cumprir este item de verificação a operadora deve incluir o número de mulheres de acordo com a cobertura mínima estabelecida nas ações previstas neste manual e deve indicar os serviços de atenção oncológica com capacidade para atender à cobertura mínima, considerando a localização geográfica, as especificidades dos serviços e o previsto em cada item de verificação deste Manual. Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: ·O alcance das ações de Promoção da Saúde e Prevenção do câncer de mama, incluindo ações de educação e letramento em saúde, de acordo com os itens de verificação estabelecidos neste Manual em relação a cobertura mínima estabelecida. ·O número de mulheres que realizaram o rastreamento do câncer de mama de acordo com o protocolo previsto neste manual e a compatibilidade com a cobertura mínima estabelecida.	
	·O monitoramento do macroindicador de rastreamento com mamografia. ·O resultado do indicador de rastreamento com mamografia. ·O número de mulheres da carteira da operadora com câncer de mama atendidas nos serviços de atenção oncológica indicados para participar desta Linha de Cuidado por meio de sistema de monitoramento em saúde, além de faturas, sistema de contas médicas, entre outros.	
2.1.3	A Operadora estabelece a relação de prestadores de serviços da rede de Atenção Oncológica indicados para participar da Linha de Cuidado do Câncer de Mama. Interpretação:	Essencial
	Para assegurar a cobertura populacional mínima e a integração da rede, a operadora deverá indicar no Plano Estruturado a relação dos serviços da rede de atenção oncológica indicados para participar da Linha de Cuidado do Câncer de Mama.	
	Os serviços de saúde indicados devem ser registrados de acordo com o modelo de "Formulário de Especificação de Rede de Atenção Oncológica para Certificação da Operadora", disponível no capítulo XI deste Manual. Devem ser especificadas as seguintes informações relativas aos serviços indicados: ·Linha de Cuidado. ·Tipo de Serviço:	
	▣ Nome Fantasia. ▣ Razão Social. ▣ Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ. ▣ Cadastro Nacional de Estabelecimento - CNES. ▣ Município e Unidade da Federação (UF).	
	Caso o Serviço funcione dentro de outro Estabelecimento de Saúde, essa informação deve ser especificada. Por exemplo, no caso de um serviço de Atenção Oncológica Ambulatorial funcionar anexo ao hospital, com o mesmo CNPJ e CNES, a operadora deverá informar no formulário que o Estabelecimento de Saúde conta com dois serviços indicados para participar da Linha de Cuidado. A operadora deverá indicar os seguintes tipos de serviços para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama - conforme especificado no item 1.2.4 deste Manual: ▣ Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial.	
	▣ Serviços de Diagnóstico por Imagem, para o câncer de mama, (Ex.: mamografia, ultrassonografia de mama, ressonância magnética de mama, entre outros) conforme especificado no item 1.2.4 deste Manual ▣ Laboratórios de Anatomopatologia; ▣ Serviços de Terapia Antineoplásica; ▣ Serviços de Radioterapia; e	
	▣ Serviços Hospitalares de referência devem dispor de infraestrutura adequada para suporte a pacientes com câncer para a realização de procedimentos cirúrgicos e manejo de intercorrências oncológicas para o câncer de mama. ▣ Serviços de Atenção Domiciliar. A operadora deve indicar os serviços de pronto atendimento, assim como os de urgência e emergência para pacientes com câncer de mama, dentre os hospitais e clínicas designados como participantes desta Linha de Cuidado.	

	Os serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado devem atuar de forma integrada, em rede, organizando-se de acordo com o estabelecido no requisito 1.2 deste Manual. A operadora deverá pactuar com a sua rede de atenção oncológica ao câncer de mama, a inclusão dos serviços nesta certificação, condicionada ao cumprimento dos critérios estabelecidos neste Manual.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A especificação da relação dos serviços de saúde indicados para participarem desta Linha de Cuidado no Plano Estruturado, conforme estabelecido neste item de verificação, incluindo as devidas atualizações, quando aplicável;	
	☐ Se as informações relativas aos serviços de saúde indicados para participarem da Linha de Cuidado do Câncer de Mama estão de acordo com o modelo do "Formulário de Especificação de Rede de Atenção Oncológica para Certificação da Operadora" disponível no capítulo XI deste Manual; ☐ A existência de contrato formal estabelecido entre a operadora e os serviços da rede de atenção indicados como participantes desta Linha de Cuidado do Câncer de Mama.	
	☐ Os documentos de cobrança e as faturas referentes aos atendimentos realizados por beneficiários na rede de atenção da Linha de Cuidado do Câncer de Mama, indicada pela operadora como participante desta Certificação; ☐ Por amostragem, Relatórios de Visita Técnica - presencial ou virtual realizados pela operadora, com periodicidade anual, nos serviços indicados para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama nesta Certificação.	
2.1.4	A operadora divulga em seu portal os serviços de atenção oncológica que participam da Linha de Cuidado do Câncer de Mama, disponíveis para cada tipo de plano de saúde contratado pelo beneficiário. Interpretação: A operadora informa em seu portal na internet quais serviços de atenção oncológica estão incluídos na certificação da Linha de Cuidado do Câncer de Mama, respeitando as obrigações mínimas estabelecidas pela Resolução Normativa - RN nº 486/2022 e quaisquer alterações que possam ocorrer.	Essencial
	As operadoras disponibilizam redes diferenciadas para a cobertura de consultas, eventos e procedimentos em saúde, de acordo com o produto ou plano contratado. Portanto, é importante que o beneficiário tenha acesso às informações sobre o que é oferecido para o seu plano específico no âmbito desta Linha de Cuidado. Para o cumprimento deste item, a divulgação deve estar obrigatoriamente disponível no portal da operadora na internet, podendo, adicionalmente, ser também divulgada em aplicativo móvel.	
	A informação sobre a rede de atenção oncológica deve ser apresentada de forma compreensível e acessível, permitindo que a beneficiária consulte facilmente a lista de prestadores de serviços participantes desta Linha de Cuidado, de acordo com o tipo de plano de saúde contratado. Para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama , as informações referentes à rede devem ser disponibilizadas conforme o tipo de serviço por plano contratado, de acordo com o especificado no item 1.2.4 deste Manual.	
	☐ Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial; ☐ Laboratórios de Anatomopatologia; ☐ Serviços de Diagnóstico por Imagem (Ex.:Mamografia, Ultrassonografia de Mama, Ressonância Magnética Nuclear de Mama, PET SCAN e coleta de material para biopsia, entre outros);	
	☐ Serviços de Terapia Antineoplásica; ☐ Serviços de Radioterapia; e ☐ Serviços Hospitalares de referência para o câncer de mama - deve dispor de infraestrutura adequada para suporte aos pacientes com câncer para a realização de procedimentos cirúrgicos e manejo de intercorrências oncológicas.	
	Devem ser destacados, dentre os hospitais e serviços de atenção oncológica ambulatorial indicados pela operadora, aqueles que oferecem serviço de pronto atendimento e serviços de urgência e emergência. Sempre que houver alterações, tais como inclusão, exclusão e substituição de prestadores de serviços participantes desta Linha de Cuidado, essas informações devem ser divulgadas de forma compreensível e de fácil acesso. A operadora deverá manter os dados da rede de atenção da Linha de Cuidado do Câncer de Mama atualizados.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A área do portal da internet e aplicativo móvel da operadora; · A facilidade de acesso às informações no portal da operadora para os beneficiários; · A lista de prestadores de serviços contratados, referenciados para esta certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Mama.	
2.1.5	Os Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para participar desta Linha de Cuidado contam com selo do Programa de Certificação de Qualidade de Mamografia do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR. Interpretação	Essencial

	Os Serviços de mamografia pertencentes aos Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para participar desta Linha de Cuidado devem cumprir os critérios de qualidade relativos à imagem e à dose de radiação estabelecidos como referência. O Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) estabeleceu o Programa de Certificação da Qualidade de Serviços de Mamografia. Este programa oferece aos serviços a oportunidade de atestar a qualidade em relação aos aspectos técnicos dos equipamentos de raios X; à qualificação da equipe técnico radiologista; ao controle de qualidade; à qualidade da imagem e à dose de radiação (CBR, 2024).	
	Estudos apontam que os exames de mamografia devem apresentar qualidade em relação à imagem, ao laudo/diagnóstico e à dose de radiação utilizada no procedimento, devendo ser avaliados por um profissional habilitado após sua realização (INCA, 2021). O Programa de Selo de Qualidade de Mamografia é destinado a instituições de diagnóstico por imagem que realizam mamografias e avaliam a qualidade da realização de exames de imagem com base nas informações sobre equipamentos, corpo clínico, imagens e laudos.	
	O Selo atesta que o serviço foi submetido à avaliação do CBR, que analisou e atestou a qualidade técnica das imagens e laudos dos exames, considerando-os adequados aos seus padrões. Para cumprir este requisito, os Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para participar da Linha de Cuidado do Câncer de Mama pela operadora devem possuir o selo do Programa de Certificação de Qualidade de Mamografia do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A existência do certificado vigente do Programa de Certificação de Qualidade de Mamografia do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR dos Serviços de Imagem indicados pela Operadora para participar desta Linha de Cuidado.	

2.1.6	Os Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para participar da Certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Mama contam com certificado do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem - PADI do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR. Interpretação:	Complementar
	A Acreditação em Saúde é um processo periódico e voluntário conduzido por uma organização independente, que avalia se um estabelecimento cumpre requisitos técnicos e de segurança previamente definidos, demonstrando competência e excelência no atendimento ao usuário. O Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (PADI), reconhecido pela <i>The International Society for Quality in Health Care</i> (ISQua), tem o objetivo de qualificar serviços de radiologia e diagnóstico por imagem por meio de avaliações imparciais e rigorosas, assegurando que os requisitos mínimos de qualidade, segurança e sustentabilidade sejam cumpridos. A norma PADI é um referencial de qualidade e um padrão de excelência no setor (CBR, 2022; 2024).	
	Além disso, o PADI é uma acreditação reconhecida pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS da ANS, que divulga nominalmente as clínicas e hospitais que obtiverem o certificado de acreditação. O QUALISS é uma iniciativa da ANS que visa aprimorar a qualidade dos serviços de saúde vinculados à Saúde Suplementar Brasileira: · Estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde no setor suplementar.	
	· Aumentar a disponibilidade de informações sobre os prestadores de serviços de saúde no setor suplementar. · Auxiliar os pacientes a fazerem escolhas mais conscientes e proativas em relação à sua saúde. Para cumprir esse item, os Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para participar desta Linha de Cuidado pela operadora devem contar com certificado do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem - PADI do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR ou outra Acreditação similar voltada para este tipo de estabelecimento de saúde, desde que reconhecida pelo Programa QUALISS da ANS.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A existência do certificado vigente do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem - PADI do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR dos Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados pela Operadora para participar desta Linha de Cuidado.	
2.1.7	Os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar da Certificação desta Linha de Cuidado contam com selo do Programa de Acreditação e Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia (PACQ-SBP). Interpretação:	Complementar
	A Acreditação em Saúde é um processo periódico e voluntário conduzido por uma organização independente, que avalia se um estabelecimento cumpre requisitos técnicos e de segurança previamente definidos, demonstrando competência e excelência no atendimento ao usuário.	



	O Programa de Acreditação e Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia (PACQ-SBP) é um programa de acreditação baseado em requisitos que busca verificar o cumprimento de processos e procedimentos essenciais para a segurança dos pacientes e colaboradores (SBP, 2021). Segundo a SBP (2021), o programa tem como objetivo avaliar a conformidade e a rastreabilidade das amostras, a adequação das instalações, a manutenção dos equipamentos e os procedimentos internos de segurança. Além disso, abrange o sistema de qualidade do laboratório como um todo, incluindo requisitos de gestão da qualidade, procedimentos e processos laboratoriais, recursos humanos e gestão administrativa.	
	O PACQ-SBP é uma acreditação reconhecida pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS da ANS, que divulga nominalmente os prestadores de serviços de saúde que obtiverem acreditação ou certificação de acordo com os critérios estabelecidos no Programa. ▣ O QUALISS é uma iniciativa da ANS que visa aprimorar a qualidade dos serviços de saúde na Saúde Suplementar brasileira, que tem como objetivo: ▣ Estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde.	
	▣ Aumentar a disponibilidade de informações sobre os prestadores de serviços de saúde. ▣ Auxiliar os pacientes a fazerem escolhas mais conscientes e proativas em relação à sua saúde. Para cumprir esse item, os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar desta Linha de Cuidado pela Operadora devem contar com certificado PACQ-SBP da Sociedade Brasileira de Patologia ou outra Acreditação similar voltada para este tipo de estabelecimento de saúde, desde que reconhecida pelo Programa QUALISS da ANS.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A existência do certificado vigente do PACQ-SBP dos Laboratórios de Anatomopatologia indicados pela Operadora para participar desta Linha de Cuidado.	
2.1.8	Os Hospitais indicados pela operadora para participar da Certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Mama contam com certificado de Acreditação reconhecida pelo Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS da ANS. Interpretação:	Complementar
	A Acreditação em Saúde é um processo periódico e voluntário conduzido por uma organização independente, que avalia se um estabelecimento cumpre requisitos técnicos e de segurança previamente definidos, demonstrando competência e excelência no atendimento ao usuário. O QUALISS da ANS divulga nominalmente os hospitais que obtiverem o certificado de acreditação acordo com critérios estabelecidos na RN 510/2022 (ANS, 2022) ou as Certificações divulgadas pela ANS.	
	O QUALISS é uma iniciativa da ANS que visa aprimorar a qualidade dos serviços de saúde na Saúde Suplementar brasileira e tem como objetivos (ANS, 2024): · Estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde. · Aumentar a disponibilidade de informações sobre os prestadores de serviços de saúde. · Auxiliar os pacientes a fazerem escolhas mais conscientes e proativas em relação à sua saúde.	
	Para cumprir este item, os hospitais indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado devem possuir certificado de Acreditação ou Certificação, conforme os critérios estabelecidos pela ANS.. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A existência do certificado de Acreditação reconhecido pela ANS dos hospitais indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado.	
2.1.9	A operadora monitora os resultados dos indicadores assistenciais para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama. Interpretação:	Excelência
	A operadora deve monitorar o desempenho da Linha de Cuidado do Câncer de Mama por meio dos indicadores assistenciais hospitalares, listados neste item de verificação, de forma complementar aos macroindicadores, previstos no item 1.3.2. Há uma grande diversidade de indicadores, constantes da literatura científica da área, que podem favorecer o processo de tomada de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação da atenção à saúde. A avaliação e o monitoramento da atenção à saúde por meio de indicadores oferecem subsídios para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde.	



	Foram selecionados indicadores assistenciais hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama, considerados importantes para o monitoramento da qualidade da atenção à paciente com câncer de mama na atenção hospitalar pelo Projeto Consórcio de Indicadores hospitalares, parceria entre a ANS e o Hospital Moinhos de Vento - HMV por meio do PROADI/SUS para o componente hospitalar da Linha de Cuidado do Câncer de Mama. O monitoramento desses indicadores deve ser realizado pela operadora e pelo próprio prestador hospitalar indicado para participar desta Linha de Cuidado, não havendo a necessidade de envio à ANS, mas poderão ser solicitados a qualquer tempo por requerimento de informação à operadora.	
	A atenção à saúde se consubstancia na rede para atenção, de modo que é primordial que seja estabelecida uma troca sistemática de informação entre a operadora e a sua rede prestadora de saúde na área de atenção oncológica participantes desta Linha de Cuidado. Segue a lista de indicadores hospitalares que devem ser monitorados pela operadora. As respectivas fichas técnicas constam no Capítulo 12 deste Manual: 1. Percentual de pacientes com câncer de mama internadas com diagnóstico histológico pré-operatório por biópsia de fragmento. 2. Percentual de pacientes internadas com câncer de mama com realização de pesquisa de linfonodo sentinela.	
	3. Percentual de pacientes com câncer de mama submetidas à cirurgia de mama com laudo anatomopatológico completo e padronizado, 4. Percentual de pacientes com câncer de mama submetidas à mastectomia total com reconstrução mamária imediata. 5. Percentual de pacientes com câncer de mama com registro de estadiamento TNM no prontuário. Esses indicadores devem ser coletados pelos prestadores hospitalares indicados para esta Linha de Cuidado e reportados às operadoras, de modo a subsidiar os processos de gestão tanto no âmbito dos próprios hospitais quanto da operadora.	
	A partir da identificação de práticas que impactaram positivamente o cuidado em saúde, podem ser adotadas ações que estimulem e favoreçam a consolidação e ampliação do seu alcance na rede assistencial da operadora. Por outro lado, se identificada a necessidade, a operadora em parceria com o prestador de serviço hospitalar, deve estabelecer ajustes nas ações, caso não tenha alcançado o impacto pretendido na qualidade e segurança da atenção à paciente com câncer de mama. Assim, a operadora deve utilizar as informações obtidas a partir do monitoramento dos indicadores e os resultados de sua avaliação para a realização do planejamento e para a gestão da atenção na Linha de Cuidado do Câncer de Mama.	
	Os resultados do monitoramento e da avaliação, bem como o respectivo plano de ação com as eventuais medidas de ajustes, devem retroalimentar o Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1. A forma de envio de dados deverá ser estabelecida em contrato ou documento similar firmado entre a operadora e os prestadores de serviços hospitalares indicados para participar da Certificação nesta Linha de Cuidado, respeitadas as regras da LGPD.	
	Os contratos ou documentos similares devem ser estabelecidos entre a operadora e os prestadores, independentemente de serem integrantes da rede própria, contratada ou referenciada. Para cumprir esse item a operadora deverá monitorar o conjunto de indicadores descritos nesse item de verificação. Formas de Verificação de Evidência: A equipe de auditores poderá verificar:	
	· Se o Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1, prevê o monitoramento e a avaliação dos indicadores hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama. · Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais indicados como participantes da Linha de Cuidado do Câncer de Mama nesta Certificação, mencionando o envio de dados para o cálculo dos Indicadores.	
	· Se a operadora recepcionou os dados transmitidos pelos hospitais indicados, possibilitando o cálculo dos indicadores hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama. A equipe poderá ainda, identificar a existência de documento ou relatório informatizado com os resultados do monitoramento e da avaliação dos indicadores, bem como a existência de plano de ação a partir dos resultados identificados, quando indicado.	
Referências Bibliográficas do Requisito 2.1:		



AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa ANS nº 510, de 30 de março de 2022**. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS; revoga as Resoluções Normativas nº 405, de 09 de maio de 2016 e nº 421, de 23 de março de 2017, e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDE2OQ==>>. Acesso em: 14 out. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde**. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1>>. Acesso em: 04 out. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Sistema de Informação de Beneficiários**, 2024.

COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (CBR PADI). **Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem**. PADI. Norma do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (Padi), 2022. Disponível em: <<https://padi.org.br/wp-content/uploads/2023/12/Norma-Padi-Versao-5.1.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2024.

COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (CBR). **Norma do Programa de Certificação de Qualidade do CBR**. Selo de Mamografia fevereiro em 2024. 2024. Disponível em: <https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2024/02/Normativa-do-Programa-de-Selos-de-Qualidade-MG_2024-1-1.pdf>. Acesso em: 04 out. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA (SBP). Programa de Acreditação e Controle da Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia - PACQ-SBP. **Manual de Acreditação** - São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://pacq.sbp.org.br/wp-content/uploads/2024/03/PACQ-MAC-MANUAL-DO-PROGRAMA-DE-ACREDITACAO-VERSAO-1.3-2021-17-09-2021.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2024.

2.2. Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer de Mama
Requisito direcionador para avaliação da Estratégia de Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer de Mama, incluindo as ações de comunicação e educação em saúde.

2.2.1	A Operadora deve disponibilizar material educativo para promover o letramento em saúde sobre o Câncer de Mama. Interpretação:	Essencial
	O câncer de mama é uma doença de natureza multifatorial, sendo o envelhecimento o principal fator de risco, em razão das alterações biológicas naturais associadas à idade. Mulheres com mais de 50 anos apresentam maior probabilidade de desenvolver a doença (Silva e Silva, 2005; WHO, 2018). Além disso, a exposição prolongada a diversos fatores de risco ao longo da vida está relacionada ao aumento da incidência do câncer de mama. Entre esses fatores, destacam-se (Adamiet <i>al.</i> , 2008):	
	· Fatores endócrinos/história reprodutiva (Silva e Silva, 2005; WHO, 2018, Iarc, 2021). ☐ Menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos) e menopausa tardia (após os 55 anos). ☐ Primeira gravidez após os 30 anos. ☐ Nuliparidade. ☐ Uso de contraceptivos orais (estrogênio-progesterona).	
	☐ Terapia de reposição hormonal pós menopausa (estrogênio-progesterona). Os fatores endócrinos estão principalmente associados ao estímulo estrogênico, seja de origem endógena ou exógena. O risco de desenvolvimento do câncer de mama aumenta proporcionalmente ao tempo de exposição ao estrogênio (Silva e Silva, 2005; WHO, 2018; IARC, 2021). · Entre os fatores comportamentais/ambientais , destacam-se: (Inumaruet <i>al.</i> , 2011; Anothaisintaweeet <i>al.</i> , 2013; WHO, 2018; WCRF, 2018; INCA, 2020, IARC, 2020, 2021).	
	☐ Consumo de bebidas alcoólicas. ☐ Sobrepeso e obesidade. ☐ Inatividade física. ☐ Exposição à radiação ionizante. ☐ Exposição a agrotóxicos, benzeno, campos eletromagnéticos de baixa frequência, campos magnéticos, dioxinas, entre outros.	



	· Entre os fatores genéticos/hereditários, destacam-se: (Breast Cancer Association Consortim, 2021; Adami et al., 2008): ☐ Mutações em certos genes, como BRCA1 e BRCA2, os mais frequentes, e nos genes PALB2, CHEK2, BARD1, ATM, RAD51C, RAD51D e TP53. ☐ Possuir vários casos de câncer de mama na família. ☐ Pelo menos um caso de câncer de ovário em parentes consanguíneos, sobretudo em idade jovem. ☐ Câncer de mama em homem na família.	
	Ressalta-se que o câncer de mama de caráter hereditário corresponde a apenas 5% a 10% do total de casos diagnosticados (Adami et al., 2008). A prevenção do câncer de mama fundamenta-se no controle dos fatores de risco modificáveis e na promoção de fatores de proteção. O letramento em saúde é uma estratégia essencial para ampliar o conhecimento da população sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o letramento em saúde envolve competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de acessar, compreender e utilizar informações com o objetivo de promover e manter uma boa saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).	
	Nutbeam (2000) reforça que o letramento em saúde deve ser entendido não apenas como a capacidade funcional de leitura e compreensão, mas também como uma ferramenta para o empoderamento e a promoção de saúde. De forma semelhante, <i>oInstitute of Medicine</i> define letramento em saúde como "o grau em que indivíduos têm capacidade de obter, processar e compreender informações básicas sobre saúde, necessárias para tomar decisões apropriadas" (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004).	
	Assim, a estratégia de letramento em saúde é indispensável para: ☐ Reduzir as iniquidades em saúde; ☐ Melhorar os desfechos clínicos; ☐ Estimular o autocuidado e a prevenção;	
	☐ Apoiar a tomada de decisões informadas sobre o rastreamento e o tratamento. O letramento em saúde de pacientes e familiares sobre o câncer de mama constitui uma estratégia relevante para incentivar a participação ativa das mulheres no autocuidado. Para ampliar a adesão das mulheres às medidas de proteção, é fundamental que a operadora disponibilize informações acessíveis e baseadas em evidências sobre a prevenção da doença. Além de abordar os fatores de proteção, as orientações devem incluir a importância do rastreamento e do reconhecimento precoce de sinais e sintomas do câncer de mama, as opções de tratamento e reabilitação, entre outros.	
	Outro ponto importante do letramento, é o esclarecimento sobre as possibilidades de tratamento e reabilitação, de modo a minimizar os estigmas sociais relacionados ao câncer de mama. O conteúdo deve conter, no mínimo, os seguintes tópicos:	
	☐ Promoção da saúde - Fatores Protetores e Prevenção do Câncer de Mama: - o Redução ou cessação do tabagismo. - o Manutenção de alimentação adequada e equilibrada. - o Manutenção do peso corporal adequado; - o Prática regular de atividade física;	
	- o Redução ou cessação do consumo de bebidas alcoólicas; - o Amamentação (é uma prática protetora e deve ser incentivada e realizada pelo maior tempo possível). ☐ Detecção Precoce - o Esclarecimentos sobre o rastreamento populacional do câncer de mama, incluindo: ☐ Busca ativa, conforme item 2.3.2 desta Linha de Cuidado.	
	☐ Alertas sobre fatores de risco genéticos/hereditários. - o Esclarecimentos sobre o diagnóstico precoce, com ênfase nos sinais e sintomas de alerta: ☐ Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos. ☐ Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos que persiste por mais de um ciclo menstrual. ☐ Nódulo mamário endurecido e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade.	
	☐ Descarga papilar sanguinolenta unilateral. ☐ Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos. ☐ Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral na mama. ☐ Presença de linfadenopatia axilar. ☐ Aumento progressivo do tamanho da mama com sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja.	



	☐ Retração na pele da mama. ☐ Mudança no formato do mamilo. ☐ Orientação sobre acesso: esclarecimentos sobre quais serviços de saúde buscar ao identificar quaisquer sinais e sintomas de alerta. ☐ Tipos de tratamento para o câncer de mama : informações sobre as opções de tratamento e seus possíveis efeitos colaterais. o Tratamento local e sistêmico.	
	o Recomendações e esclarecimentos sobre efeitos colaterais do tratamento. o Cirurgia de reconstrução mamária; e o Reabilitação - após o tratamento. A forma de comunicação pode influenciar positivamente ou negativamente o desfecho clínico. Assim, a linguagem utilizada para o letramento em saúde deve ser compreensível e acessível a fim de esclarecer pacientes e seus familiares.	
	As informações precisam ser atualizadas sempre que houver mudanças nas diretrizes assistenciais da Linha de Cuidado do Câncer de Mama. Entretanto, ressalta-se que nenhum material didático substitui a orientação personalizada feita por um profissional de saúde durante a consulta e a realização dos encaminhamentos necessários, tanto de forma verbal quanto escrita. Para cumprir esse item, a operadora deve disponibilizar material educativo atualizado sobre a linha de cuidado do câncer de mama, O material deve ser destinado a pacientes, familiares e a sociedade.	
	As informações educativas devem ser obrigatoriamente disponibilizadas no portal da internet da operadora em local de fácil acesso e podem ser divulgadas adicionalmente em redes sociais ou por meio de aplicativos para dispositivos móveis. Podem ser divulgadas em formato de cartilhas, manuais, aulas,<i>podcasts</i>,<i>lives</i>, entre outros. As informações devem estar acessíveis em formato digital e adicionalmente em formato impresso. Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: · A área do portal da internet e/ou nos aplicativos para dispositivos móveis da Operadora, em local de fácil acesso, a fim de verificar a existência e a disponibilidade das informações, conforme descrito na Interpretação. · A existência de manuais, cartilhas, impresso ou digitais. A existência de aulas,<i>lives</i>, vídeos,<i>podcasts</i>, direcionados para beneficiários e o público em geral abordando os temas sobre o câncer de mama.	
2.2.2	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial disponibilizam material educativo para o letramento em saúde das beneficiárias e familiares sobre a Linha de Cuidado do Câncer de Mama. Interpretação	Essencial
	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado são responsáveis por divulgar informações em saúde sobre o câncer de mama.	
	O material educativo deve ser elaborado com base em evidências científicas, estar atualizado e ser direcionado especialmente para pacientes e familiares, além do público em geral. As informações podem ser disponibilizadas por meio de cartilhas, manuais, vídeos,<i>podcast</i>se postagens em redes sociais, entre outros formatos. As informações devem estar acessíveis tanto em formato impresso quanto digital. Quando em formato digital, devem ser disponibilizadas através do portal institucional do serviço. Adicionalmente, podem ser divulgadas por meio de aplicativos para dispositivos móveis ou redes sociais. Os serviços podem empregar diferentes técnicas de interação educativa remota, como vídeos, palestras, curso online e organização de grupos online com temas específicos.	
	O conteúdo do material educativo deve abordar no mínimo os tópicos já no item 2.2.1. O letramento em saúde pode contribuir para a redução dos estigmas sociais relacionados ao câncer de mama. Por isso, a linguagem utilizada nas informações deve ser objetiva, compreensível e acessível, a fim de facilitar o entendimento por parte dos pacientes e seus familiares. A forma como a comunicação é conduzida pode influenciar, de maneira positiva ou negativa, os desfechos clínicos.	
	As informações precisam ser atualizadas sempre que houver mudanças nas diretrizes assistenciais da Linha de Cuidado do Câncer de Mama. É importante destacar que nenhum material didático substitui a orientação personalizada feita por um profissional de saúde durante a consulta e os encaminhamentos necessários, tanto de forma verbal quanto escrita.	



	Para cumprir este item, os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado devem disponibilizar as informações em saúde, independentemente de serem estabelecimentos de saúde autônomos ou serviços localizados em hospitais. Além disso, esses serviços devem fornecer as informações, independentemente de serem parte da rede própria, contratada ou referenciada da operadora. O material pode ser elaborado pela própria operadora, por empresa contratada ou por meio de contrato com a rede prestadora de serviços participante desta Linha de Cuidado.	
	A disponibilização de material educativo voltado ao letramento em saúde deve estar prevista nos contratos ou documentos similares entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado. Essa formalização assegura que a educação em saúde seja promovida de maneira consistente e acessível, contribuindo para a qualidade do cuidado e o envolvimento dos beneficiários na prevenção e no tratamento. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	
	☐ Realizar consultas amostrais na área do portal da internet, nos aplicativos para dispositivos móveis e nas redes sociais dos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para esta Linha de Cuidado, a fim de verificar a existência e a disponibilidade das informações, conforme descrito na Interpretação deste item de verificação. ☐ Examinar, de forma amostral, os contratos firmados entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado, a fim de assegurar que os tópicos de divulgação de informações educativas estejam devidamente formalizados.	
	☐ Verificar, de forma amostral, a existência de manuais e cartilhas, impressos ou digitais que abordem os temas relacionados ao câncer de mama disponibilizados pelos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado. ☐ Verificar, de forma amostral, a existência de palestras,<i>lives</i>, vídeos <i>epodcasts</i> direcionados a beneficiários e ao público em geral que abordem os temas relacionados ao câncer de mama, disponibilizados pelos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial	
2.2.3	Os Serviços de Terapia Antineoplásicas disponibilizam material educativo para o letramento em saúde das beneficiárias e familiares sobre a Linha de Cuidado do Câncer de Mama. Interpretação Os Serviços de Terapia Antineoplásicas indicados para participar desta Linha de Cuidado são responsáveis por divulgar informações em saúde sobre o câncer de mama.	Complementar
	O material educativo deve ser elaborado com base em evidências científicas, estar atualizado e ser direcionado especialmente para pacientes e familiares, além do público em geral. As informações podem ser disponibilizadas por meio de cartilhas, manuais, vídeos,<i>podcast</i> e postagens em redes sociais, entre outros formatos. As informações devem estar acessíveis tanto em formato impresso quanto digital. Quando em formato digital, devem ser disponibilizadas através do portal institucional do serviço. Adicionalmente, podem ser divulgadas por meio de aplicativos para dispositivos móveis ou redes sociais. Os serviços podem empregar diferentes técnicas de interação educativa remota, como vídeos, palestras, curso online e organização de grupos online com temas específicos.	
	O conteúdo do material educativo deve abordar no mínimo os tópicos já no item 2.2.1. O letramento em saúde pode contribuir para a redução dos estigmas sociais relacionados ao câncer de mama. Por isso, a linguagem utilizada nas informações deve ser objetiva, compreensível e acessível, a fim de facilitar o entendimento por parte dos pacientes e seus familiares. A forma como a comunicação é conduzida pode influenciar, de maneira positiva ou negativa, os desfechos clínicos.	
	As informações precisam ser atualizadas sempre que houver mudanças nas diretrizes assistenciais da Linha de Cuidado do Câncer de Mama. É importante destacar que nenhum material didático substitui a orientação personalizada feita por um profissional de saúde durante a consulta e os encaminhamentos necessários, tanto de forma verbal quanto escrita.	
	Para cumprir este item, os Serviços de Terapia Antineoplásicas indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado devem disponibilizar as informações em saúde, independentemente de serem estabelecimentos de saúde autônomos ou serviços localizados em hospitais. Além disso, esses serviços devem fornecer as informações, independentemente de serem parte da rede própria, contratada ou referenciada da operadora. O material pode ser elaborado pela própria operadora, por empresa contratada ou por meio de contrato com a rede prestadora de serviços participante desta Linha de Cuidado.	



	A disponibilização de material educativo voltado ao letramento em saúde deve estar prevista nos contratos ou documentos similares entre a operadora e os Serviços de Terapia Antineoplásicas participantes desta Linha de Cuidado. Essa formalização assegura que a educação em saúde seja promovida de maneira consistente e acessível, contribuindo para a qualidade do cuidado e o envolvimento dos beneficiários na prevenção e no tratamento. Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá :	
	☐ Realizar consultas amostrais na área do portal da internet, nos aplicativos para dispositivos móveis e nas redes sociais dos Serviços de Terapia Antineoplásicas indicados para esta Linha de Cuidado, a fim de verificar a existência e a disponibilidade das informações, conforme descrito na Interpretação deste item de verificação. ☐ Examinar, de forma amostral, os contratos firmados entre a operadora e Serviços de Terapia Antineoplásicas participantes desta Linha de Cuidado, a fim de assegurar que os tópicos de divulgação de informações educativas estejam devidamente formalizados.	
	☐ Verificar, de forma amostral, a existência de manuais e cartilhas, impressos ou digitais que abordem os temas relacionados ao câncer de mama disponibilizados pelos Serviços de Terapia Antineoplásicas indicados para participar desta Linha de Cuidado. ☐ Verificar, de forma amostral, a existência de palestras,<i>lives</i>, vídeos <i>epodcasts</i> direcionados a beneficiários e ao público em geral que abordem os temas relacionados ao câncer de mama, disponibilizados pelos Serviços de Terapia Antineoplásicas indicados para participar desta Linha de Cuidado.	

2.2.4	Os Serviços de Radioterapia devem disponibilizar material educativo para o letramento em saúde das beneficiárias e seus familiares sobre a Linha de Cuidado do Câncer de Mama. Interpretação:	Complementar
	Os Serviços de Radioterapia indicados para participar desta Linha de Cuidado são responsáveis por divulgar informações em saúde sobre o câncer de mama.	
	O material educativo deve ser elaborado com base em evidências científicas, estar atualizado e ser direcionado especialmente para pacientes e familiares, além do público em geral. As informações podem ser disponibilizadas por meio de cartilhas, manuais, vídeos, <i>podcast</i> e postagens em redes sociais, entre outros formatos. As informações devem estar acessíveis tanto em formato impresso quanto digital. Quando em formato digital, devem ser disponibilizadas através do portal institucional do serviço. Adicionalmente, podem ser divulgadas por meio de aplicativos para dispositivos móveis ou redes sociais. Os serviços podem empregar diferentes técnicas de interação educativa remota, como vídeos, palestras, curso online e organização de grupos online com temas específicos.	
	O conteúdo do material educativo deve abordar no mínimo os tópicos já no item 2.2.1. O letramento em saúde pode contribuir para a redução dos estigmas sociais relacionados ao câncer de mama. Por isso, a linguagem utilizada nas informações deve ser objetiva, compreensível e acessível, a fim de facilitar o entendimento por parte dos pacientes e seus familiares. A forma como a comunicação é conduzida pode influenciar, de maneira positiva ou negativa, os desfechos clínicos.	
	As informações precisam ser atualizadas sempre que houver mudanças nas diretrizes assistenciais da Linha de Cuidado do Câncer de Mama. É importante destacar que nenhum material didático substitui a orientação personalizada feita por um profissional de saúde durante a consulta e os encaminhamentos necessários, tanto de forma verbal quanto escrita.	
	Para cumprir este item, os Serviços de Radioterapia indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado devem disponibilizar as informações em saúde, independentemente de serem estabelecimentos de saúde autônomos ou serviços localizados em hospitais. Além disso, esses serviços devem fornecer as informações, independentemente de serem parte da rede própria, contratada ou referenciada da operadora. O material pode ser elaborado pela própria operadora, por empresa contratada ou por meio de contrato com a rede prestadora de serviços participante desta Linha de Cuidado.	
	A disponibilização de material educativo voltado ao letramento em saúde deve estar prevista nos contratos ou documentos similares entre a operadora e os Serviços de Radioterapia participantes desta Linha de Cuidado. Essa formalização assegura que a educação em saúde seja promovida de maneira consistente e acessível, contribuindo para a qualidade do cuidado e o envolvimento dos beneficiários na prevenção e no tratamento. Possíveis Formas de Verificação de Evidências:	





	A equipe de auditores poderá : ☐ Realizar consultas amostrais na área do portal da internet, nos aplicativos para dispositivos móveis e nas redes sociais dos Serviços de Radioterapia indicados para esta Linha de Cuidado, a fim de verificar a existência e a disponibilidade das informações, conforme descrito na Interpretação deste item de verificação. ☐ Examinar, de forma amostral, os contratos firmados entre a operadora e Serviços de Radioterapia participantes desta Linha de Cuidado, a fim de assegurar que os tópicos de divulgação de informações educativas estejam devidamente formalizados.	
	☐ Verificar, de forma amostral, a existência de manuais e cartilhas, impressos ou digitais que abordem os temas relacionados ao câncer de mama disponibilizados pelos Serviços de Radioterapia indicados para participar desta Linha de Cuidado. ☐ Verificar, de forma amostral, a existência de palestras,lives, vídeos epodcastsdirecionados a beneficiários e ao público em geral que abordem os temas relacionados ao câncer de mama, disponibilizados pelos Serviços de Radioterapia indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
Referências Bibliográficas do Requisito 2.2: ADAMI, H.; HUNTER, D.; TRICHOPOULOS, D. (ed.). Textbook of cancer epidemiology . 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2008. Disponível em: < https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195311174.001.0001>. Acesso em: 07 jun. 2025. ANOTHASINTAWEE, T. et al. Risk factors of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Asia-Pacific Journal of Public Health , Hong Kong, v. 25, n. 5, p. 368-387, 2013. Disponível em:< https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1010539513488795>. Acesso em: 13 jun. 2024. BREAST CANCER ASSOCIATION CONSORTIUM (BCAC) et al. Breast Cancer Risk Genes - Association Analysis in More than 113,000 Women. The New England Journal of Medicine , Boston, v. 384, n. 5, p. 428-439, Feb 2021. DOI 10.1056/NEJMoa1913948. Disponível em:< https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1913948?articleTools=true>. Acesso em: 13 jun. 2024. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Dieta, nutrição, atividade física e câncer : uma perspectiva global: um resumo do terceiro relatório de especialistas com uma perspectiva brasileira. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em:<https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios>. Acesso em: 03 jul. 2025. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em 16 jun. 2024. INTERNACIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). List of Classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans. Lyon, 2020. v1- 129. Disponível em:< https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2019/07/Classificatio>. Acesso em: 13 maio 2025. INTERNACIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). Monographs of carcinogenic risks to humans and handbooks of cancer prevention . Lyon, 2021. Disponível em: <https://monographs.iarc.who.int/human_cancer_known_causes_and_prevention>. Acesso em: 13 mai. 2025. INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/csp/a/ZbRRyNH4HRLXSbFNMms6RgM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 maio 2025. SILVA, M. M.; SILVA, V. H. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. Arquivos Médicos do ABC , Santo André, v. 30, n. 1, p. 11-18, 2005. Disponível em:<https://www.portalnepas.org.br/amabc/article/view/273>. Acesso em: 27 maio 2025. TORRES, E. F.; MAZZONI, A. A. Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade. Ci.Inf. , Brasília, DF, v. 33, n. 2, p. 152-160, aug. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ci/a/pjwPPLyPk3YnmQ3zFHz8SFJ/?lang=pt>. Acesso em: 07 dez. 2024. WORLD CANCER RESEARCH FUND (WCRF). American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and breast cancer 2017 . London, 2018. (Continuous update project). Disponível em:< https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Breast-cancer-report.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2025		
2.3 Estratégias para a Detecção Precoce (inclui Rastreamento e Diagnóstico Precoce) - Câncer de Mama Requisito avaliador das ações da Operadora no estabelecimento de estratégias para a detecção precoce do Câncer de Mama.		
2.3.1	A operadora pactua com a rede prestadora indicada para participar desta Linha de Cuidado o rastreamento individualizado do câncer de mama de beneficiárias com idades entre 40 e 74 anos com mamografia digital conforme indicação médica Interpretação:	Essencial
	Os fundamentos para o controle do câncer de mama baseiam-se na prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e seguimento adequado. A detecção precoce está associada à redução da mortalidade e a melhores desfechos clínicos, conforme evidenciado em diversos países ao longo das últimas décadas (Paci, 2012; Brasil, 2019; Giaquinto et al., 2022; Nuffieldtrust, 2025).	

	A mamografia digital é o método mais eficaz para o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama em mulheres assintomáticas. É o exame de escolha para identificar alterações não palpáveis, como calcificações, nódulos, assimetrias e distorções arquiteturais (Brasil, 2019), aumentando as chances de tratamento eficaz. Para o cumprimento deste item, os prestadores indicados pela operadora devem adotar protocolos clínicos para o rastreamento individualizado de mulheres entre 40 e 74 anos, com base em indicação médica. A periodicidade deve ser definida caso a caso, e a conduta clínica deve ser orientada por decisão compartilhada entre profissional de saúde e paciente, com formalização por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2016).					
	No Brasil, o INCA recomenda rastreamento populacional com mamografia bienal para mulheres de 50 a 69 anos. Essa recomendação se baseia em estudos que mostram maior impacto na redução da mortalidade na faixa dos 60 a 69 anos. Já para mulheres de 40 a 49 anos, os benefícios são menores e os riscos de sobrediagnóstico e resultados falso-positivos são mais significativos, exigindo uma abordagem individualizada (INCA, 2021).					
	Internacionalmente, há uma tendência de revisão das faixas etárias e estratégias de rastreamento. Diversos países e entidades adotam abordagens que incorporam decisão informada ou compartilhada, especialmente para mulheres mais jovens, conforme demonstrado no quadro a seguir: Quadro Comparativo - Programas de Rastreamento Mamográfico e Abordagens Decisórias					
	País / Instituição	Faixa Etária Recomendada	Frequência	Tipo de Decisão Requerida	Observações / Referências	
	Brasil (INCA)	50 a 69 anos	Bienal	Compartilhada (40-49 anos)	Maior benefício entre 60-69 anos. Mais riscos na faixa 40-49 anos (INCA, 2021).	
	Brasil (SBM / CBR / FEBRASGO)	40 a 74 anos	Anual	Compartilhada (especialmente >75 anos)	Avaliação individual após 75 anos, com base no estado de saúde (Urban et al., 2023).	
	Alemanha Sistema de Saúde	50 a 75 anos	Bienal	Decisão informada 50 a 75.	Entre 70 e 75 anos, não recebe o convite do Sistema.	
	Alemanha (IQWiG)	45 a 49 anos 50 a 69 anos 70 a 74 anos A partir de 75 anos.	Bienal	Decisão Informada (45- 49 anos e 70 -74)	Mulheres de 45-49 e 70 a 74 devem ser orientadas sobre riscos e benefícios. A partir de 75 anos, não oferece benefício potencial (IQWiG, 2023).	
	Austrália	50 a 74 anos (oficial); 40-49 e 75+ (opcional)	Bienal	Informada / Aconselhamento individual	Fora da faixa padrão, mulheres podem acessar voluntariamente o exame mediante aconselhamento (Australian Government, 2025).	
	Canadá	50 a 74 anos (oficial); 40+ (em províncias específicas)	Bienal 50 a 74 anos	Decisão Informada (40-49 anos)	Mulheres decidem conforme preferências e valores (Canadian Task Force, 2024).	
	Estados Unidos (USPSTF)	40 a 74 anos	Bienal	Decisão Compartilhada (40-49 anos)	Recomendação atualizada em 2024 reforça decisão conjunta (USPSTF, 2024; Nicholson et al., 2024).	
	Estados Unidos (ACOG)	A partir de 40 anos	Anual	Decisão Compartilhada	Forte ênfase no diálogo entre médico e paciente (ACOG, 2016).	
	Reino Unido (NHS)	50 a 71 anos	Trienal	Decisão Informada	Participação por convite com material informativo (NHS, 2025).	



	Suécia	40 a 74 anos	Bienal	Decisão Informada	Exame mediante decisão voluntária (Roginski et al., 2022).	
	Portugal (SNS)	A partir de 45 anos	Bienal	Decisão Informada	Participação baseada em decisão consciente (Serviço Nacional de Saúde, 2025).	
	Fonte: elaboração própria - adaptada (DMP, 2023; AG, 2025; NHS, 2025; PAC, 2024)					
	Portanto, é consenso entre órgãos reguladores, sistemas públicos de saúde e entidades científicas que, especialmente nas faixas etárias com maior incerteza sobre o balanço entre benefícios e riscos, a decisão compartilhada ou informada é essencial para respeitar a autonomia da paciente e garantir uma conduta ética e segura. Cabe destacar ainda que, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é vedada a negativa de cobertura da mamografia em qualquer faixa etária, desde que haja prescrição médica. O exame possui cobertura obrigatória pelas operadoras, com prazo máximo de 10 dias para realização, conforme estabelecido nas Resoluções Normativas nº 465/2021 e nº 566/2022.					
	Formas de Verificação de Evidências : A equipe de auditores poderá verificar: ·A previsão no Plano Estruturado no capítulo sobre a Linha de Cuidado do Câncer de Mama do protocolo de mamografia para rastreamento individualizado de mulheres, mediante decisão compartilhada e assinatura de TCLE.					
	·De forma amostral os contratos com a rede de prestadores de serviços, garantindo que o protocolo de mamografia para rastreamento individualizado de mulheres esteja formalizado. ·Verificar o sistema de contas médicas. ·Monitoramento do macroindicador relativo à realização de mamografias.					

2.3.2	A operadora realiza busca ativa para o rastreamento populacional do câncer de mama em beneficiárias com idade entre 50 e 69 anos, por meio de mamografia digital bienal.	Essencial
	Interpretação: O rastreamento populacional é uma estratégia de saúde pública voltada à detecção precoce de doenças, aplicada a uma população assintomática dentro de uma faixa etária predefinida, com o objetivo de identificar indivíduos que possam se beneficiar de intervenções eficazes. Quando corretamente implementado, o rastreamento populacional contribui significativamente para a redução da mortalidade e da morbidade associadas à condição rastreada (BRASIL, 2010).	
	No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) recomenda o rastreamento populacional com mamografia a cada dois anos para mulheres com idade entre 50 e 69 anos. Essa recomendação baseia-se em estudos que demonstram maior impacto na redução da mortalidade nessa faixa etária, especialmente entre 60 e 69 anos. Para mulheres de 40 a 49 anos, os benefícios do rastreamento são menores, e os riscos de sobre diagnóstico e resultados falso positivos são mais significativos, exigindo, portanto, uma abordagem mais cautelosa e individualizada (INCA, 2021).	
	O rastreamento populacional organizado quando bem implementado apresenta melhores desfechos clínicos e maior custo efetividade quando comparados ao rastreamento oportunístico (INCA, 2021). O êxito das ações de rastreamento organizado depende não apenas de informar e mobilizar mulheres entre 50 e 69 anos, mas também alcançar a meta de cobertura do rastreamento na população alvo e da garantia de acesso ao diagnóstico e ao tratamento em tempo oportuno, quando necessário.	
	Além disso, outro aspecto crítico é a qualidade técnica da mamografia para o rastreamento populacional. Isso envolve a capacitação dos profissionais, o controle rigoroso dos equipamentos e a interpretação criteriosa dos resultados com base em sistemas padronizados como o BI-RADS. A baixa qualidade do exame compromete a acurácia diagnóstica e pode gerar tanto falsos negativos quanto falsos positivos.	
	Para atender a este item, a operadora deve: ☐ Implementar um modelo de rastreamento populacional organizado , com busca ativa direcionada a mulheres entre 50 e 69 anos, assegurando: ☐ a realização periódica da mamografia a cada dois anos;	
	☐ o controle de qualidade dos exames; ☐ o seguimento clínico dos casos suspeitos; ☐ o monitoramento contínuo de todo o processo. ☐ Estruturar estratégias de busca ativa , que consistem na identificação, convocação e acompanhamento das beneficiárias elegíveis na faixa etária, independentemente da existência de fatores de risco adicionais.	





	A operadora pode formalizar parcerias com prestadores de serviços ou empresas de gestão em saúde para viabilizar a execução da busca ativa, utilizando ferramentas como: ☐ tele monitoramento; ☐ integração com outras consultas;					
	☐ envio de e-mails, mensagens e ligações; ☐ uso de aplicativos e outras formas de contato direto. Embora ambos os modelos, individualizado e populacional, visem à detecção precoce, o rastreamento populacional diferencia-se por seguir critérios padronizados de elegibilidade (faixa etária, periodicidade e método), sem necessidade de avaliação clínica individual prévia, sendo aplicado em larga escala. Já o rastreamento individualizado é voltado a pessoas com fatores de risco específicos ou fora da faixa determinada e depende de decisão compartilhada entre médico e paciente.					
	Quadro Comparativo - Programas de Rastreamento Populacional Mamográfico e Abordagens Decisórias					
	País / Instituição	Faixa Etária Recomendada	Frequência	Tipo de Decisão Requerida	Observações / Referências	
	Brasil (INCA)	50 a 69 anos	Bienal	Compartilhada (40-49 anos)	Maior benefício entre 60-69 anos. Mais riscos na faixa 40-49 anos (INCA, 2021).	
	SBM / CBR / FEBRASGO	40 a 74 anos	Anual	Compartilhada (especialmente >75 anos)	Avaliação individual após 75 anos, com base no estado de saúde (Urban et al., 2023).	
	Alemanha Sistema de Saúde	50 a 75 anos	Bienal	Decisão informada 50 a 75.	Entre 70 e 75 anos, não recebe o convite do Sistema.	
	Alemanha (IQWiG)	45 a 49 anos 50 a 69 anos 70 a 74 anos A partir de 75 anos.	Bienal	Decisão Informada (45-49 anos e 70-74)	Mulheres de 45-49 e 70 a 74 devem ser orientadas sobre riscos e benefícios. A partir de 75 anos, não oferece benefício potencial (IQWiG, 2023).	
	Austrália	50 a 74 anos (oficial); 40-49 e 75+ (opcional)	Bienal	Informada / Aconselhamento individual	Fora da faixa padrão, mulheres podem acessar voluntariamente o exame mediante	
					aconselhamento(Australian Government, 2025).	
	Canadá	50 a 74 anos (oficial); 40+ (em províncias específicas)	Bienal 50 a 74 anos	Decisão Informada (40-49 anos)	Mulheres decidem conforme preferências e valores (Canadian Task Force, 2024).	
	Estados Unidos (USPSTF)	40 a 74 anos	Bienal	Decisão Compartilhada (40-49 anos)	Recomendação atualizada em 2024 reforça decisão conjunta (USPSTF, 2024; Nicholson et al., 2024).	
	Estados Unidos (ACOG)	A partir de 40 anos	Anual	Decisão Compartilhada	Forte ênfase no diálogo entre médico e paciente (ACOG, 2016).	
	Reino Unido (NHS)	50 a 71 anos	Trienal	Decisão Informada	Participação por convite com material informativo (NHS, 2025).	
	Suécia	40 a 74 anos	Bienal	Decisão Informada	Exame mediante decisão voluntária (Roginski et al., 2022).	
	Portugal (SNS)	A partir de 45 anos	Bienal	Decisão Informada	Participação baseada em decisão consciente (Serviço Nacional de Saúde, 2025).	
	Fonte: elaboração própria - adaptada (DMP, 2023; AG, 2025; NHS, 2025; PAC, 2024) A operadora deve apresentar evidências que comprovem:					
	☐ A existência de processo estruturado de busca ativa ; ☐ A identificação das beneficiárias elegíveis (50-69 anos); ☐ A manutenção de registros atualizados sobre exames realizados; ☐ A adoção de ações concretas de comunicação para convocação das mulheres; ☐ O monitoramento contínuo do indicador de cobertura do rastreamento mamográfico.					

	Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditores poderá verificar: ☐ Capítulo da Linha de Cuidado do Câncer de Mama no Plano Estruturado (item 2.1.1) contendo o protocolo de busca ativa para o rastreamento populacional do Câncer de Mama;	
	☐ Sistemas de informação que monitorem a realização bienal da mamografia na população alvo; ☐ Amostras de documentos (faturas, notas fiscais); ☐ Forma de contato para convidar as beneficiárias na faixa etária definida; ☐ Relatórios de acompanhamento do indicador: "Percentual de mulheres com idade entre 50-69 anos que realizaram mamografia".	
2.3.3	A operadora pactua com a rede prestadora protocolo clínico para o rastreamento individualizado de beneficiárias com risco aumentado para o câncer de mama, conforme indicação médica. Interpretação:	Essencial
	O rastreamento precoce do câncer de mama em mulheres com risco aumentado é uma estratégia essencial para garantir o diagnóstico oportuno, direcionar condutas clínicas personalizadas e ampliar as chances de cura com menores impactos físicos, emocionais e econômicos. Esse cuidado é especialmente relevante para a saúde da mulher, considerando a potencial agressividade dos tumores hereditários, o impacto psicossocial da doença e a chance de prevenir ou reduzir complicações quando diagnosticada precocemente.	
	Mulheres com risco de hereditariedade elevado, que possuem 1 (um) familiar de primeiro grau com câncer de mama, podem ter um risco 1,77 vezes maior de desenvolver essa doença. O risco aumenta ainda mais para aquelas com 2 (dois) ou mais familiares de primeiro grau afetados, podendo ser até 2,5 vezes maior que na população geral (Brewer et al., 2017).	
	Apesar de o câncer de mama hereditário representar apenas uma pequena fração dos casos (5 a 10%, segundo o INCA, 2021), mulheres com potencial de risco hereditário devem receber um acompanhamento diferenciado, além de estratégias específicas para a redução do risco de câncer. A operadora deve pactuar com seus prestadores de serviços, protocolo de rastreamento individualizado direcionado a mulheres que, independentemente da idade, apresentam fatores clínicos, familiares ou genéticos que elevam significativamente o risco de desenvolver câncer de mama.	
	São consideradas de risco aumentado (MS, 2022; INCA, 2021): ☐ Mulheres com familiar de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes dos 50 anos; ☐ Mulheres com histórico familiar de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer idade; ☐ Mulheres com parente homem com câncer de mama;	
	☐ Mulheres que receberam radioterapia torácica antes dos 30 anos; ☐ Mulheres ou homens com mutações germinativas confirmadas nos genes <i>BRCA1</i> , <i>BRCA2</i> ou outras síndromes genéticas associadas ao risco de câncer, como Li-Fraumeni, Cowden, Peutz-Jeghers, entre outras. Para esse grupo, a estratégia de rastreamento deve ser ajustada conforme o grau de risco, podendo incluir: ☐ Início do rastreamento em idade mais precoce, de acordo com indicação do médico assistente;	
	☐ Além da mamografia, pode ser utilizada a ultrassonografia mamária, de forma complementar ou ressonância magnética em casos selecionados; ☐ Encaminhamento para aconselhamento genético, especialmente quando há múltiplos casos de câncer em uma mesma linhagem familiar, diagnóstico em idades precoces, ou ocorrência de neoplasias associadas em familiares (como câncer de ovário, próstata, pâncreas ou colorretal). O aconselhamento genético tem papel central na definição do risco individual e na tomada de decisão sobre rastreamento, vigilância e prevenção. Ele deve ser realizado por profissional capacitado, em ambiente que permita escuta qualificada e orientação ética. O processo possibilita à mulher compreender:	
	☐ A natureza e implicações do risco hereditário; ☐ As opções de exames e intervenções preventivas; ☐ O impacto para familiares biológicos; ☐ A possibilidade de testes genéticos.	
	A adoção de conduta deve ser realizada por meio de decisão compartilhada, respeitando a autonomia da paciente e considerando os riscos, benefícios, preferências e valores individuais. Essa decisão deve ser formalizada por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), integrando o processo de cuidado centrado na pessoa (LU et al., 2022). Para que seja efetivo, cabe à operadora pactuar com a rede prestadora, própria, contratada ou referenciada, o protocolo clínico de rastreamento individualizado para mulheres com risco aumentado, garantindo:	





	☐ Critérios claros para identificação da população alvo; ☐ Encaminhamento estruturado para aconselhamento genético, quando indicado; ☐ Fluxos assistenciais que assegurem acesso a exames complementares conforme necessidade (mamografia precoce, ultrassonografia, ressonância magnética); ☐ Processo de decisão compartilhada documentado com TCLE; ☐ Registro desse protocolo no Plano Estruturado da Certificação, dentro da Linha de Cuidado do Câncer de Mama.			
2.3.4	Os Serviços de Diagnóstico por Imagem participantes desta certificação realizam busca ativa das pacientes com resultados críticos de exames de rastreamento do câncer da mama. Interpretação :			<i>Essencial</i>
	O protocolo de rastreamento do câncer de mama para mulheres em risco habitual recomenda a mamografia como o principal método para exame de imagem (INCA, 2021; Brasil/MS, 2024a). No entanto, em algumas situações, pode ser indicada a utilização de ultrassonografia de mama como método adicional ou a ressonância magnética nuclear (Brasil/MS, 2024a).			
	A operadora deve pactuar e estabelecer rotinas com sua rede de prestadores de Serviços de Diagnóstico por Imagem (mamografia, ultrassonografia de mama, ressonância magnética nuclear de mama) que participam desta Linha de Cuidado, visando à busca ativa das pacientes com resultados críticos de exames de rastreamento do câncer de mama.			
	Assim, além da busca ativa para o rastreamento, é fundamental garantir o conhecimento do resultado alterado ou suspeito do exame anatomopatológico por meio de um processo de busca ativa. A ideia desse procedimento é assegurar que pacientes e médicos solicitantes tenham acesso aos resultados de exames alterados, mesmo que esse paciente não retorne para pegar esse resultado (ANS, 2016).			
	Dessa forma, os laboratórios de anatopatologia devem garantir que, um laudo suspeito com o diagnóstico de câncer, se faça a busca desse paciente e de seu médico solicitante para que o resultado chegue em tempo hábil, para que se garanta a continuidade do cuidado. Para isso há a necessidade de criação de alertas para resultados alterados, essa é uma medida relativamente simples, mas que tem um impacto sistêmico importante (ANS, 2016). Portanto, os resultados que requerem continuidade na investigação diagnóstica devem ser capturados por um sistema de alerta do laboratório, garantindo que o resultado seja encaminhado ao médico solicitante em até 48 horas após a emissão do laudo.			
	O sistema BI-RADS, de classificação exames de imagem da mama como mamografias e ultrassonografias, padroniza os laudos com o objetivo de facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e garantir a consistência das avaliações. Além disso, auxilia na determinação da necessidade de acompanhamento e intervenções para mulheres com diferentes resultados de mamografias e outros exames de imagem (INCA, 2024; Brasil/MS, 2024b).			
	Tabela de Classificação BI-RADS - Categorias, Definições e Condutas			
	Categoria	Descrição	Recomendação de Conduta	
	BI-RADS 0	Avaliação incompleta. Necessita exames adicionais (ultrassonografia, ressonância magnética ou exames anteriores para comparação). Comum em exames de rastreamento.	Realizar avaliação complementar para definição diagnóstica.	
	BI-RADS 1	Achado negativo. Sem alterações relevantes ou suspeitas.	Acompanhamento anual a partir dos 40 anos em mulheres com risco habitual.	
	BI-RADS 2	Achados benignos. Exemplos: fibroadenoma típico, lipoma, hamartoma, calcificações benignas, distorções por cirurgia prévia.	Acompanhamento anual, como na categoria 1.	
	BI-RADS 3	Achado provavelmente benigno. Risco de malignidade ≤ 2%.	Acompanhamento em 6 meses, podendo ser repetido por até 24 meses.	
	BI-RADS 4A	Achado suspeito de baixo grau. Risco de malignidade entre 3-10%.	Biópsia recomendada. Espera-se resultado benigno.	
	BI-RADS 4B	Achado com suspeita intermediária. Risco entre 10-50%.	Biópsia percutânea com correlação imagem-histopatológica.	
	BI-RADS 4C	Achado com alta suspeita de malignidade. Risco entre 50-95%.	Biópsia obrigatória. Alta chance de câncer.	
	BI-RADS 5	Altamente sugestivo de malignidade. Risco > 95%.	Abordagem cirúrgica ou biópsia imediata para confirmação.	



	Fonte: Elaboração própria adaptada de D'ORSI C. J. <i>et al</i> ,2013	
	Consideram-se resultados críticos aqueles exames de imagem que apresentam forte suspeita de neoplasia maligna, como lesões classificadas como BI-RADS 4 ou BI-RADS 5 (Brasil/MS, 2024b). Os serviços responsáveis pelos métodos diagnósticos de imagem devem identificar as pacientes com exames críticos relacionados ao câncer de mama utilizando a classificação BI-RADS (BITENCOURT, 2016). Os resultados das mamografias que se enquadrarem nas seguintes categorias devem ser monitorados por meio de um sistema de alerta:	
	· BI-RADS 4 : Achado suspeito para neoplasia - imagens que requerem biópsia e que, entre 30% e 70% das vezes, podem indicar câncer de mama. · BI-RADS 5 : Achado altamente suspeito para neoplasia - imagens que requerem biópsia e que, em torno de 95% das vezes, podem indicar câncer de mama. As mulheres com exames classificados como BI-RADS 4 ou BI-RADS 5 devem ser encaminhadas para a continuidade da investigação diagnóstica, geralmente com a realização de biópsia e análise histopatológica. Assim, logo após a identificação de uma lesão suspeita nos exames de imagem, os resultados devem ser informados à paciente que realizou o exame, para que a investigação diagnóstica seja iniciada imediatamente.	
	Para pontuar neste item, a operadora deve pactuar com a rede indicada para esta linha de cuidado: · O encaminhamento das beneficiárias para realizar o rastreamento em Serviços de Diagnóstico por Imagem que realizam busca ativa de mulheres com resultados críticos. · A busca ativa imediatamente após a identificação de imagens classificadas como BI-RADS 4 ou BI-RADS 5 (Brasil/MS, 2024b).	
	· A existência de um sistema de alerta nos Serviços de Diagnóstico por Imagem que emita notificações sempre que houver a detecção de imagens de risco, ou seja, para resultados de exames alterados classificados como BI-RADS 4 ou BI-RADS 5. · O estabelecimento de estratégias para a busca ativa das pacientes com resultados de exames alterados, BI-RADS 4 ou BI-RADS 5, pelo Serviço de Apoio Diagnóstico por Imagem. A implementação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) , que deve ser assinado pela paciente antes da realização do exame, incluindo a autorização para o contato direto em caso de resultado crítico.	
	· A manutenção de um cadastro com os de pacientes e médicos solicitantes para que a busca ativa seja realizada, respeitando disposto na LGPD. A busca ativa das pacientes com resultados críticos deve ser realizada pelo Serviço de Diagnóstico por Imagem em um prazo máximo de 48 horas. Essa ação tem como objetivo viabilizar o prosseguimento da investigação e garantir a continuidade do cuidado em tempo oportuno, contribuindo para melhores desfechos clínicos.	
	Além disso, o Serviço de Diagnóstico por Imagem deve manter um protocolo que solicite a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da realização do exame, incluindo a autorização da paciente para o contato direto em caso de resultado crítico. Caso a beneficiária se recuse a autorizar o encaminhamento dos resultados críticos ao médico solicitante, o Serviço de Diagnóstico deverá fazer com que ela assine uma declaração informando sua recusa. A negativa da paciente deve ser devidamente documentada pelo Serviço de Apoio Diagnóstico por Imagem.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · No capítulo sobre a Linha de Cuidado do Câncer de Mama do Plano Estruturado a previsão da pactuação entre a operadora e os Serviços de Diagnóstico por Imagem para o estabelecimento de estratégias de busca ativa de pacientes com resultados de exames alterados, classificados como BI-RADS 4 ou BI-RADS 5.	
	· Por amostragem, os contratos ou documentos similares firmados entre a operadora e os prestadores de serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para participar desta Linha de Cuidado, que prevejam a realização da busca ativa das pacientes com resultados de exames alterados, classificados como BI-RADS 4 ou BI-RADS 5. · A lista de serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para participar desta Linha de Cuidado. Realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, aos Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para participar desta Linha de cuidado.	
2.3.5	Os Serviços de Diagnóstico por Imagem participantes desta Linha de Cuidado enviam diretamente ao médico solicitante os resultados dos exames com resultados críticos de rastreamento do câncer da mama. Interpretação:	<i>Essencial</i>
	A operadora deve pactuar e estabelecer rotinas com sua rede de prestadores de Serviços de Diagnóstico por Imagem (mamografia, ultrassonografia de mama, ressonância magnética nuclear de mama), indicados para participar desta Linha de Cuidado, com o objetivo de garantir o envio direto dos resultados críticos dos exames de rastreamento do câncer de mama (laudo e imagem) para o médico solicitante.	

	Além da busca ativa para o rastreamento é fundamental assegurar também, que os resultados alterados ou suspeitos dos exames sejam comunicados, por meio de um processo de busca ativa. A implementação de um serviço de busca ativa para garantir que os resultados dos exames alterados sejam conhecidos pode ser uma ferramenta importante na organização da rede de cuidados. O objetivo desse instrumento é assegurar que tanto os pacientes quanto os médicos solicitantes tenham acesso a resultados de exames alterados, mesmo que o paciente não retorne para buscá-los (ANS, 2016).	
	Os laboratórios de anatomopatologia devem assegurar que, após a emissão de um laudo suspeito ou que diagnostique uma doença oncológica, seja realizada a busca ativa do paciente e do médico solicitante, garantindo que o resultado chegue em tempo hábil. Para isso, é essencial a criação de alertas para resultados críticos. Os laboratórios responsáveis pelo exame devem entrar em contato tanto com o paciente quanto com o médico assistente, garantindo assim a continuidade do cuidado. Essa medida é relativamente simples, mas pode ter um impacto sistêmico significativo (ANS, 2016).	
	Portanto, os resultados que requerem continuidade na investigação diagnóstica devem ser capturados por um sistema de alerta do laboratório, garantindo que o resultado seja encaminhado ao médico solicitante em até 48 horas após a emissão do laudo. Consideram-se resultados críticos aqueles exames de imagem que apresentam forte suspeita de neoplasia maligna, como lesões classificadas como BI-RADS 4 ou BI-RADS 5 (Brasil/MS, 2024b).	
	O INCA utiliza o sistema BI-RADS em suas diretrizes e recomendações para o rastreamento do câncer de mama. Esse sistema de classificação padroniza os laudos de exames de imagem da mama, como mamografias e ultrassonografias, com o objetivo de facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e garantir a consistência das avaliações. O sistema BI-RADS também auxilia na determinação da necessidade de acompanhamento e intervenções para mulheres com diferentes resultados de mamografias e outros exames de imagem (INCA, 2024; Brasil/MS, 2024b).	
	Os serviços responsáveis pelos métodos diagnósticos de imagem devem identificar as pacientes com exames críticos relacionados ao câncer de mama utilizando a classificação BI-RADS (BITENCOURT, 2016; D'ORSI C. J. et al, 2013). Os resultados das mamografias que se enquadrarem nas seguintes categorias devem ser monitorados por meio de um sistema de alerta: · BI-RADS 4 : Achado suspeito para neoplasia - imagens que requerem biópsia e que, entre 30% e 70% das vezes, podem indicar câncer de mama. · BI-RADS 5 : Achado altamente suspeito para neoplasia - imagens que requerem biópsia e que, em torno de 95% das vezes, podem indicar câncer de mama.	
	As mulheres com exames classificados como BI-RADS 4 ou BI-RADS 5 devem ser encaminhadas para a continuidade da investigação diagnóstica, geralmente com a realização de biópsia e análise histopatológica. Assim, logo após a identificação de uma lesão suspeita nos exames de imagem, os resultados devem ser comunicados ao médico assistente que solicitou o exame, para que a investigação diagnóstica seja iniciada imediatamente. Os Serviços de Diagnóstico por Imagem devem entrar em contato com o médico solicitante do exame em um prazo máximo de 48 horas. Essa ação visa viabilizar o prosseguimento da investigação e garantir a continuidade do cuidado em tempo hábil, contribuindo para melhores desfechos clínicos.	
	Além disso, esses serviços, sejam de rede própria, contratada ou referenciada, devem contar com um sistema de informação que emita uma notificação de alerta sempre que houver a detecção de imagens de risco em mamografias. Também é fundamental que mantenham um protocolo que solicite a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da realização do exame, incluindo a autorização para o encaminhamento dos resultados críticos ao médico solicitante. Caso a beneficiária se recuse a autorizar o encaminhamento dos resultados críticos ao médico solicitante pelo Serviço de Apoio Diagnóstico, deverá assinar uma declaração informando sua recusa. A negativa da paciente deve ser devidamente documentada pelo Serviço de Apoio Diagnóstico por Imagem.	
	Para pontuar neste item, a operadora deve pactuar com a rede indicada para esta linha de cuidado: · O encaminhamento das beneficiárias para realizar o rastreamento em Serviços de Diagnóstico por Imagem que realizam busca ativa de mulheres com resultados críticos. · A busca ativa imediatamente após a identificação de imagens classificadas como BI-RADS 4 ou BI-RADS 5 (Brasil/MS, 2024b).	



	· Com os Serviços de Diagnóstico, sejam eles de rede própria, contratada ou referenciada, as seguintes ações: · A existência de um sistema de alerta nos Serviços de Diagnóstico por Imagem que emita uma notificação de alerta sempre que houver a detecção de imagens de risco nos exames, isto é, para os resultados de exames alterados, classificados como BI-RADS4 ou BI-RADS5. · O estabelecimento de estratégias para busca ativa das pacientes com resultados de exames alterados, BI-RADS4 ou BI-RADS5, pelo Serviço de o Diagnóstico por Imagem.	
	· A implementação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pela beneficiária antes da realização do exame, no qual deve constar a autorização para o encaminhamento dos resultados críticos, BI-RADS 4 ou BI-RADS 5, ao médico solicitante. · A manutenção de um cadastro com o contato dos médicos solicitantes, para que o encaminhamento dos resultados dos exames alterados (resultados críticos) seja realizado, respeitando a legislação da LGPD.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · No capítulo sobre a Linha de Cuidado do Câncer de Mama do Plano Estruturado a previsão da pactuação entre a operadora e o Serviços de Diagnóstico por Imagem para o estabelecimento de estratégias para o envio dos resultados de exames, em especial, os exames alterados, classificados como BI-RADS 4 ou BI-RADS 5 diretamente para o médico solicitante.	
	· Por amostragem, os contratos ou documentos similares firmados entre a operadora e os prestadores de serviços de apoio diagnóstico por imagem indicados para participar desta Linha de Cuidado, prevendo que realização de envio dos resultados de exames, em especial, os exames alterados, classificados como BI-RADS 4 ou BI-RADS 5 diretamente para o médico solicitante. · A lista de serviços de apoio diagnóstico por imagem indicados para participar desta Linha de Cuidado. Realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, aos Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
2.3.6	A operadora pactua com sua rede de serviços de atenção primária, clínicas, ginecologistas, mastologistas e oncologistas clínicos protocolo de investigação para o diagnóstico precoce de câncer de mama em mulheres com sinais e sintomas suspeitos. Interpretação	<i>Essencial</i>
	A operadora pactua com sua rede de serviços de atenção primária, clínicas ginecológicas, ginecologistas, mastologistas e oncologistas clínicos, a utilização de protocolo de investigação para o diagnóstico precoce do câncer de mama em mulheres com sinais e sintomas suspeitos. O diagnóstico precoce busca reduzir a morbidade e mortalidade do câncer de mama, concentrando-se na identificação da doença em seus estágios iniciais por meio de uma avaliação diagnóstica imediata. Existem diversas barreiras que podem interferir no diagnóstico precoce do câncer de mama, com destaque para (INCA, 2021):	
	· A baixa compreensão quanto às manifestações clínicas da doença. · O estigma do câncer como doença incurável, que leva a população a evitar procurar serviços de saúde. · A necessidade de atualização dos profissionais de saúde, que pode comprometer a identificação e o acompanhamento adequado dos casos de câncer. · A dificuldade de acesso dos beneficiários aos serviços para avaliação, investigação diagnóstica e tratamento em tempo oportuno, de forma contínua e integrada. A seguir são listados os sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama (INCA, 2021):	
	· Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos. · Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual. · Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade. · Descarga papilar sanguinolenta unilateral. · Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos.	
	· Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral. · Presença de linfadenopatia axilar. · Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja. · Retração na pele da mama. · Mudança no formato do mamilo.	





	Na presença de quaisquer desses sinais e sintomas, deve-se iniciar imediatamente a investigação diagnóstica. Para dar prosseguimento à investigação diagnóstica do câncer de mama, é importante que as solicitações de exames sejam priorizadas pela operadora e sigam a Via Rápida Oncológica ou <i>Fast Track</i> Oncológico, conforme previsto no item 1.1.8. Essa abordagem visa garantir que as pacientes recebam um atendimento ágil e eficaz, reduzindo o tempo de espera e melhorando os desfechos clínicos.	
	A definição de protocolos de referência para a investigação diagnóstica de casos suspeitos é altamente recomendada. Vale ressaltar que esses protocolos não têm como objetivo restringir a autonomia do profissional médico, mas sim funcionar como um suporte ao raciocínio clínico, promovendo a tomada de decisões fundamentadas em evidências e nas melhores práticas disponíveis (INCA, 2015).	
	O MS estabelece as seguintes recomendações para investigação diagnósticas em mulheres com sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama (Brasil/MS, 2024b): I - Realização do exame clínico das mamas pelo médico ou enfermeiro. · É imprescindível na avaliação de lesões suspeitas de neoplasia mamária, bem como na diferenciação entre nódulos palpáveis e não palpáveis. · O profissional deve realizar e descrever o exame em 3 etapas: Inspeção estática e dinâmica, palpação e avaliação da descarga papilar. II - Realização de diagnóstico por imagem. Podem ser utilizados :	
	· Mamografia : ☐ Para indicação diagnóstica: Deve ser realizada no caso de sinais e/ou sintomas suspeitos de câncer de mama. ☐ Controle radiológico: Indicada para acompanhamento de lesão provavelmente benigna (BI-RADS categoria 3). ☐ Após a mamografia, pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasia mamária (BI-RADS categoria ³ 4) devem ser encaminhadas para a Atenção Especializada (mastologia ou oncologia).	
	· Ultrassonografia : ☐ Ultrassonografia como exame adicional à mamografia quando: § BI-RADS = 0 (inconclusivo). § Contraindicação à mamografia (pacientes que não possam ser expostas à radiação). § Mulheres com alta densidade mamária.	
	§ Substituta da Ressonância Magnética (quando as mulheres não puderem realizá-la por qualquer motivo). ☐ Ultrassonografia como Exame Diagnóstico : § Diagnóstico diferencial. § Avaliação de lesão palpável nas pacientes jovens, abaixo de 30 anos. · Ressonância magnética: Indicação como exame diagnóstico :	
	☐ Situações não conclusivas: Quando exame clínico, mamografia e/ou ultrassonografia são inconclusivos. ☐ Carcinoma oculto: Situação em que a primeira manifestação do câncer de mama é o comprometimento neoplásico do linfonodo axilar. A concordância entre os resultados da biópsia, a clínica e os exames de imagem oferece segurança no diagnóstico e é fundamental para o planejamento terapêutico adequado. Quando ocorre discordância entre esses resultados, é necessário intensificar a investigação diagnóstica para garantir precisão.	
	Para cumprir este item, a operadora deve pactuar por meio de contrato ou documento similar, protocolo para o diagnóstico precoce do câncer de mama com sua rede assistencial participante da certificação, incluindo clínicas ginecológicas, serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), ginecologistas, mastologistas e oncologistas clínicos. O protocolo deve assegurar uma abordagem integrada e ágil no diagnóstico precoce do câncer de mama. Formas de Verificação de Evidências	
	A equipe de auditores poderá verificar: · No Plano Estruturado da Certificação em Atenção Oncológica a definição de protocolo de investigação diagnóstica para o câncer de mama em beneficiárias que apresentam sinais e sintomas suspeitos, pactuados com a rede. · A previsão de celeridade dos exames para o diagnóstico precoce do câncer de mama por meio do Fluxo Rápido ou <i>Fast track</i> da Central de Atendimento da operadora. · Nos contratos, de forma amostral, a existência de pactuação de protocolo para o diagnóstico precoce do câncer de mama com os prestadores da rede assistencial.	
2.3.7	A operadora pactua com a rede de atenção à saúde protocolo para o encaminhamento ao aconselhamento genético de beneficiários com história familiar sugestiva de predisposição hereditária ao câncer de mama. Interpretação:	Complementar

	Embora os cânceres de mama de origem hereditária representem uma fração reduzida do total de casos (cerca de 5% a 10%), eles estão associados a maior agressividade clínica, início precoce e recorrência de múltiplos tumores em diferentes membros da família (INCA, 2021; DANTAS et al., 2009). Identificar precocemente indivíduos com potencial risco genético é fundamental para adotar medidas preventivas e terapêuticas mais eficazes, garantindo melhores desfechos clínicos, qualidade de vida e cuidado centrado na pessoa.	
	Dessa forma, a operadora deve pactuar com sua rede prestadora - formada por ginecologistas, mastologistas, oncologistas ou profissionais capacitados em genética clínica - um protocolo estruturado para o encaminhamento ao aconselhamento genético, que deve estar descrito no Plano Estruturado da Linha de Cuidado do Câncer de Mama, integrando o Plano de Cuidado Individualizado da paciente e assegurando o respeito à decisão compartilhada, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (LU et al., 2022).	
	Critérios clínicos para risco aumentado de hereditariedade (INCA, 2021; DANTAS et al., 2009; BREAST CANCER ASSOCIATION CONSORTIUM, 2021): ☐ Múltiplos casos de câncer de mama em parentes consanguíneos, sobretudo em idade jovem e em parentes de primeiro grau; ☐ Câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer idade, em parentes consanguíneos;	
	☐ Diagnóstico de câncer de mama em homens na família; ☐ Mutações germinativas já identificadas nos genes <i>BRCA1, BRCA2, TP53, PALB2, CHEK2, ATM, RAD51C, RAD51D</i>; ☐ Diagnóstico familiar de síndromes genéticas como Li-Fraumeni, Cowden, Peutz-Jeghers, entre outras. Para fins desta certificação, devem ser encaminhados ao aconselhamento genético pacientes de ambos os sexos, com 18 anos ou mais, que apresentem história familiar sugestiva de predisposição hereditária ao câncer de mama.	
	Nessas situações, o acompanhamento clínico individualizado deve transcender a abordagem diagnóstica e terapêutica convencional, contemplando também: ☐ A estratégia preventiva personalizada para o paciente, com base no risco genético identificado; ☐ A avaliação da vulnerabilidade familiar, com atenção ao impacto em parentes biológicos; ☐ A inclusão de rastreamentos específicos, como ressonância magnética mamária anual; ☐ A discussão de medidas redutoras de risco, como mastectomia ou salpingo-ooforectomia profilática, quando indicado;	
	☐ A orientação quanto a exames moleculares e à possibilidade de testagem genética. ☐ O aconselhamento genético, realizado em ambiente que assegure escuta qualificada e orientação ética, possibilita à pessoa: ☐ Compreender a natureza e as implicações do risco hereditário; ☐ Avaliar o risco individual e familiar de desenvolvimento de câncer; ☐ Conhecer as opções de exames preventivos e testes genéticos disponíveis;	
	☐ Esclarecer opções de rastreamento precoce, como a ressonância magnética mamária anual ; ☐ Discutir condutas redutoras de risco, como cirurgias profiláticas (ex.: mastectomia bilateral ou salpingo-ooforectomia); ☐ Avaliar o impacto do risco genético para familiares biológicos e definir condutas de cuidado em rede; ☐ Envolver-se, junto aos seus familiares, em ações de prevenção e autocuidado, fortalecendo a autonomia, a qualidade de vida e a redução da morbimortalidade (DANTAS et al., 2009; MS, 2024).	
	Esse processo, ao integrar o plano de cuidado e estar ancorado na decisão compartilhada, amplia a autonomia da paciente e qualifica a assistência oncológica prestada (LU et al., 2022). Para fins desta Certificação, a operadora deve: ☐ Descrever no Plano Estruturado da Linha de Cuidado o protocolo de encaminhamento para aconselhamento genético, com critérios clínicos objetivos e integração ao plano individualizado de cuidado;	
	☐ Formalizar o protocolo junto à rede prestadora, por meio de contratos ou documentos similares, independentemente da natureza da rede (própria, contratada ou referenciada); ☐ Garantir a disponibilidade de profissional capacitado (mastologista, oncologista ou oncogeneticista) para realização do aconselhamento genético; ☐ Monitorar e registrar os encaminhamentos e a realização efetiva das consultas de aconselhamento genético em seu sistema de informação.	



	Formas de Verificação: ☐ Análise amostral de contratos com a rede prestadora contendo a pactuação do protocolo de encaminhamento; ☐ Verificação da presença do protocolo no Plano Estruturado da Certificação; ☐ Consulta ao sistema de informação da operadora com registros dos beneficiários que realizaram o aconselhamento; ☐ Verificação de faturas ou contas médicas que comprovem a realização das consultas para aconselhamento genético.	
2.3.8	A operadora monitora o indicador "percentual de mulheres entre 50 e 69 anos que realizam mamografia", alcançando um resultado igual ou superior a 90% das mulheres dessa faixa etária Interpretação: A realização sistemática da mamografia de rastreamento é reconhecida como uma das medidas mais eficazes para a detecção precoce do câncer de mama, contribuindo diretamente para a redução da mortalidade e para o aumento da efetividade terapêutica, além de possibilitar tratamentos menos invasivos e com menores impactos físicos e emocionais (INCA, 2013). O câncer de mama é atualmente a neoplasia mais incidente em mulheres no mundo, com 2,3 milhões de novos casos estimados em 2022, e é também a principal causa de morte por câncer entre mulheres, com 666.103 óbitos estimados no mesmo ano (IARC, 2024). No Brasil, a incidência e mortalidade seguem altas, a taxa bruta estimada de incidência do câncer de mama para o ano de 2023 foi de 66,54 casos por 100 mil mulheres (INCA, 2022), já a taxa de mortalidade para o ano de 2021 foi de 18.139 mulheres, o que equivale a 16% da mortalidade por câncer em mulheres, excluindo-se câncer de pele não melanoma. Esses dados reforçam a importância de ações organizadas de rastreamento e monitoramento (INCA, 2023). Diante desse cenário, torna-se justificado e tecnicamente necessário que a operadora alcance cobertura igual ou superior a 90% das mulheres entre 50 e 69 anos com mamografia realizada bianualmente, conforme definido nas diretrizes nacionais de rastreamento do câncer de mama (BRASIL, 2023; INCA, 2013). Para garantir acurácia e validade no monitoramento desse indicador, é imprescindível que a operadora: ☐ Identifique univocamente cada mulher da população alvo, impedindo duplicidades e garantindo que uma mesma beneficiária não seja contabilizada mais de uma vez no período analisado. Esse controle evita vieses e distorções nos resultados e é um requisito técnico obrigatório. ☐ Mantenha controle individualizado da data da última mamografia realizada e da data limite para nova realização, considerando como "coberta" a mulher que realizou o exame nos 24 meses anteriores à data da auditoria. ☐ Desconsidere exames repetidos realizados pela mesma beneficiária dentro do período de 24 meses. ☐ Realize o cálculo do indicador com base na ficha técnica disponível no Capítulo 10 deste Manual de Certificação, onde estão definidos os critérios metodológicos de inclusão, exclusão e periodicidade. A operadora deve, ainda, contar com: ☐ Sistema de informação estruturado, que permita identificar com precisão as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, acompanhar os prazos e emitir alertas de rastreamento; ☐ Pactuação formal com os Serviços de Diagnóstico por Imagem, assegurando o envio regular e padronizado das informações sobre realização de mamografias; ☐ Estratégias de busca ativa para convocação de mulheres com exames em atraso, por meio de mensagens, aplicativos ou canais institucionais; e ☐ Previsão dessas estratégias no Plano Estruturado, no capítulo da Linha de Cuidado do Câncer de Mama, com fluxos pactuados, metas de cobertura e monitoramento periódico. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ O capítulo da Linha de Cuidado do Câncer de Mama no Plano Estruturado, contendo as estratégias de rastreamento organizado, monitoramento e busca ativa; ☐ Contratos ou documentos similares com os serviços de imagem, prevendo o envio regular de dados sobre mamografias realizadas, de acordo com a LGPD; ☐ O sistema de informação da operadora, que comprove a identificação unívoca das beneficiárias, a data do exame e a data limite para o próximo; ☐ O resultado do indicador "Percentual de mulheres entre 50 e 69 anos que realizaram mamografia de rastreamento" apurado conforme a ficha técnica do Capítulo 10; ☐ Registros e evidências de ações de busca ativa (comunicações, relatórios de ligações, notificações por aplicativo, SMS etc.).	
Referências Bibliográficas do Requisito 2.3: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede: A (re)organização da rede de Atenção Opcional, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-publicacao-oncorede3-pdf>. Acesso em 08 dez. 2024. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa - RN nº 465 de 24 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDAMw==>. Acesso em 2025. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa ANS nº 566, de 29 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMOMQ==>. Acesso em 2025.		

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa nº 506, de 30 de março de 2022**. Inst. Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Rev. Normativas nº 440, de 13 de dezembro de 2018, nº 450, de 06 de março de 2020, e nº 463, de 23 de novembro de 2021. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0506_05_04_2022.html >. Acesso em: 02 jul. 2025.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **Statement on Breast Cancer Screening Guidelines**. Disponível em: < <https://www.acog.org/news/news-releases/2016/01/acog-statement-on-breast-cancer-screening-guidelines> >. Acesso em: 02 jul. 2025.

AUSTRALIAN GOVERNMENT (AG). Department of Health, Disability and Ageing. **BreastScreen Australia Program**. 2025. Disponível em: < <https://www.health.gov.au/our-work/breastscreen-australia-program/about-the-breastscreen-australia-program> >. Acesso em: 02 jul. 2025.

BITENCOURT, AG. Subdividing BI-RADS category 4 breast lesions observed on magnetic resonance imaging: Is it feasible? **Bras**. 2016 May-Jun;49(3):V. doi: 10.1590/0100-3984.2016.49.3e1. PMID: 27403028; PMCID: PMC4938441. Disponível em: < <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4938441/> >. Acesso em: 03 jul. 2025.

BREAST CANCER ASSOCIATION CONSORTIUM (BCAC) et al. Breast Cancer Risk Genes - Association Analysis in More Than 110,000 Women. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 384, n. 5, p. 428-439, Feb 2021. DOI 10.1056/NEJMoa1913948. Disponível em: < <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1913948?articleTools=true> >. Acesso em: 13 jun. 2024.

BREWER, H.R. et al. Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. **Breast Cancer Treatment**, [s. l.], v. 165, n. 1, p. 193-200, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5511111/> >. Acesso em: 02 jul. 2024.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. **Breast Cancer Screening for Women Not at High Risk: Draft Recommendation**. < <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/breast-cancerupdate-2024/> >. Acesso em: 02 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. (CFM). **Recomendação CFM Nº 1/2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de parecer livre e esclarecido na assistência médica. Disponível em: < https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf >. Acesso em: 02 jun. 2025.

DANTAS, E.L.R. et al. Genética do Câncer Hereditário. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2009; 55(3): 263-69. Disponível em: < <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1619/963> >. Acesso em: 26 dez. 2023.

DEUTSCHES MAMMOGRAPHIE SCREENING PROGRAMM. **Jahresbericht Evaluation**. Deutsches Mammographie-Screening Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Berlin, November 2023. Disponível em: < https://www.mammography-screening.de/download/downloads/Eval-2021-Webversion_2023-11-29.pdf >. Acesso em: 02 jul. 2025.

GIAQUINTO AN, SUNG H, MILLER KD, KRAMER JL, NEWMAN LA, MINIHAN A, et al. **Breast Cancer Statistics, 2022**. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2022;72(6):524-41.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). *Global Cancer Observatory - Cancer Today*. Lyon: IARC. Disponível em: < <https://gco.iarc.fr/today> >. Acesso em: 30 jun. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Controle do câncer de mama: documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/ficha-tecnica-controle-do-cancer-de-mama-2014.pdf> >. Acesso em: 24 set. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. (INCA). **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil> >. Acesso em: 23 jul. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. (INCA). **Atualização em mamografia para técnicos em radiologia**. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atualizacao_mamografia_tecnicos_radiologia_2ed_rev_atual.pdf >. Acesso em: 02 jul. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. (INCA). **Deteção precoce do câncer** / Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. - Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf> >. Acesso em: 02 jul. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. (INCA). **Diretrizes para rastreamento do câncer de mama**. Instituto Nacional do Câncer, 2021. Disponível em: < <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/mama/acoes/deteccao-precoce> >. Acesso em: 03 jul. 2025.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Cancer today**. Lyon: WHO, 2022. Disponível em: < <https://gco.iarc.fr/today/home> >. Acesso em: 30 ago 2024.

LUDWIG, K. et al. Risk reduction and survival benefit of prophylactic surgery in BRCA mutation carriers, a systematic review. **Journal of Surgery**, [s. l.], v. 212, n. 4, p. 660-669, 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.06.001> >. Acesso em: 02 jul. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: câncer de mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: < https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2024/RRPCDTCancerdeMama_CP.pdf >. Acesso em: 02 jul. 2025.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). **When you'll be invited for breast screening and who should go**. Disponível em: < <https://www.nhs.uk/conditions/breast-screening-mammogram/when-youll-be-invited-and-who-should-go/> >. Acesso em: 02 jul. 2025.

NICHOLSON WK, SILVERSTEIN M, WONG JB, BARRY MJ, CHELMOW D, COKER TR, et al. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **Jama**. 2024;331(22):1918-30.

NUFFIELDTRUST. **Cancer mortality rates**. Atualizado em 27 de fevereiro de 2025. Disponível em: < <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/cancer-mortality-rates> >. Acesso em: 12 nov. 2024.

PACI E; EUROSCREEN Working Group. Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe: the benefit and harm balance sheet. **J Med Screen**. 2012;19 Suppl 1:5-13. doi: 10.1258/jms.2012.012077. PMID: 22912077.

PARTNER SHIP AGAINST CANCER (PSAC). **Breast screening in Canada**, 2023-24. Disponível em: < <https://www.partnershipagainstcancer.ca/topics/breast-screening-canada-2023-2024/programs/guidelines/#:~:text=Guidelines%20for%20breast%20screening%20are,or%20has%20a%20physician%20involved%20in%20the%20process> >. Acesso em: 14 nov. 2024.

2.4.1	A operadora pactua com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Serviços de Atenção Primária, mastologistas e ginecologistas indicados para participar desta certificação, protocolo para indicação de e anatomopatológico para confirmação diagnóstica do Câncer de Mama.
	A operadora deve pactuar com a rede de atenção primária, ginecologistas, clínica de ginecologia e mastologia protocolo para indicação de exame anatomopatológico para diagnóstica do câncer de mama. O protocolo pactuado deve prever a indicação do exame anatomopatológico para confirmação do câncer de mama para pacientes com resultados considerados críticos na mamografia: BI-RADS 4 e 5.
	Para o diagnóstico definitivo é fundamental a realização do exame histopatológico, indicado conforme a avaliação clínica e os achados dos exames de imagem. De acordo com o INCA (2021) as pacientes com exame de imagem críticos BI-RADS 4 ou BI-RADS 5 devem ser encaminhadas para que realizem a confirmação diagnóstica, por meio de exame anatomopatológico, em tempo oportuno. Os exames de confirmação diagnóstica para o câncer de mama podem incluir (Brasil/MS, 2024a): · Biópsia percutânea : Método de escolha, realizada com agulha grossa (core biópsia) ou biópsia assistida a vácuo (mamotomia). Esses procedimentos são minimamente invasivos, têm boa acurácia e permitem a avaliação histopatológica e imuno-histoquímica do tumor.
	· Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) : Principal indicação para a avaliação do linfonodo axilar e para a diferenciação de lesões ovóides. As punções são realizadas tanto em lesões palpáveis quanto em lesões impalpáveis guiadas por exame de imagem (ultrassonografia, mamografia ou ressonância). · Biópsia cirúrgica : Indicada quando a biópsia percutânea é inviável (por questões técnicas) ou quando persiste suspeita de malignidade, mesmo após a realização da core biópsia (laudo anatomopatológico indeterminado/suspeito, adequabilidade da amostra insatisfatória, laudo benigno com exame de imagem BI-RADS 4 ou 5).
	A concordância entre os resultados da biópsia, da avaliação clínica e dos exames de imagem oferece maior segurança diagnóstica e é fundamental para o planejamento terapêutico adequado. Quando há discordância entre esses resultados, é necessário intensificar a investigação diagnóstica para garantir precisão. A operadora deve pactuar em contrato ou documento similar com a rede de ginecologistas, mastologistas, oncologistas clínicos protocolo para a realização de exame anatomopatológico, para confirmação diagnóstica em mulheres com exames de imagem com resultados críticos para a confirmação diagnóstica de câncer de mama conforme Protocolo pactuado.
	O Protocolo deve ser baseado em evidências científicas e atualizado sempre que houver quaisquer alterações nas recomendações para o diagnóstico do câncer de mama. Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditores poderá verificar: · A previsão de protocolo para indicação do exame anatomopatológico para confirmação diagnóstica do câncer de mama no capítulo da Linha de Cuidado do Câncer de Mama no Plano Estruturado no item 1.1.1.
	· De forma amostral, a existência de pactuação dos protocolos em contratos ou documentos similares com a rede de Atenção Oncológica Ambulatorial, a rede de ginecologistas, mastologistas, oncologistas. · O sistema de informação da operadora com os exames anatomopatológicos cobertos. · O sistema de contas médicas, faturamento, dentre outros, para verificar a realização dos exames anatomopatológicos.

2.4.2	A operadora referencia as pacientes com solicitação médica para confirmação diagnóstica do Câncer de Mama, por meio do serviço de atendimento ao cliente (Fast Track Oncológico) para estabelecimentos de saúde (clínicas, hospitais e laboratórios anatomopatológicos) indicados para participar desta Linha de Cuidado. Interpretação:	Essencial
	A operadora deve referenciar as pacientes com resultados críticos em mamografias ou outros exames de imagem, classificados como BI-RADS 4 e BI-RADS 5 para a realização da biópsia para confirmação diagnóstica em serviços de saúde (clínicas e hospitais e laboratórios anatomopatológicos) indicados para participar desta Linha de Cuidado. Esse referenciamento é importante, dado que esses serviços já cumprem com os critérios de boas práticas estabelecidos neste Manual e atuam em rede com os demais serviços indicados.	
	Assim, é importante que os exames de confirmação diagnóstica sejam realizados em serviços que atuam em rede, facilitando o itinerário terapêutico das pacientes e garantindo que as boas práticas recomendadas neste Manual estejam implementadas em todos os pontos de atenção utilizados durante a sua jornada. A realização do exame histopatológico/anatomopatológico para o diagnóstico definitivo de câncer de mama dependerá da avaliação clínica, dos exames de imagem e da indicação do médico assistente. Os exames de confirmação diagnóstica para o câncer de mama podem incluir (Brasil/MS, 2024a):	
	· Biópsia percutânea : método de escolha, realizada com agulha grossa (core biópsia) ou biópsia assistida a vácuo (mamotomia). Esses procedimentos são minimamente invasivos, têm boa acurácia e permitem a avaliação histopatológica e imuno-histoquímica do tumor. · Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) : principal indicação para a avaliação do linfonodo axilar e para a diferenciação de lesões ovóides. As punções são realizadas tanto em lesões palpáveis quanto em lesões impalpáveis, guiadas por exame de imagem (ultrassonografia, mamografia ou ressonância).	
	· Biópsia cirúrgica : indicada quando a biópsia percutânea é inviável (por questões técnicas) ou quando persiste a suspeita de malignidade, mesmo após a realização da core biópsia (laudo anatomopatológico indeterminado/suspeito, adequabilidade da amostra insatisfatória, laudo benigno com exame de imagem BI-RADS 5). Para cumprir esse item, a operadora deve: · Referenciar as pacientes com exame de imagem críticos BI-RADS 4 ou BI-RADS 5 para que realizem os exames de confirmação diagnóstica, em tempo oportuno, nos serviços de saúde indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
	☐ Incluir no <i>Fast Track</i> oncológico, as solicitações dos exames de confirmação diagnóstica para o câncer de mama, de modo a priorizar e dar celeridade à realização. Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditores poderá verificar: · A existência de serviços (Clínica, Hospitais e Laboratórios Anatomopatológicos) indicados para participar da certificação nesta Linha de Cuidado no Plano Estruturado, que realizam os exames de confirmação diagnóstica para o Câncer de Mama.	
	· Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, dos serviços de referência para realização da i confirmação diagnóstica (exames anatomopatológicos) para o câncer de mama indicados para participar da certificação nesta Linha de Cuidado. · O sistema de informação da operadora com os dados dos exames realizados nos serviços de referência indicados para participar da certificação nesta Linha de Cuidado. · O sistema de contas médicas, faturamento, entre outros para verificar a realização dos exames de confirmação diagnóstica nos serviços nos serviços de referência indicados para participar da certificação nesta Linha de Cuidado.	
2.4.3	A operadora deve incluir na autorização inicial do exame anatomopatológico a pré-autorização do exame imuno-histoquímico para o diagnóstico completo do câncer de mama, quando indicado pelo médico assistente. Interpretação:	Essencial
	Para garantir diagnóstico oportuno, preciso e integral do câncer de mama, é indispensável que, no momento da autorização do exame anatomopatológico, a operadora inclua a pré-autorização do exame imuno-histoquímico, sempre que houver solicitação clínica fundamentada do médico assistente. Essa medida assegura a continuidade do processo diagnóstico, reduzindo barreiras administrativas e promovendo decisões terapêuticas mais rápidas e baseadas em evidências (HAMMOND et al., 2020; HENRY et al., 2019).	
	O diagnóstico completo do câncer de mama depende não apenas do exame anatomopatológico, mas também da realização do painel imuno-histoquímico, que identifica marcadores moleculares essenciais para a definição do tipo de tumor, prognóstico e indicação terapêutica (ALLISON et al., 2020; ANDRÉ et al., 2019). A imuno-histoquímica permite classificar o tumor como luminal-like (receptores hormonais positivos), HER2-positivo ou triplo-negativo, determinando, por exemplo, o uso de quimioterapia, hormonoterapia ou terapia anti-HER2, além de orientar o melhor sequenciamento do tratamento (neoadjuvante ou adjuvante) (DENDULURI et al., 2021).	



	O exame deve ser realizado imediatamente após a confirmação anatomopatológica de neoplasia mamária, <i>seja in situ</i> ou invasiva, e deve estar previamente autorizado pela operadora no momento da liberação do exame anatomopatológico, conforme estabelecido no protocolo técnico pactuado com os serviços de anatomopatologia (item 2.4.1). Essa autorização vinculada garante segurança ao prestador, evita glosas e dá agilidade ao fluxo diagnóstico, desde que respeitado o critério clínico de indicação do painel.	
	Essa prática deve estar prevista na Via Rápida Oncológica "<i>Fast Track</i>" da operadora, conforme item 1.1.8 do Manual de Certificação, e pactuada com os laboratórios credenciados da Linha de Cuidado, conforme item 2.4.2. A ausência da pré-autorização pode causar atrasos relevantes no diagnóstico completo e no início do tratamento, prejudicando diretamente os desfechos clínicos da paciente. Portanto, trata-se de uma medida essencial de garantia de acesso tempestivo ao cuidado oncológico de qualidade. Para atendimento deste item, a operadora deve:	
	☐ Fornecer a autorização do exame imuno-histoquímico conjuntamente com o exame anatomopatológico, conforme solicitação clínica e protocolo vigente; ☐ Pactuar com os Laboratórios de Anatomopatologia os critérios clínicos e operacionais para realização do painel imuno-histoquímico; ☐ Integrar esse processo à Via Rápida Oncológica, para garantir rapidez no diagnóstico e início do tratamento. Formas de Verificação de Evidências: A auditoria poderá verificar:	
	☐ Contratos ou documentos pactuados com os Laboratórios de Anatomopatologia, estabelecendo o fluxo e critérios de autorização para exames imuno-histoquímicos; ☐ Registros no sistema da operadora que comprovem a vinculação entre as autorizações dos exames anatomopatológico e imuno-histoquímico; ☐ Documentos com os critérios clínicos de autorização, conforme protocolo técnico (item 2.4.1); ☐ Análise comparativa das datas de autorização e realização dos exames, assegurando que não haja atrasos indevidos; Comprovação da remuneração sem glosa para o exame imuno-histoquímico, nos termos do protocolo técnico estabelecido.	
2.4.4	Os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar da Linha de Cuidado do Câncer de Mama emitem laudo anatomopatológico completo e padronizado. Interpretação : A operadora deve pactuar com a rede de Laboratórios de Anatomopatologia para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama a emissão do laudo anatomopatológico completo e padronizado.	Essencial
	O laudo anatomopatológico consiste em uma análise interpretativa e subjetiva do profissional patologista, que requer informações clínicas, laboratoriais e estudos de imagem para uma interpretação adequada. Os patologistas devem reunir todas as informações do caso para elaborar um diagnóstico objetivo, incluindo todos os dados necessários à formulação do plano de cuidado pela equipe multiprofissional (ANS, 2016). O avanço no entendimento das neoplasias tem aumentado a complexidade das classificações das doenças, na tentativa de oferecer informações mais detalhadas sobre o prognóstico e as modalidades terapêuticas mais eficazes em cada caso.	
	Com isso, aumenta o volume e o detalhamento das informações que devem constar nos laudos anatomopatológicos. Para exemplificar, um tumor de mama diagnosticado há 30 anos tinha seu tratamento definido com um laudo que informava apenas a natureza maligna da lesão: "carcinoma ductal invasor". Preparar os laudos de neoplasias baseados em padrões de Sociedades Médicas, que são rotineiramente atualizados quanto às variáveis de relevância para o tratamento garante que o patologista informe em seus laudos todo o conteúdo necessário. Além disso, quanto maior a uniformidade de informações em relação às neoplasias, melhor o entendimento do seu comportamento, tornando o cuidado do paciente dentro da rede mais efetivo (ANS, 2016).	
	Atualmente, os laudos anatomopatológicos requerem, além da natureza maligna, informações como: · Tipo do tumor. · Grau histológico. · Invasão vascular: embolização vascular peritumoral, recomenda-se notificar se o comprometimento vascular é focal ou multifocal. · Determinação da expressão de receptores hormonais.	
	· Status dos receptores hormonais por imuno-histoquímica. · Avaliação do receptor de fator de crescimento epidérmico humano (HER2). · Índice proliferativo. · Intensidade e o tipo do infiltrado inflamatório. · Estadiamento: classificando a neoplasia pela disseminação local (restrita à mama), regional (mama e envolvimento dos linfonodos) ou à distância (metástases).	



	Essas informações são necessárias para a elaboração de um Plano de Cuidado Individualizado adequado. Preparar os laudos de neoplasias baseados em padrões estabelecidos por Sociedades Médicas, que são rotineiramente atualizados quanto às variáveis de relevância para o tratamento, garante que o patologista informe em seus laudos todo o conteúdo necessário. Além disso, quanto maior a uniformidade de informações em relação às neoplasias, melhor o entendimento do seu comportamento, tornando o cuidado do paciente mais efetivo dentro da rede (ANS, 2016).	
	Desse modo, aproximar os patologistas de todos os profissionais envolvidos nas etapas anteriores à elaboração do laudo anatomopatológico completo é uma condição necessária para garantir a qualidade do laudo e a definição do Plano de Cuidado Individualizado do paciente. A integração do oncologista clínico, do radiologista, do cirurgião, entre outros, é fundamental. Os profissionais envolvidos na etapa do diagnóstico devem ser capazes de trabalhar de maneira integrada, a fim de beneficiar o paciente, propiciando a construção de um laudo anatomopatológico completo e padronizado que auxilie na definição dos próximos passos do tratamento.	
	Seguem pontos importantes para elaboração do laudo anatomopatológico completo e padronizado (ANS, 2016): · Comunicação aberta entre os profissionais de saúde - troca de informações rápida e eficiente sobre os pacientes e seus exames. · Dados clínicos completos são fundamentais para a correlação com os dados morfológicos observados pelo patologista no desenvolvimento do raciocínio diagnóstico. · Dados morfológicos completos devem fazer parte do laudo, incluindo dados prognósticos de forma clara - laudo sinóptico.	
	· Dados de exames por outros métodos devem ser definidos pelo médico patologista baseados em correlação com dados morfológicos e clínicos. · Todos os aspectos diagnósticos, sempre que possível, devem ser correlacionados em um único laudo ou documento para melhor visualização das informações médicas. Para cumprir este item, a operadora deve pactuar, por meio de contrato ou documento similar, um modelo de laudo anatomopatológico completo, bem como a previsão da integração da rede, visando melhorar o diagnóstico, o estadiamento, a definição de prognóstico e o Plano de Cuidado Individualizado. Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: · No Plano Estruturado para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama, as estratégias de pactuação da operadora com sua rede Laboratórios Anatomopatológicos para a emissão de laudo anatomopatológico completo e padronizado. · A previsão de pactuação no capítulo da Linha de Cuidado do Câncer de Mama da operadora com sua rede de Laboratórios de Anatomopatologia participantes desta Linha de Cuidado para a emissão de laudo anatomopatológico completo e padronizado.	
	· Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, a previsão de emissão de laudos anatomopatológicos completos e padronizados pelos Laboratórios de Anatomopatologia indicados para esta Linha de Cuidado. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visita de forma amostral, presencial ou à distância, nos Laboratórios de Anatomopatologia participantes desta Linha de Cuidado para verificar a padronização dos laudos.	
2.4.5	Os Laboratórios de Anatomopatologia participantes desta Linha de Cuidado enviam os laudos anatomopatológicos completos e padronizados com confirmação de câncer de mama para o médico solicitante. Interpretação	<i>Essencial</i>
	A operadora deve pactuar e estabelecer rotinas com os Laboratórios de Anatomopatologia que participam desta Linha de Cuidado, para que enviem ao médico solicitante os laudos anatomopatológicos completos e padronizados com a confirmação de câncer de mama, em até 48 horas após a emissão do laudo, para que o acompanhamento da paciente possa prosseguir em tempo oportuno.	
	O laudo anatomopatológico e as informações sobre o estadiamento devem ser encaminhados ao médico solicitante na jornada de cuidado oncológico do paciente, para que se garanta a segurança e a elaboração do Plano de Cuidado Individualizado. É responsabilidade dos envolvidos no diagnóstico se certificarem de que os laudos suspeitos ou positivos para malignidade foram recebidos por aqueles com capacidade para encaminhar o cuidado do paciente (ANS, 2016).	
	A implementação de um serviço de busca ativa para garantir que os resultados dos exames alterados sejam conhecidos pode ser uma ferramenta importante na organização da rede de cuidados. O objetivo desse instrumento é assegurar que tanto os pacientes quanto os médicos solicitantes tenham acesso a resultados de exames alterados, mesmo que o paciente não retorne para buscá-los (ANS, 2016).	





	Para isso há a necessidade de criação de alertas para resultados críticos no sistema de informação dos laboratórios para que entrem em contato com o médico solicitante garantindo a continuidade do cuidado. Essa é uma medida relativamente simples, mas que tem um impacto sistêmico importante (ANS, 2016). Essas ações de comunicação com o médico solicitante do procedimento visam viabilizar o prosseguimento da investigação, contribuindo para melhores desfechos clínicos. Portanto, o estabelecimento dessa rotina é essencial para garantir agilidade no diagnóstico e na definição dos fatores prognósticos, que são indispensáveis para a tomada de decisão.	
	O envio oportuno do laudo anatomopatológico completo, com a confirmação diagnóstica e o resultado do estudo do perfil imuno-histoquímico, permite o início célere do tratamento, o que pode melhorar o prognóstico e proporcionar melhores resultados no cuidado das pacientes com câncer de mama. É importante que o laudo completo seja enviado juntamente com o resultado do estudo do perfil imuno-histoquímico, que deve ser pré-autorizado conforme o item 2.4.2. Isso é indispensável e fundamental para a tomada de decisão terapêutica, tanto na definição quanto no escalonamento do tratamento.	
	O estabelecimento que coletou a amostra para a realização da biópsia deve manter um protocolo que solicite a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da realização do exame, incluindo a autorização para o encaminhamento dos resultados ao médico solicitante em caso de resultado positivo para câncer de mama. Caso a beneficiária se recuse a autorizar o encaminhamento dos resultados ao médico solicitante, deverá assinar uma declaração informando sua recusa, que deve ser documentada pelo estabelecimento que coletou a amostra.	
	O Laboratório indicado para participar desta Linha de Cuidado deverá implementar um sistema de alerta para a rápida identificação dos exames alterados e, em seguida, enviar o laudo completo e padronizado ao médico solicitante no prazo de 48 horas. Para a operadora pontuar nesse item:	
	☐ Os Laboratórios de Anatomopatologia participantes de Linha de Cuidado, deverão monitorar os exames e enviar os laudos com resultados alterados ao médico solicitante em até 48 horas, para que o acompanhamento e o tratamento do paciente possam prosseguir em tempo oportuno. ☐ A operadora deve prever em contrato ou documento similar com os Laboratórios de Anatomopatologia: o O envio dos laudos anatomopatológicos completos e padronizados, conforme descrito no item 2.4.4 deste manual, ao médico solicitante, no prazo máximo de 48 horas após a emissão do laudo;	
	o A implementação de um sistema de alerta para a rápida identificação dos exames com laudos alterados; o A existência de um cadastro com os contatos de pacientes e médicos solicitantes, para que seja realizada a busca ativa, respeitando o disposto na LGPD; o A implementação de TCLE, no qual deve constar a autorização da paciente para encaminhamento do resultado ao médico assistente. A pactuação mencionada deve ser realizada entre a operadora e os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar desta Linha de Cuidado, independentemente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada.	
	Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·No capítulo da Linha de Cuidado do Câncer de Mama do Plano Estruturado a previsão da pactuação com os Laboratórios Anatomopatológicos das estratégias de envio dos laudos alterados para o médico solicitante.	
	·Nos contratos, de forma amostral, entre a operadora e os Laboratórios de Anatomopatologia, que devem conter: ☐ A definição das estratégias para envio dos laudos alterados para o médico solicitante, incluindo o sistema de alertas para resultados alterados. ☐ A existência de um cadastro de pacientes e médicos assistentes, para que o envio dos laudos alterados para os médicos solicitantes possam ser efetivamente executados. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, aos Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar desta Linha de cuidado.	
2.4.6	A operadora deve estabelecer, em conjunto com os Serviços de Atenção Oncológica participantes da Linha de Cuidado, a adoção de protocolos clínicos baseados em evidências científicas para a realização do estadiamento do câncer de mama Interpretação	Essencial
	O estadiamento oncológico é uma etapa fundamental no manejo do câncer de mama e deve ser realizado após a confirmação diagnóstica da neoplasia. Trata-se de um processo sistemático destinado à avaliação da extensão da doença, contemplando os seguintes aspectos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2024): ☐ Localização e dimensões do tumor primário; ☐ Comprometimento de linfonodos regionais;	

	☐ Presença de metástases à distância; e ☐ Impacto funcional nos sistemas orgânicos afetados. Esse processo orienta a definição terapêutica e a estimativa prognóstica da paciente, devendo seguir critérios internacionalmente reconhecidos, como os estabelecidos pelo sistema TNM (Tumor, Node, Metastases) da União Internacional Contra o Câncer (UICC). Trata-se de uma etapa essencial para a elaboração do Plano de Cuidado Individualizado, pois fornece as bases clínicas e diagnósticas para o planejamento terapêutico seguro e adequado.	
	Componentes do Sistema TNM (Brierley et al., 2016; Brasil, 2024): ☐ T (Tumor): Avaliação do tamanho e da extensão local do tumor pulmonar; ☐ N (Node): Verificação do envolvimento linfonodal regional; e	
	☐ M (Metástase): Identificação de disseminação neoplásica à distância. No câncer de mama, o estadiamento deve classificar a neoplasia quanto à sua extensão: local (restrita à mama), regional (com comprometimento da mama e dos linfonodos regionais) ou à distância (presença de metástases), utilizando o sistema TNM para definição do estágio clínico. Em casos de disseminação metastática, os sítios mais frequentemente acometidos são os ossos, pulmões e fígado. Essas informações são fundamentais para a elaboração de um Plano de Cuidado Individualizado, seguro e adequado. (SBOC, 2024).	
	Após a confirmação do diagnóstico de câncer de mama, o estadiamento deve ser realizado de forma criteriosa para fundamentar o plano de cuidado, antes da instituição do tratamento.	
	Segundo as Diretrizes de Tratamentos Oncológicos recomendadas pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC, 2024), para o estadiamento do câncer de mama, é fundamental considerar as seguintes situações: No câncer de mama em estágio inicial, exceto quando houver sinais ou sintomas sugestivos de doença metastática, não estão indicados, rotineiramente, exames de estadiamento.	
	☐ Para casos de câncer de mama, ainda que em estágio inicial, mas com presença de sintomas suspeitos, a indicação de exames para estadiamento dependerá da avaliação clínica e dos sintomas apresentados, conforme critério do médico assistente: o Em caso de dores ósseas ou aumento de fosfatase alcalina (FALC), considerar cintilografia óssea ou PET/CT; o Em caso de sintomas respiratórios ou pulmonares, considerar tomografia computadorizada (TC) de tórax com contraste;	
	o Em caso de sintomas gastrointestinais ou pélvicos, ou alterações de FALC ou enzimas hepáticas, considerar TC de abdome total com contraste ou RM com contraste; o Em caso de sintomas neurológicos, considerar RM de crânio com contraste; o Em caso de suspeita de compressão medular, considerar RM de coluna com contraste. o Em casos de tumores localmente avançados ou em pacientes que receberão tratamento neoadjuvante, considerar realização do estadiamento sistêmico com: ☐ Painel laboratorial completo, incluindo fosfatase alcalina;	
	☐ TC de tórax com contraste; ☐ TC de abdome e pelve com contraste ou RM com contraste; ☐ Cintilografia óssea; ☐ RM de crânio em pacientes com sinais e sintomas neurológicos; ☐ Radiografia de ossos com captação na cintilografia (caso não realizado PET/CT), especialmente em ossos de sustentação com risco potencial para fraturas patológicas; e	
	☐ PET/CT quando indicado conforme Diretrizes Clínicas baseadas em evidências. O estadiamento deve ser conduzido pelo médico assistente, com base em diretrizes clínicas previamente pactuadas com a operadora, que contemplem: ☐ A confirmação diagnóstica do câncer de mama, incluindo a avaliação do tamanho e da extensão da lesão primária; ☐ Uma avaliação individualizada, considerando o quadro clínico, os fatores prognósticos, as suspeitas de disseminação, os objetivos terapêuticos e resposta esperada ao tratamento; e	
	☐ A indicação dos exames necessários, fundamentada em protocolos clínicos atualizados e baseados em evidências. A interpretação integrada dos exames deve ser realizada pela equipe multiprofissional, com posterior reavaliação clínica da paciente pelo médico assistente. Essa análise é determinante para a estratificação adequada da doença - localizada, regional ou metastática - e para a definição do Plano de Cuidado Individualizado, cuja estrutura deve incluir, obrigatoriamente, o registro completo do estadiamento no prontuário clínico.	
	No câncer de mama, uma vez confirmado o diagnóstico, a operadora deve garantir o acesso da paciente a exames específicos de estadiamento antes da realização de intervenções terapêuticas, especialmente cirúrgicas. Essa conduta pode modificar significativamente a decisão clínica, sobretudo em casos assintomáticos com possível doença metastática	



	Para cumprir esse item, a operadora deverá: ☐ Estabelecer protocolo clínico formal com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e os oncologistas clínicos da Linha de Cuidado, assegurando a padronização dos critérios e métodos de estadiamento;	
	☐ Garantir a inclusão do protocolo pactuado no Plano Estruturado da Certificação, com especificação clara dos exames a serem realizados e sua integração aos fluxos assistenciais; ☐ Assegurar que o estadiamento conste como item obrigatório no Plano de Cuidado Individualizado da paciente, conforme estabelecido no item 2.5.1 da certificação; e ☐ Incluir os exames de estadiamento e avaliação inicial do paciente com diagnóstico confirmado de câncer de mama no fluxo prioritário (<i>Fast Track</i>) da Central de Atendimento, garantindo agilidade no início do tratamento.	
	Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ A existência de protocolo clínico baseado em evidências científicas para o estadiamento do câncer de mama no capítulo específico desta Linha de Cuidado no Plano Estruturado, conforme item 1.1.1;	
	☐ A existência de contratos, aditivos ou documentos similares firmados entre a operadora, os oncologistas clínicos e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, prevendo formalmente a adoção do protocolo de estadiamento; e A efetiva implementação dos protocolos clínicos pactuados, por meio de visitas presenciais ou remotas, realizadas de forma amostral, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial.	

2.4.7	A Operadora monitora o tempo entre a emissão do laudo da mamografia com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico. Interpretação: A operadora deve monitorar o tempo entre a emissão do laudo da mamografia com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico.	Excelência
	O laudo de mamografia com resultado crítico, sugestivo de câncer de mama (BI-RADS 4 e BI-RADS 5), deve ser confirmado por meio de exame anatomopatológico, com biópsia da lesão (INCA, 2022). De modo geral, a investigação diagnóstica começa com a mamografia e/ou a ultrassonografia mamária, seguidas dos exames histopatológicos, realizados por meio de biópsia (core biópsia, punção aspirativa por agulha fina - PAAF ou biópsia cirúrgica), conforme resultado da imagem e/ou da indicação clínica. A biópsia confirmará os casos câncer que necessitarão de tratamento (NCCN, 2021; INCA, 2022; Brasil/MS, 2024).	
	Estudos evidenciam que o diagnóstico e o tratamento precoce do câncer de mama podem reduzir mortalidade (NYSTROM et. al, 1993; CAPLAN et al., 1996; INCA, 2022). A detecção e o início precoce do tratamento do câncer estão relacionados à maior taxa de cura das pacientes com câncer de mama (RAMIREZ et al., 1999; OLIVOTTO et al., 2002). Assim, o estadiamento da doença no momento da instituição do tratamento é um dos fatores mais importantes na determinação prognóstica da paciente.	
	Deste modo, atrasos que levem à demora diagnóstica ou do início do tratamento permitem o crescimento tumoral, o que pode prejudicar as chances de cura das pacientes. Quanto mais rápida for a instituição do tratamento do câncer para tumores iniciais, maior será a chance da cirurgia ser curativa e de não ocorrer a disseminação da doença (TRUFELLI et al. 2008; INCA, 2022).	
	Vale ressaltar, que Trufelli et al. (2008) conduziram um estudo que identificou que o maior atraso na condução dos casos de câncer de mama ocorreu entre a mamografia e a realização da biópsia da lesão suspeita. O estudo também sugere que a maior demora no diagnóstico está relacionada a pacientes com estadiamento mais avançados da doença.	
	Assim, é altamente relevante que a operadora monitore os intervalos de tempo entre mamografia com suspeita diagnóstica e a realização de exame anatomopatológico para a confirmação do diagnóstico de câncer de mama. Desse modo, para que a operadora realize o monitoramento do tempo entre a emissão do laudo da mamografia com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico, deverá pactuar o envio dos dados dos serviços de métodos diagnósticos por imagem e de exame anatomopatológico de sua rede assistencial indicada para participar desta Linha de Cuidado. Os dados deverão utilizar a identificação unívoca das beneficiárias, de modo a possibilitar o monitoramento do indicador.	
	Formas de Obtenção de Evidências A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A descrição detalhada das estratégias de monitoramento do tempo entre a emissão do laudo da mamografia com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.	





	☐ O Sistema de informação que possibilite a identificação, de forma unívoca, das beneficiárias com exames de mamografia com resultado crítico, com a data emissão do laudo da mamografia e a data da realização do exame anatomopatológico. ☐ Evidências do monitoramento, pela operadora, dos resultados observados no intervalo de tempo entre a data de emissão do laudo da mamografia com resultado crítico e a data da realização do exame anatomopatológico.	
Referências Bibliográficas do Requisito 2.4: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede : A (re)organização da rede de Atenção Oncológica na saúde suplementar , 2016. Disponível em:<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf>.Acesso em: 08 dez. 2023. ALLISON, K. H. et al. Estrogen and progesterone receptor testing in breast cancer: ASCO/CAP guideline update. Journal of Clinical Oncology , v. 38, n. 12, p. 1346-1366, 2020. ANDRÉ, F. et al. Breast cancer classification and prognosis based on immunohistochemical subtypes. The Lancet Oncology, v. 20, n. 5, p. 605-617, 2019. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Linhas de Cuidado. Câncer de mama . Unidade de Atenção Primária. Rastreamento Diagnóstico. Risco de câncer e conduta a partir da categoria de avaliação BI-RADS®. Adaptado de Detecção Precoce Câncer de Mama, Instituto Nacional de Câncer: 2020 [folder]; Protocolos de encaminhamento para Mastologia, Telessaúde: 2020; ACR BI-RADS®, American College of Radiology 2013.Disponível em:<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/unidade-de-atencao-primaria/rastreamento-diagnostico/risco-cancer-conduta-categoria-BI-RADS>.Acesso em: 23 out. 2024b. BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 . Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União, Brasília, 15 ago. 2018.Disponível em:< https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm>. Acesso em: 15 jun. 2022. CASTANHO, P. S obre a questão da tarefa no grupo: Aspectos psicanalíticos e psicossociais. In T. S. Emidio, & M. Y. Okamoto (Orgs.), Perspectivas psicanalíticas atuais para o trabalho com famílias e grupos na universidade (pp. 87-101). Cultura Acadêmica , 2017. CAPLAN LS, EDWARDS BK, HELZLSOUER KJ, SHAPIRO S, WESLEY MN. Reasons for delay in breast cancer diagnosis. Prev Med. 1996;25(2):218-24. DENDULURI, N. et al. Selection of optimal adjuvant chemotherapy regimens for early breast cancer: ASCO guideline update. Journal of Clinical Oncology , v. 39, n. 24, p. 2599-2612, 2021. HAMMOND, M. E. H. et al. HER2 testing in breast cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists clinical practice guideline focused update. Archives of Pathology & Laboratory Medicine , v. 144, n. 5, p. 545-563, 2020. HENRY, N. L. et al. Role of tissue biopsy and histopathologic review in breast cancer diagnosis. JAMA Oncology , v. 5, n. 2, p. 251-257, 2019 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção Precoce do Câncer . Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em:<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) . Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama. / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2022.Disponível em:<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/parametros-tecnicos-deteccao-precoce-cancer-de-mama.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. Breast cancer screening and diagnosis . Plymouth Meeting, PA: NCCN, 2021 NYSTROM L, RUTQVIST LE, WALL L. Breast cancer screening with mammography: overview of the Swedish randomized trials. Lancet 1993;341(8851):973-8. OLIVOTTO IA, GOMI A, BANCEJ C, BRISSON J, TONITA J, KAN L, et al. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. Cancer . 2002;94(8):2143-50. PICHON-RIVIÈRE, E. O Processo Grupal . (6ª edição). Editora Martins Fontes, 2000 (Trabalho original publicado em 1983). RAMIREZ AJ, WESTCOMBE AM, BURGESS CC. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. Lancet. 1999;353(9159):1127-31. SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE (SAES). Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado . Câncer de mama. 2022. Disponível em:<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/>. Acesso em: 23 out. 2024. TRUFELLI, D. C. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. Revista da Associação Médica Brasileira , v. 54, n. 1, p. 72-76, jan. 2008. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/ramb/a/vkwMGcTSY3sWZmJYVpXCQ7L/>.Acesso em: 14 nov. 2024.		
2.5 Tratamento - Câncer de Mama Requisito que avalia a disponibilização do tratamento adequado à paciente com Câncer de Mama, o considerando característica como o tipo de tumor, o estadiamento, dentre outras.		
2.5.1	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado estabelecem Plano de Cuidado Individualizado para as pacientes com câncer de mama confirmado. Interpretação:	Essencial



	O tratamento e o acompanhamento das pacientes com câncer de mama devem ser realizados nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado, os quais devem oferecer assistência integral, especializada e multiprofissional. Esses Serviços devem funcionar de acordo com o estabelecido nos itens 1.2.1; 1.2.2 e 1.2.3 neste Manual.	
	Para o melhor acompanhamento das pacientes com câncer de mama, os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial devem estabelecer um Plano de Cuidado Individualizado, elaborado pela equipe multiprofissional, com o objetivo de planejar o tratamento e monitorar os resultados, considerando as melhores práticas clínicas e as possibilidades terapêuticas, centradas nas necessidades e na realidade de cada paciente.	
	Para a elaboração do Plano de Cuidado Individualizado, é fundamental fornecer às pacientes todas as informações relevantes sobre sua condição de saúde, de forma compreensível e acessível, possibilitando que as decisões sejam tomadas de maneira compartilhada. O Plano de Cuidado Individualizado deve conter, no mínimo, as seguintes informações: ☐ O tipo de câncer; ☐ O estadiamento do câncer;	
	☐ Avaliação do estado nutricional e físico, com vistas a monitorar e tratar a desnutrição, a sarcopenia, entre outras condições; ☐ Avaliação psicossocial; ☐ Os objetivos do tratamento; ☐ O Planejamento do tratamento oncológico específico, baseado nas necessidades da paciente, incluindo os procedimentos e técnicas que serão utilizados e o tempo de utilização);	
	- o Assistência nutricional; - o Apoio psicossocial; - o Pré-habilitação cirúrgica; - o Cirurgia oncológica (em casos de doença localizada e operável);	
	- o Radioterapia (isolada ou em combinação com outros métodos); - o Tratamento sistêmico, como quimioterapia, imunoterapia ou terapia alvo, conforme o perfil molecular e clínico do tumor; - o Reabilitação fisioterápica (quando indicado) - o Cuidados paliativos (quando indicados, visando ao controle de sintomas e à promoção da qualidade de vida); - o Cuidados de fim de vida (quando indicados, visando ao controle de sintomas e à promoção da qualidade no fim de vida) e	
	☐ Resultado desejado. Para pacientes com mais de 60 anos, o Plano de Cuidado Individualizado deverá incluir a estratificação de risco atualizada para a pessoa idosa, bem como o instrumento utilizado para essa avaliação, possibilitando um planejamento mais adequado e orientações para cuidadores e/ou familiares. Alguns instrumentos de estratificação de risco disponíveis atualmente são o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13), (Moraes, 2023; Brasil, 2018).	
	Para o cumprimento deste item, a operadora deve pactuar com seus prestadores de serviços de atenção oncológica a adoção de um Plano de Cuidado Individualizado para cada paciente com diagnóstico de câncer de mama, elaborado e monitorado pela equipe multiprofissional dos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial.	
	Formas de Verificação de Evidências : A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A previsão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1. da utilização de Plano de Cuidado Individualizado pelos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado;	
	☐ De forma amostral, nos contratos ou documentos similares firmados entre a operadora e os Serviços Atenção Oncológica Ambulatorial, a pactuação da utilização de Plano de Cuidado Individualizado por esses serviços; e ☐ Por meio de visita presencial ou remota, de forma amostral, a adoção do Plano de Cuidado Individualizado pelos Serviços Atenção Oncológica participantes desta Linha de Cuidado.	
2.5.2	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado estabelecem um Navegador do Cuidado para pacientes com diagnóstico de câncer de mama confirmado. Interpretação:	<i>Essencial</i>

	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais participantes desta Linha de Cuidado disponibilizam um navegador do cuidado para pacientes com diagnóstico com diagnóstico de câncer de mama confirmado. O navegador do cuidado é um profissional de saúde, geralmente um enfermeiro, cuja função é apoiar a paciente a transitar de forma oportuna e assertiva pelo sistema de saúde, facilitando seu itinerário terapêutico na rede de atenção (ANS, 2016; BRASIL 2024).	
	Caso o navegador do cuidado seja enfermeiro(a), deverá ser observada a Resolução COFEN nº 735 de 17 de janeiro de 2024, que normatiza a atuação do Enfermeiro navegador e do Enfermeiro clínico especialista para que haja maior clareza e qualidade nas atividades desenvolvidas por esse profissional. A atuação de um navegador do cuidado do paciente é indicada para condições crônicas complexas, como nos casos de câncer de mama confirmados. Nessas situações, a paciente necessita de uma abordagem proativa, mais próxima e frequente de um profissional de saúde, a fim de reduzir as barreiras de acesso e facilitar o acesso ao tratamento adequado e em tempo oportuno (BRASIL 2024; Mendes, 2011).	
	Na abordagem ao paciente com câncer, o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento pode ser crucial para o prognóstico. Assim, uma das principais funções da navegação ou gestão do cuidado da paciente é garantir o atendimento oportuno, o que pode impactar significativamente no desfecho clínico (ANS, 2016; BRASIL 2024; Mendes, 2011).	
	A oportunidade é um dos principais atributos da qualidade em saúde, configurando-se como a redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente prejudiciais tanto para quem recebe quanto para quem presta o cuidado (IOM, 2001; BRASIL, 2014). Dessa forma, entende-se que o tempo oportuno é o período durante o qual a prestação do cuidado ou da intervenção se faz mais benéfica e necessária (JCAHO, 1993 apud PROADESS, 2011). Além do tempo oportuno, outro objetivo da navegação do cuidado da paciente é promover a atenção integral, coordenada e baseada nas melhores evidências científicas, conforme o plano de cuidado estabelecido.	
	Assim, outra função importante do navegador do cuidado da paciente é buscar garantir a utilização dos protocolos clínicos definidos no plano de cuidado pela equipe. Dessa forma, a navegação pode auxiliar na garantia da pertinência do cuidado às pacientes com câncer de mama. A disponibilização do navegador do cuidado deve ser realizada o mais precocemente possível, a partir da confirmação diagnóstica anatomopatológica do câncer de mama, de modo a favorecer o alcance de desfechos positivos e melhorar a qualidade de vida das pacientes. ·O navegador do cuidado na Linha de Cuidado do Câncer de Mama deve:	
	☐ Iniciar a navegação da paciente imediatamente após a confirmação do diagnóstico por meio de exame anatomopatológico. ☐ Permanecer atuante durante toda a jornada da paciente. ☐ Favorecer a integração dos diversos serviços e profissionais envolvidos no acompanhamento da paciente com câncer de mama. ☐ Proporcionar segurança e apoio à paciente. ☐ Apoiar e facilitar a marcação de exames e terapias em tempo oportuno.	
	☐ Facilitar o acesso a todos os procedimentos e tratamentos do plano de cuidado da paciente, reduzindo barreiras no itinerário terapêutico. ·Para que a navegação do cuidado seja efetiva, o serviço de atenção oncológica ambulatorial deve disponibilizar às pacientes e/ou familiares canais de comunicação rápida para: ☐ Contato em caso de mal-estar e complicações. ☐ Dúvidas quanto à medicação.	
	☐ Facilitar o acesso à equipe. ☐ Facilitar o acesso a procedimentos e exames. Para a operadora cumprir este item, a navegação do cuidado da paciente com câncer de mama deve ser realizada por um profissional de saúde do Serviço de Atenção Oncológica Ambulatorial e pode ocorrer de forma combinada, presencial e à distância. O navegador deverá acompanhar a paciente ao longo de sua jornada na rede de atenção.	
	A disponibilização do navegador do cuidado para as pacientes com câncer de mama confirmado deve constar no contrato ou documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado, independentemente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada. Além disso, a operadora deve certificar-se da implementação do Navegador ou Gestor do Cuidado da paciente por meio de visitas anuais aos serviços, que podem ser presenciais ou à distância.	
	A operadora deve remunerar o serviço de navegação do cuidado das pacientes com câncer de mama, devendo constar de forma explícita no contrato, aditivo contratual ou documento similar. Formas de Verificação de Evidências : A equipe de auditores poderá verificar:	



	· Verificar no capítulo sobre o Câncer de Mama do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1 o detalhamento da ações do Navegador do Cuidado. · Verificar, por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados como participantes desta Linha de Cuidado, prevendo a cobertura da navegação do cuidado. · Verificar, por amostragem, as notas fiscais, documentos de cobrança ou faturas no sistema de contas médicas relativas às atividades realizadas pelo Navegador do cuidado.	

2.5.3	A operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica protocolo para a abordagem nutricional do paciente com câncer de mama. Interpretação:	Essencial
	A terapia nutricional oncológica é uma estratégia essencial e complementar ao tratamento oncológico. Ela visa garantir que o paciente alcance as necessidades nutricionais adequadas para manutenção e/ou recuperação do peso corporal, melhora dos desfechos clínicos, redução de complicações e promoção da qualidade de vida. A intervenção nutricional deve ser iniciada o mais precocemente possível, preferencialmente no momento do diagnóstico de câncer, como forma de evitar a deterioração do estado nutricional e os impactos negativos que isso gera no tratamento (Oliveira, 2015).	
	A desnutrição é uma condição frequente em pacientes oncológicos, resultante tanto dos efeitos da própria doença quanto das toxicidades associadas aos tratamentos, além da redução da ingestão alimentar. Estudos apontam que até 20% das mortes em pacientes com câncer decorrem diretamente da desnutrição e não da progressão do tumor (Li et al., 2018). A prevalência de desnutrição em pacientes oncológicos varia em média entre 20% e 70%, dependendo do tipo e estágio da doença, sendo de 14% especificamente nos casos de câncer de mama (Hébuterne et al., 2014).	
	Os sintomas como anorexia, náuseas, vômitos, dor e alterações gastrointestinais são frequentes e impactam significativamente na ingestão alimentar. Paralelamente, o microambiente tumoral e os processos inflamatórios associados promovem desordens metabólicas importantes, como aumento da taxa metabólica basal, resistência à insulina, lipólise e proteólise, levando à perda de peso e de massa muscular.	
	Esse quadro é agravado pela inflamação sistêmica crônica, que gera um estado catabólico, aumentando as demandas energéticas do organismo e dificultando a síntese de proteínas musculares, fenômeno conhecido como resistência anabólica. Esse desequilíbrio entre maior demanda metabólica e menor ingestão alimentar resulta em deterioração progressiva do estado nutricional (Arends et al., 2017; Li et al., 2018).	
	As principais complicações nutricionais incluem caquexia e sarcopenia , condições que comprometem o desempenho físico, aumentam a toxicidade dos tratamentos, reduzem a resposta terapêutica, pioram a qualidade de vida e diminuem a sobrevida (INCA, 2015; Arends et al., 2017). A caquexia, síndrome caracterizada pela perda involuntária e progressiva de peso e massa muscular, acomete cerca de 50% dos pacientes oncológicos (Kern; Norton, 1988), sendo associada à anorexia, atrofia muscular, fadiga, anemia e hipoalbuminemia, fatores que comprometem gravemente os resultados terapêuticos (INCA, 2015).	
	Diante desse contexto, torna-se imprescindível a adoção de Protocolos de Assistência Nutricional , padronizando as práticas de avaliação, intervenção e monitoramento dos pacientes com câncer de mama. O objetivo é garantir que o cuidado nutricional esteja integrado a todas as etapas do tratamento oncológico, desde o diagnóstico até o seguimento ambulatorial, hospitalar e domiciliar, permitindo intervenções precoces e contínuas, baseadas em evidências, que contribuam diretamente para melhores desfechos clínicos e operacionais. O Protocolo de Assistência Nutricional deve contemplar:	
	☐ Triagem Nutricional precoce, para identificar risco nutricional; ☐ Avaliação Nutricional Subjetiva e Objetiva, incluindo parâmetros antropométricos, bioquímicos, composição corporal, força muscular e funcionalidade; ☐ Monitoramento da ingestão alimentar e qualidade de vida; ☐ Definição da conduta nutricional com suporte oral, enteral ou parenteral, de acordo com a necessidade clínica, respeitando todas as fases do tratamento (hospitalar, ambulatorial e domiciliar).	
	O protocolo deve considerar as diretrizes propostas pela ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) , que preconiza três passos fundamentais no manejo nutricional do paciente oncológico (Arends et al., 2017): ☐ Rastrear todos os pacientes para risco nutricional no início do tratamento , independentemente do índice de massa corporal (IMC) ou perda de peso anterior;	
	☐ Expandir a avaliação nutricional, incluindo além dos dados tradicionais, marcadores inflamatórios, avaliação da composição corporal, gasto energético e função física; ☐ Adotar intervenções nutricionais multimodais, com planos personalizados, visando não apenas o aumento da ingestão calórica, mas também a modulação da inflamação, controle do estresse metabólico e promoção da atividade física.	



	A ferramenta recomendada para avaliação inicial é a Triagem de Risco Nutricional 2002 (TRN-2002), que orienta intervenções específicas conforme o escore obtido. Pacientes com escore ³3 devem iniciar terapia nutricional especializada, inclusive no pré-operatório. Mesmo aqueles sem risco, mas submetidos a cirurgias de grande porte, devem receber intervenção nutricional prévia (INCA, 2015). Cabe ao nutricionista realizar a avaliação nutricional e definir o plano terapêutico nutricional, que deve constar do Plano de Cuidado Individualizado:	
	☐ Ambulatorial: o Avaliação nutricional e orientação sobre a dieta oral e acompanhamento nutricional - pacientes sem risco devem ser reavaliados em até 30 dias; o Avaliação nutricional e orientação sobre a dieta oral e acompanhamento nutricional - pacientes com risco devem ser reavaliados em até 15 dias. ☐ Internação: o A pré habilitação cirúrgica deve ser realizada quando indicada.	
	o A avaliação inicial deve ser realizada entre 24 e 48 horas da admissão hospitalar, podendo ser utilizadas as ferramentas Triagem de Risco Nutricional 2002 (TRN-2002), Avaliação Subjetiva Global (ASG) e Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP). o A reavaliação nutricional deve ser realizada, no mínimo, a cada sete dias durante o período de internação. o No pós-operatório, é obrigatória a continuidade do acompanhamento nutricional no ambulatório, com foco na reabilitação e na prevenção de complicações, evitando reinternações.	
	☐ Atenção Domiciliar: o Orientação sobre a dieta oral, enteral ou parenteral. o Definição do plano terapêutico, considerando o quadro clínico, nutricional e socioeconômico, além de avaliar as possíveis sequelas cirúrgicas e comorbidades. o O planejamento da Assistência Nutricional, bem como sua evolução, deve ser discutido com a equipe multiprofissional e registrado em prontuário.	
	Para atendimento a esse item, a operadora deve adotar protocolo formalmente pactuado com os serviços de atenção oncológica, abrangendo toda a linha de cuidado para pacientes com câncer de mama. Forma de verificação de evidências: A equipe de auditores poderá: ☐ Realizar verificação documental da existência de protocolo nutricional específico no Plano Estruturado da Operadora;	
	☐ Verificação de forma amostral de contratos ou documentos similares entre a operadora e os serviços de atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama; ☐ Verificar realização da assistência nutricional por meio de sistemas de informação assistenciais e operacionais, como sistema de faturamento de contas médicas; e ☐ Realizar visitas presenciais ou virtuais aos serviços de atenção oncológica vinculados à linha de cuidado do câncer de mama.	
2.5.4	A operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e Hospitalares, indicados para compor a Linha de Cuidado do Câncer de Mama, a adoção de um protocolo clínico de pré-habilitação cirúrgica multiprofissional, com base em evidências científicas. Interpretação	Essencial
	A pré-habilitação oncológica consiste em um conjunto de intervenções realizadas antes do procedimento cirúrgico, com abordagem integral e multiprofissional, que visa otimizar o estado funcional do paciente, reduzir complicações intra e pós-operatórias, acelerar a recuperação e melhorar os desfechos clínicos (INCA, 2024; Carli; Scheede-Bergdahl, 2015).	
	Essa preparação deve ser personalizada, conforme as necessidades clínicas identificadas pelo médico assistente, e articulada entre diferentes profissionais, podendo incluir médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos. O programa é estruturado com base em princípios fundamentais (INCA, 2024), entre os quais destacam-se:	
	☐ Ação multiprofissional como pilar do programa; ☐ Estímulo à adoção de hábitos saudáveis, como cessação do tabagismo e etilismo, além da correção de padrões alimentares inadequados; ☐ Avaliação nutricional detalhada;	
	☐ Melhora da capacidade funcional por meio de exercícios físicos planejados, com foco na aptidão cardiorrespiratória, força muscular, resistência e mobilidade; ☐ Controle glicêmico rigoroso, especialmente em pacientes diabéticos, visando à redução dos riscos anestésicos e complicações pós-operatórias; ☐ Suporte psicológico, com ênfase no acompanhamento emocional, redução da ansiedade e depressão, e promoção da adesão ao tratamento; ☐ Estratificação de risco para pessoas idosas, com a utilização de instrumentos atualizados e registro da ferramenta aplicada, além de orientações específicas a cuidadores e familiares, assegurando o planejamento de um cuidado individualizado.	



	A literatura reforça a importância dessas medidas, sobretudo em pacientes idosos ou fragilizados, mais suscetíveis a complicações perioperatórias. Evidências apontam que o comprometimento do estado nutricional, emocional e da funcionalidade física está diretamente associado a piores desfechos clínicos (Santa Mina et al., 2014; Kortebein et al., 2008; Dronkers et al., 2013). Para atender a este item, a operadora deverá:	
	☐ Pactuar formalmente com a rede prestadora a adoção de um protocolo clínico de pré-habilitação cirúrgica multiprofissional, baseado em evidências científicas; ☐ Incluir a pré-habilitação no plano estruturado da Linha de Cuidado do Câncer de Mama. Formas de Verificação de Evidências : A equipe de auditoria poderá solicitar os seguintes documentos e registros:	
	☐ Protocolo clínico multiprofissional baseado em evidência científica, descrito na Linha de Cuidado do Câncer de Mama e previsto no plano estruturado da operadora (item 1.1.1); ☐ Pactuação formal do protocolo entre operadora e prestadores, registrada por meio de contrato, aditivo contratual ou instrumento equivalente; ☐ Registro da data de solicitação do procedimento pelo médico assistente e da data de realização, com documentação que comprove os prazos de autorização; ☐ Evidência da execução dos serviços, por meio de sistemas de contas médicas, faturas ou outro mecanismo de cobrança assistencial.	
2.5.5	Os serviços de atenção oncológica participantes desta Linha de Cuidado adotam protocolo clínico pactuado com a operadora, baseado em evidências científicas atualizadas, para o tratamento local do câncer de mama. Interpretação:	Essencial
	A adoção de protocolos clínicos atualizados, baseados em evidências científicas consolidadas, é essencial para garantir a efetividade, segurança e integralidade no tratamento do câncer de mama. A operadora deve pactuar, com os serviços de atenção oncológica participantes desta Linha de Cuidado, a utilização de protocolos técnicos formalizados e alinhados às melhores práticas para o tratamento local, que compreende cirurgia e radioterapia, além da reconstrução mamária, sempre que indicada.	
	O câncer de mama, quando diagnosticado em estádios iniciais, apresenta alto potencial de cura, especialmente quando o tratamento é iniciado precocemente (INCA, 2022). Para que isso ocorra de forma sistematizada, a conduta terapêutica deve seguir protocolos que considerem fatores clínicos como: · Estadiamento tumoral; · Subtipo molecular; · Tamanho e localização do tumor;	
	· Comprometimento linfonodal; · Condições clínicas da paciente. De forma geral, as abordagens terapêuticas para o câncer de mama se dividem em: · Tratamento local : cirurgia e radioterapia, incluindo a reconstrução mamária; · Tratamento sistêmico : quimioterapia, hormonoterapia e terapia-alvo (INCA, 2022).	
	Nos estágios iniciais, a cirurgia constitui a principal modalidade terapêutica. Pode ser conservadora (com preservação da mama) ou radical (mastectomia), sendo a reconstrução mamária uma etapa integrante do tratamento local, sempre que clinicamente viável. A radioterapia complementar pode ser indicada após a cirurgia, de acordo com os achados anatomopatológicos e os fatores prognósticos da paciente. Quando a cirurgia conservadora não é viável devido à proporção tumor/mama, pode-se optar por tratamento neoadjuvante, como a quimioterapia prévia à cirurgia, com o objetivo de promover a redução tumoral e viabilizar uma abordagem conservadora (WAKS; WINER, 2019).	
	Entre as abordagens cirúrgicas, destacam-se ainda as mastectomias com preservação de pele e do complexo aréolo-papilar , que têm se consolidado como opção segura para casos selecionados, proporcionando melhores resultados estéticos e psicossociais (INCA, 2022). Segundo o INCA (2022), cerca de 90% dos cânceres de mama são diagnosticados sem metástase, o que reforça a importância da realização oportuna e adequada do tratamento local.	
	Cabe ao médico assistente, com base no protocolo clínico pactuado, estabelecer o plano terapêutico da paciente, sempre considerando a sua individualidade clínica, as diretrizes assistenciais adotadas e os critérios para início do tratamento em tempo oportuno. Para cumprir este item, a operadora deve: ☐ Pactuar com a rede de atenção oncológica a utilização de protocolo clínico baseado em evidências científicas atualizadas para o tratamento local do câncer de mama;	



	☐ Formalizar essa pactuação por meio de contrato, aditivo contratual ou documento equivalente, aplicável a toda a rede prestadora envolvida, seja própria, contratada ou referenciada; ☐ Assegurar que o protocolo inclua cirurgia, radioterapia e reconstrução mamária, conforme solicitado pelo médico assistente e de acordo com as diretrizes clínicas;	
	☐ Garantir que o protocolo esteja descrito no capítulo da Linha de Cuidado do Câncer de Mama no Plano Estruturado da Certificação, conforme item 1.1.1; ☐ Atualizar os protocolos clínicos sempre que houver novas evidências ou mudanças nas recomendações clínicas. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ A existência do protocolo clínico de tratamento local para o câncer de mama no Plano Estruturado da Linha de Cuidado;	
	☐ A pactuação formal do protocolo em contratos, aditivos ou documentos similares firmados com os serviços de saúde oncológicos; ☐ A existência de contratos ou documentos similares com cláusulas específicas que tratem do início oportuno da cirurgia, radioterapia e reconstrução mamária, conforme solicitação do médico assistente; ☐ Os registros no sistema de informação da operadora, incluindo data da solicitação e data de início do tratamento; ☐ As faturas e contas médicas demonstrando a cobertura efetiva dos tratamentos locais.	
2.5.6	Os serviços de atenção oncológica participantes desta Linha de Cuidado utilizam protocolo clínico baseado em evidências científicas atualizadas e disponíveis para o tratamento sistêmico do câncer de mama. Interpretação:	<i>Essencial</i>
	O tratamento sistêmico representa uma das principais abordagens terapêuticas no manejo do câncer de mama, englobando modalidades como quimioterapia, hormonoterapia e terapia-alvo (biológica). A indicação da estratégia mais adequada depende do subtipo molecular do tumor, do estadiamento clínico e de fatores clínico-patológicos individuais da paciente.	
	A adoção de protocolos clínicos atualizados e fundamentados em evidências científicas robustas é essencial para orientar a conduta terapêutica, promover maior efetividade dos tratamentos, garantir equidade assistencial e reduzir a morbimortalidade associada à doença. Conforme o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2022), o tratamento do câncer de mama pode ser classificado em: · Tratamento local: cirurgia e radioterapia; · Tratamento sistêmico: quimioterapia, hormonoterapia e terapia-alvo.	
	O tratamento sistêmico deverá ser conduzido com base em protocolos clínicos pactuados entre a operadora e os serviços de atenção oncológica integrantes da presente certificação, levando em consideração o risco de recidiva, o perfil molecular tumoral e outras variáveis clínicas relevantes, como idade, tamanho tumoral e status linfonodal (BRASIL. CONITEC, 2022; INCA, 2023). Segundo as diretrizes mais recentes, as condutas terapêuticas para o câncer de mama não metastático incluem: · Tumores com receptores hormonais positivos (RH+): indicam hormonoterapia (terapia endócrina), podendo ou não ser associada à quimioterapia;	
	· Tumores HER2 positivos (ERBB2+): demandam terapia-alvo com anticorpos monoclonais ou inibidores de tirosina quinase, combinados à quimioterapia; · Tumores triplo-negativos (RH-/HER2-): têm como principal recurso terapêutico a quimioterapia. Nos casos de câncer de mama metastático, o tratamento sistêmico visa prolongar a sobrevida e oferecer controle sintomático. A sobrevida global mediana para pacientes com câncer de mama metastático triplo-negativo é de cerca de 12 meses, enquanto os demais subtipos podem alcançar sobrevida superior a 5 anos (MCCOWAN et al., 2011; COCHRANE et al., 1997).	
	Importa destacar que cerca de 90% dos casos de câncer de mama são diagnosticados em estágios não metastáticos (WAKS; WINER, 2019), o que evidencia a relevância da implementação precoce de terapias sistêmicas individualizadas e guiadas por protocolos clínicos padronizados. Esses protocolos devem subsidiar o Plano de Cuidado Individualizado, elaborado pelo médico assistente, considerando as diretrizes pactuadas com a operadora e os critérios clínicos da paciente. O início do tratamento deve ocorrer em tempo oportuno.	
	Para o cumprimento deste item, a operadora deve: · Pactuar com sua rede de serviços de atenção oncológica - próprios, contratados, credenciados ou referenciados - a adoção de protocolos clínicos para tratamento sistêmico do câncer de mama, baseados em evidências científicas atualizadas, oriundos de instituições de reconhecida credibilidade nacional ou internacional; · Assegurar que os protocolos estejam formalizados por meio de contrato, aditivo contratual ou documento similar;	



	· Incluir a descrição do protocolo pactuado no capítulo da Linha de Cuidado do Câncer de Mama no Plano Estruturado da Certificação; · Garantir que os protocolos contenham referências bibliográficas atualizadas e que sejam revisados periodicamente, conforme a evolução das diretrizes clínicas; · A operadora deve garantir mecanismos que permitam o registro, monitoramento e rastreabilidade das datas de solicitação, autorização e início do tratamento.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A existência de protocolo clínico baseado em evidências científicas para o tratamento sistêmico do câncer de mama descrito no capítulo sobre a Linha de Cuidado do Câncer de Mama no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1.	
	· A pactuação, de forma amostral, em contratos ou documentos similares, protocolo clínico baseado em evidências científicas para o tratamento sistêmico do câncer de mama. · A cobertura do tratamento sistêmico para o Câncer de Mama (quimioterapia, hormonoterapia e terapia biológica) · no sistema de informações da operadora.	
	· A cobertura do tratamento sistêmico para o Câncer de Mama (quimioterapia, hormonoterapia e terapia biológica) em relatórios dos sistemas de contas médicas. · As faturas para demonstração da cobertura do tratamento sistêmico para o Câncer de Mama (quimioterapia, hormonoterapia e terapia biológica). Nos sistemas de autorização de procedimentos, a data da solicitação do tratamento pelo médico assistente e a data de início do tratamento, contendo o prazo, em dias, da liberação do procedimento	

2.5.7	A Operadora pactua com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta desta Linha de Cuidado o acompanhamento pós tratamento do câncer de mama. Interpretação	Essencial
	A Operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado o acompanhamento pós tratamento do câncer de mama. O seguimento clínico pós-tratamento do câncer de mama deve ser individualizado e conduzido pelo médico assistente, de acordo com o diagnóstico, o estadiamento e a terapêutica realizada. Desse modo, é possível que os pacientes tenham que permanecer indefinidamente realizando o acompanhamento pós-tratamento devido a manutenção de risco de complicações relativas ao próprio tratamento, como também devido ao risco de recorrência local e/ou sistêmica.	
	Assim, o foco do seguimento clínico pós-tratamento tem como objetivo: ☐ A vigilância da recorrência do câncer; ☐ A identificação e manejo de sintomas físicos e psicológicos, decorrentes do tratamento e do câncer de mama; ☐ A promoção da saúde: informações sobre hábitos de vida saudáveis. Durante as avaliações a equipe deve realizar as seguintes ações:	
	☐ Orientar a paciente sobre sinais e sintomas de recorrência local; ☐ Orientar sobre a importância de aderir à hormonioterapia, quando indicado, pois melhora a sobrevida, reduz risco de recidiva e de novos tumores primários; ☐ Orientar sobre a importância de manter um peso ideal e saudável (Pacientes com sobrepeso e obesidade têm maior risco de recidiva e de desenvolver linfedema naquelas submetidas à esvaziamento ganglionar axilar); ☐ Realização de atividade física progressiva, se possível supervisionada;	
	☐ Avaliar se há sinais precoces de linfedema; ☐ Avaliar a presença de depressão e ansiedade; ☐ durante o tratamento), com possibilidade de suplementação com cálcio em pacientes acima de 50 anos; ☐ Solicitar densitometria óssea da coluna lombar e fêmur após o tratamento nas mulheres na pós-menopausa a cada 2 anos; ☐ Avaliar sintomas de menopausa (a quimioterapia pode causar danos na função ovariana ou como efeito colateral da terapia endócrina);	
	☐ Avaliar a necessidade de utilização de antidepressivos; e ☐ Orientar sobre um estilo de vida saudável. Vale ressaltar, que existem constantes avanços na medicina e, havendo mudanças nas recomendações baseadas em evidências científicas para o tratamento do câncer de mama, os protocolos utilizados pela operadora e seus prestadores de serviços devem ser atualizados.	



	Para pontuar neste item, a operadora deverá pactuar com a sua rede de Atenção Oncológica ao Câncer de Mama a adoção de protocolos acompanhamento pós-tratamento do câncer de mama baseados em evidências, estabelecidos por instituições de reconhecida competência (Urban et al., 2023; Brasil/MS, 2024; NCCN, 2025). Essa pactuação deve constar em contrato firmado, aditivo contratual ou documento similar, independentemente de a rede ser própria, contratada, credenciada ou referenciada.	
	Formas de de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·A previsão do pós tratamento do câncer de mama do câncer de mama, baseado em evidências científicas, descrito de forma detalhada no capítulo sobre a Linha de Cuidado do Câncer de Mama do Plano Estruturado mencionado no item 1.1.	
	·A existência de pactuação no contrato, aditivo contratual ou documento similar para o acompanhamento das pacientes pós-tratamento do câncer de mama , baseado em evidências científicas pelos Serviços Ambulatoriais de Oncologia Clínica participantes desta Linha de Cuidado. ·A existência da cobertura do acompanhamento pós-tratamento do câncer de mama , no sistema de informações de Contas Médicas da operadora. ·As faturas para demonstração da cobertura do acompanhamento pós-tratamento do câncer de de mama, pelos Serviços Ambulatoriais de Oncologia Clínica participantes desta Linha de Cuidado.	
2.5.8	A Operadora pactua com os Serviço de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado realizam grupos de apoio para pacientes com câncer de mama. Interpretação:	Complementar
	A Operadora pactua com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Mama a realização de grupos de apoio às pacientes. Esses grupos podem ser conduzidos por diferentes metodologias, como grupos operativos, rodas de conversa, grupos de orientação nutricional e práticas de atividade física, entre outras modalidades (Menezes; Avelino, 2016; Vincha, Santos, Cervato-Mancuso, 2010).	
	Os grupos operativos consistem em estratégias efetivas que permitem a escuta das necessidades das pacientes, além de oferecer orientações úteis para o autocuidado e o apoio psicossocial. Medidas objetivas de resultado desses grupos indicam melhorias na qualidade de vida e na adoção de hábitos saudáveis. Se refere a uma estrutura dinâmica, que evolui constantemente com a experiência e a avaliação das consequências das ações. Por meio da realização da tarefa proposta se aprende a pensar em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no próprio grupo (Bleger, 1979/2003; Castanho, 2017; Pichon-Rivière, 1983/2000).	
	Já as rodas de conversa representam uma abordagem metodológica que favorece uma comunicação dinâmica e produtiva entre os participantes. Se caracterizam por encontros em que as pessoas podem expressar suas emoções, dúvidas, inseguranças, angústias e sofrimentos, além de compartilhar experiências e aprendizados. Podem ser usadas para: promover a troca de ideias, experiências e perspectivas; melhorar o autocuidado dos usuários; ampliar o olhar sobre a saúde como um todo.	
	Os serviços podem utilizar diversas técnicas de interação educativa remota, como vídeos de palestras, cursos <i>online</i> e a formação de grupos virtuais com temas específicos (Menezes; Avelino, 2016; Vincha, Santos, Cervato-Mancuso, 2010). A oferta e a cobertura de grupos de apoio para pacientes com câncer de mama devem ser claramente especificadas em contrato ou em documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, que participam dessa Linha de Cuidado, independentemente de serem da rede própria contratada ou referenciada.	
	Os grupos de apoio podem ser realizados tanto presencialmente quanto remotamente, e devem contar com a coordenação de um profissional de saúde capacitado, que esteja alinhado com a metodologia utilizada. Os grupos podem, podem utilizar diferentes abordagens desde que sejam consolidadas na literatura. Para cumprir este item, as operadoras devem pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados pela para participar desta Linha de Cuidado o oferecimento e a cobertura de grupos de apoio às pacientes com câncer de mama, coordenado por um profissional de saúde capacitado.	
	Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·A previsão no capítulo referente ao câncer de mama do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1, da disponibilização e a cobertura de grupos de apoio para pacientes com câncer de mama.	



	·Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, com a previsão da realização e cobertura de grupos de apoio para pacientes com câncer de mama. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, para verificar a existência da realização de grupos de apoio.	
2.5.9	A Operadora pactua com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado, e oferecem a cobertura de terapias baseadas nas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI). Interpretação:	Excelência
	Segundo o Ministério da Saúde (MS), as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são abordagens terapêuticas que têm como objetivo prevenir agravos à saúde, a promoção e recuperação da saúde, enfatizando a escuta acolhedora, a construção de laços terapêuticos e a conexão entre o ser humano, meio ambiente e sociedade (MS, 2024). As PIC se baseiam em conhecimentos tradicionais e utilizam recursos terapêuticos que vão além do uso de fármacos (D'Alessandro et al., 2023).	
	As PICS fazem parte das práticas denominadas pela OMS de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI). O MS lançou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Brasil, 2015) seguindo as diretrizes da OMS e as recomendações das Conferências Nacionais de Saúde (CNS). O SUS oferece procedimentos de Terapias Tradicionais, Integrativas e Complementares (TICs) a seus usuários.	
	O Comitê de Oncologia Integrativa do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSI) é uma rede colaborativa que reúne pesquisadores, universidades e instituições de pesquisa de todo o Brasil, com foco nas medicinas tradicionais, complementares e integrativas. Esse comitê promove abordagens complementares fundamentadas em evidências científicas, conforme recomendado pela OPAS em 2019, e alinha-se às diretrizes da OMS sobre medicina tradicional (2014-2023). O objetivo é construir conhecimento qualificado sobre as MTCI , seguindo a PNPIC no SUS. O Comitê de Oncologia Integrativa, com apoio do INCA, adota a seguinte definição, proposta por Witt et al. (2017):	
	"A Oncologia Integrativa é um campo de cuidado centrado no paciente, baseado em evidências, para o tratamento do câncer que utiliza práticas corporais e mentais, produtos naturais e ou modificações no estilo de vida a partir de diferentes tradições, juntamente com tratamentos convencionais de câncer. seu objetivo é otimizar a saúde, a qualidade de vida e os resultados clínicos em uma trajetória de cuidados com o câncer, e capacitar as pessoas para prevenir o câncer e se tornarem participantes ativos antes, durante e além do tratamento do câncer." Alguns tipos de TICs são (Garcia, Rodrigues; 2021):	
	·Aromaterapia. ·Musicoterapia. ·Arteterapia. ·Meditação. ·Yoga.	
	·Acupuntura. ·Reiki. ·Fitoterapia. As TICs são valiosas por oferecerem diversos benefícios à saúde, incluindo: melhora da qualidade de vida, redução do estresse, alívio de sintomas crônicos, fortalecimento do sistema imunológico e promoção do equilíbrio entre corpo e mente (Brasil/MS, 2024).	
	Para cumprir este item, as operadoras devem pactuar em contrato ou documento similar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados pela para participar desta Linha de Cuidado o oferecimento e a cobertura de práticas baseadas nas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) para as pacientes com câncer de mama. O cumprimento deste item não depende se os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial pertencerem à rede própria, contratada, credenciada ou referenciada da operadora.	
	Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·A previsão no capítulo referente ao câncer de mama do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1, da disponibilização e a cobertura de práticas baseadas nas MTCI para as pacientes com câncer de mama.	



	·Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial com a previsão da realização e cobertura de práticas baseadas nas MTCl para as pacientes com câncer de mama. ·Evidências de remuneração de TICs podendo ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, para verificar a existência da realização de práticas baseadas nas MTCl para as pacientes com câncer de mama.	

2.5.10	A operadora monitora o tempo médio entre a confirmação do diagnóstico de câncer de mama e o início do tratamento local, assegurando que esse período não exceda, em média, 30 dias. Interpretação:	Excelência
	A operadora autoriza os procedimentos necessários para o tratamento local do câncer de mama de forma oportuna, imediatamente após a solicitação do médico assistente. Além disso, deve monitorar o tempo entre o diagnóstico histopatológico e o início do tratamento, garantindo que, em média, esse período não ultrapasse 30 dias. O tempo oportuno é o intervalo em que a prestação do cuidado ou da intervenção se torna mais benéfica e necessária (JCAHO, 1993 apud PROADESS). Assim, a operadora deve disponibilizar os procedimentos terapêuticos necessários o mais rapidamente possível, reduzindo as barreiras de acesso.	
	É recomendável que o tratamento local seja iniciado em até 30 (trinta) dias corridos após a confirmação do diagnóstico histopatológico, podendo variar conforme o estadiamento da doença, as características biológicas do tumor e as condições da paciente, como idade, menopausa e comorbidades. O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento deve ser o mais curto possível, logo após a confirmação diagnóstica. O início precoce do tratamento do câncer em estágios menos avançados está associado a maiores chances de cura e a uma melhor qualidade de vida para as pacientes (BRASIL, 2013).	
	Para fins desta Certificação, a organização da priorização dos casos de câncer de mama pela operadora, bem como as autorizações e o fluxo na rede de atenção à saúde, exige um planejamento que atenda às demandas de tratamento com qualidade e em tempo oportuno. Isso garante que o início do tratamento ocorra assim que indicado pelo médico assistente. Segundo a literatura pertinente (INCA, 2013), o tempo médio de espera entre o diagnóstico de câncer de mama e o início do tratamento pode variar significativamente, de 1 (um) dia em países como Japão e Islândia a até 6 (seis) meses na Eslovênia.	
	No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM 1.220/2014, determina que o prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento de câncer no Sistema Único de Saúde (SUS) começa a contar a partir da assinatura do laudo patológico. Conforme a literatura, considerando a necessidade de iniciar o tratamento local (cirurgia e radioterapia) o mais precocemente possível após a confirmação diagnóstica anatomopatológica, para atender esse item a operadora deve manter o tempo médio entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento em até 30 (trinta).	
	Vale ressaltar que os prazos para realização dos procedimentos não podem exceder aqueles estabelecidos na RN 566/2022 e suas alterações. Entretanto, ressalta-se que a RN 566/2022 e suas alterações não estabelece os prazos máximos para o ciclo de cuidado, mas sim, os prazos para o atendimento integral do serviço ou procedimento solicitado, contados a partir da data da demanda junto à operadora até a sua efetiva realização. Este item do manual trata do prazo do ciclo do cuidado a partir da data de emissão do laudo histo ou anatomopatológico com a confirmação diagnóstica do câncer de mama e o início do tratamento local. Conforme as melhores práticas, esse prazo não deve exceder 30 dias, visando melhores desfechos em saúde.	
	Entre os macroindicadores obrigatórios previstos neste Manual está o monitoramento do indicador "Tempo entre a confirmação diagnóstica de câncer e o início do tratamento". Desse modo, a operadora deve monitorar o macroindicador referente ao tempo entre a confirmação diagnóstica de câncer de mama e o início do tratamento, conforme o item 1.3.2, assegurando que o resultado médio anual não ultrapasse 30 dias.	
	Para o cumprimento desse item, a operadora deve: ·Monitorar o macroindicador referente ao tempo entre a confirmação diagnóstica de câncer de mama e o início do tratamento, conforme o item 1.3.2, assegurando que o resultado médio anual não ultrapasse 30 dias. ·Manter o tempo médio entre a confirmação do diagnóstico e a instituição do tratamento local para o câncer de mama em até 30 dias. Formas de Obtenção de Evidências	
	A equipe de auditores poderá verificar: ·A previsão no capítulo referente ao câncer de mama do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1, para o monitoramento do macroindicador referente ao tempo entre a confirmação diagnóstica de câncer de mama e o início do tratamento, conforme o item 1.3.2, assegurando que o resultado médio anual não ultrapasse 30 dias. ·O resultado do tempo médio entre a confirmação do diagnóstico e a instituição do tratamento local para o câncer de mama em até 30 dias.	

Referência Bibliográficas do Requisito 2.5:

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Ministério da Saúde. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 4. ed. rev. e atual. - Rio de Janeiro: ANS, 2011.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede: A (re)organização da rede de Atenção Oncológica na saúde suplementar. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf>>. Acesso em 08 dez. 2023.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa (RN) nº 566, de 29 de dezembro de 2022, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDMOMQ==>>. Acesso em: 07 out. 2024.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Regulamento técnico dos serviços de atenção domiciliar. Brasília: ANVISA, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html>. Acesso em: 28 mai. 2025.
- BLEGER, J. Temas de psicologia: Entrevista e grupos (2a ed.). Martins Fontes, 2003.
- BRASIL. Lei nº 14.538, de 31 de março de 2023. Altera as Leis nºs 9.656, de 3 de junho de 1998, e 9.797, de 6 de maio de 1999, para assegurar às pacientes a substituição do implante mamário utilizado na reconstrução mamária ou na simetrização da mama contralateral sempre que ocorrerem complicações ou efeitos adversos a ele relacionados, bem como assegurar às pacientes acompanhamento psicológico e multidisciplinar especializado na hipótese que especifica.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Define os níveis de atenção domiciliar no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em 02 jul. 2025.
- CARLI, F.; SCHEEDE-BERGDAHL, C. Prehabilitation to enhance perioperative care. Anesthesiology Clinics, Philadelphia, v. 33, n. 1, p. 17-33, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2014.11.002>.
- COCHRANE, R. A. et al. Evaluation of general practitioner referrals to a specialist breast clinic according to the UK national guidelines. European Journal of Surgical Oncology, London, v. 23, n. 3, p. 198- 201, jun. 1997
- COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CONITEC). Secretaria de ciência, tecnologia, inovação e insumos estratégicos em saúde. Ministério da Saúde. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. Brasília/DF: 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2022/20220919_rrcarcinoma_mama.pdf>. Acesso em: 23 out. 2024.
- DE PINHO NB, MARTUCCI RB, RODRIGUES VD, D'ALMEIDA CA, THULER LCS, SAUNDERS C, JAGER-WITTENAA H, PERES WAF. Malnutrition associated with nutrition impact symptoms and localization of the disease: Results of a multicentric research on oncological nutrition. Clin Nutr. 2019 Jun;38(3):1274-1279. doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.010. Epub 2018 May 19. PMID: 29853223. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29853223/>>. Acesso em: 08 jul. 2025.
- DE PINHO NB, MARTUCCI RB, RODRIGUES VD, D'ALMEIDA CA, THULER LCS, SAUNDERS C, JAGER-WITTENAA H, PERES WAF. High prevalence of malnutrition and nutrition impact symptoms in older patients with cancer: Results of a Brazilian multicenter study. Cancer. 2020 Jan 1;126(1):156-164. doi: 10.1002/cncr.32437. Epub 2019 Sep 9. PMID: 31497875. Disponível em: < <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.32437>>. Acesso em 03 jul. 2025.
- DRONKERS, J. J. et al. The association of pre-operative physical fitness and physical activity with outcome after scheduled major abdominal surgery. Anaesthesia, [S.l.], v. 68, n. 1, p. 67-73, 2013.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/ Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. : il. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 26 dez. 2023
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Ministério da Saúde. Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde . 2011. Acesso. Disponível em: <<https://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=aceso>. 2023>. Acesso: em 04 out. 2024
- GARCIA, A.C.B.B.F., RODRIGUES, C.V.M (Org.). Saúde Integrativa no Cuidado do Câncer. Appris Editora; 1ª edição (13 janeiro 2021), 181 p.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR (INCA). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Prazo para a saúde. O desafio de atender a paciente oncológico no tempo oportuno. 2013. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media_root/rrc-23-capa-a-reducao-da-espera.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (inca). Inquérito brasileiro de nutrição oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//inquerito-brasileiro-nutricao-oncologica.pdf>>. Acesso em 03 jul. 2025.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Câncer de mama. Versão para profissionais de saúde. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>> Acesso em: 06 dez. 2023.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR (INCA). Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2022.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Informe Técnico nº 442 - Pré-habilitação: preparo pré-operatório para cirurgia oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2024. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/informes-tecnicos/informe-tecnico-no-442-pre-habilitacao-preparo-pre-operatorio-para-cirurgia>>. Acesso em: 2 jun. 2025.
- KORTEBEIN, P. et al. Outcomes of inpatient rehabilitation for older adults with debility. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, Philadelphia, v. 87, n. 2, p. 118-125, 2008.

MCCOWAN, C. et al. Identifying suspected breast cancer: development and validation of a clinical prediction rule. The British Journal of General Practice, London, v. 61, n. 586, p. 205-214, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em 12 jun. 2024.

MENEZES, K.; AVELINO, P. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 24 (1): 124-130, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/KZh3BmhLfqFRM7GYqp8ZXSc/?lang=pt>>. Acesso em: 26 dez 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>. Acesso em: 24 jan. 2024.

Moraes, Edgar Nunes de. Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde [livro eletrônico] : aplicações do IVCF-20 e do ICOPE - Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa / Edgar Nunes de Moraes, Priscila R. Rabelo Lopes. - Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2023. 110 p. : il. Disponível em: <<file:///E:/ans%20docs%20importantes/Manual-de-Avaliacao-Multidimensional-da-Pessoa-Idosa-para-a-Atencao-Primaria-a-Saude.-Aplicacoes-do-IVCF-20-e-do-ICOPE-1.pdf>>. Acesso em 09 jun. 2025.

SANTA MINA, D. et al. The effect of meeting physical activity guidelines for cancer survivors on quality of life following radical prostatectomy for prostate cancer. Journal of Cancer Survivorship, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 190-198, 2014

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 18 out. 2024.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE DE PORTUGAL (SNSP). Direção-Geral da Saúde. Rastreio do Cancro da Mama alargado a mulheres dos 45 aos 74 anos. Disponível em: <<https://www.sns.gov.pt/noticias/2024/12/09/rastreio-do-cancro-da-mama-alargado-a-mulheres-dos-45-aos-74-anos/>>. Acesso em: 14 nov. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL (SBOC) - BRASKEN. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Diretrizes para terapia nutricional em oncologia. São Paulo: BRASPEN/SBOC, 2021.

URBAN, L. A. B. D.; CHALA, L. F.; PAULA, I. B. DE; et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria para o rastreamento do câncer de mama no Brasil. Radiol Bras, v. 56, p. 207-214, 2023. Disponível em: <<https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Recomendacoes-do-Colegio.pdf>>. Acesso em 21 nov. 2024.

VINCHA, K. R. R.; SANTOS, A. de F.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 949- 962, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n114/949-962/>

WAKS, A.G., WINER, E.P. Breast Cancer Treatment: A Review. JAMA, v. 321, n. 3, p. 288-300. 2019. doi:10.1001/jama.2018.19323

WITT C.M., BALNEAVES L.G., CARDOSO M.J., COHEN L., GREENLEE H., JOHNSTONE P., KÜCÜK Ö., MAILMAN J., MAO J.J. A Comprehensive Definition for Integrative Oncology. J Natl Cancer Inst Monogr. 2017 Nov 1;2017(52). doi: 10.1093/jncimonographs/lgx012. PMID: 29140493.



2.6 Atenção Domiciliar para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama.

Requisito que avalia a disponibilização da atenção domiciliar, incluindo seus três níveis, para os pacientes com Câncer de Mama..

2.6.1	A operadora deve estabelecer pactuação com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e/ou Hospitalar quanto à adoção de fluxos e protocolos clínicos específicos para a indicação da Atenção Domiciliar em pacientes com câncer de mama. Interpretação Técnica	Essencial
	A Atenção Domiciliar representa uma estratégia fundamental no cuidado oncológico, por permitir a continuidade da assistência terapêutica, a promoção da qualidade de vida e o acolhimento humanizado no ambiente domiciliar. Sua implementação é especialmente relevante para pacientes com câncer de mama, em virtude das possíveis complicações do tratamento, dos sintomas debilitantes e das necessidades de suporte clínico, funcional, nutricional e psicossocial prolongado.	
	Essa modalidade de cuidado está respaldada por diretrizes nacionais, como a Portaria GM/MS nº 825/2016, que define os níveis de atenção domiciliar no âmbito do SUS, e a Portaria GM/MS nº 3.005/2024, que atualiza o Programa Melhor em Casa. Também se fundamenta na RDC ANVISA nº 11/2006, que regulamenta os serviços de atenção domiciliar no país.	
	Para os fins desta certificação, devem ser contempladas as seguintes modalidades de Atenção Domiciliar: ☐ AD1 - Atenção Domiciliar Básica : voltada para pacientes com baixa complexidade clínica e necessidade de cuidados pontuais e acompanhamento periódico. ☐ AD2 - Atenção Domiciliar Intermediária : indicada para pacientes com complexidade clínica moderada, que demandam cuidados frequentes e suporte multiprofissional contínuo.	

	☐ AD3 - Internação Domiciliar: indicada para pacientes com alta complexidade, cuja condição clínica exige substituição da internação hospitalar. Os fluxos assistenciais e protocolos clínicos pactuados entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica devem abranger essas três modalidades, com a indicação pautada em avaliação criteriosa da equipe multiprofissional. A recomendação para Atenção Domiciliar deve partir do médico assistente, considerando as dimensões: clínica, funcional e psicossocial da paciente, conforme protocolos previamente pactuados.	
	A seleção da modalidade deve decorrer de avaliação multidimensional da equipe multiprofissional, considerando: 1. Estabilidade clínica e evolução da doença; 2. Grau de dependência funcional; 3. Complexidade terapêutica exigida;	
	4. Comorbidades e risco de intercorrências; 5. Condições sociais, familiares e contextos de vulnerabilidade. A avaliação pode ser apoiada pelo uso de escalas clínicas padronizadas, tais como: · Palliative Performance Scale (PPS); · Karnofsky Performance Status (KPS);	
	· Edmonton Frail Scale (EFS); · IVCF-20 - Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional da Pessoa Idosa. A modalidade indicada deve ser formalmente registrada e justificada no Plano de Cuidado Individualizado e devidamente documentada no prontuário da Atenção Domiciliar. Critérios clínicos específicos para indicação de AD em câncer de mama:	
	· Sintomas limitantes: dor torácica intensa, dispneia, fadiga severa ou linfedema de membros superiores que comprometam a mobilidade ou a presença em unidades ambulatoriais; · Metástases à distância: ósseas, cerebrais, hepáticas ou pulmonares com impacto funcional relevante; · Complicações do tratamento oncológico: mucosite grave, náuseas e vômitos refratários, toxicidade hematológica, cardiotoxicidade e outros efeitos colaterais relevantes;	
	· Cuidados pós-operatórios: necessidade de suporte clínico, fisioterapêutico e manejo de feridas após quadrantectomia, mastectomia ou reconstrução mamária; · Interciclos de tratamento: suporte clínico entre ciclos de quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia ou terapia-alvo; · Condições de imunossupressão: risco aumentado de infecção hospitalar, especialmente em ambientes ambulatoriais;	
	· Alta hospitalar: com plano terapêutico e condições estruturadas para continuidade do cuidado em domicílio. Critérios clínico-funcionais e psicossociais adicionais: · Fragilidade clínica, polipatologias e dependência para atividades da vida diária, especialmente em pacientes idosas; · Necessidade de cuidados paliativos com manejo intensivo de sintomas físicos, sofrimento psíquico ou espiritual; · Condições de terminalidade, nas quais o cuidado domiciliar promove conforto, acolhimento, autonomia e suporte ao luto familiar;	
	· Barreiras à locomoção (físicas, cognitivas ou emocionais); · Presença de sobrecarga familiar ou ausência de rede de apoio; · Situações de vulnerabilidade psicossocial e necessidade de apoio psicossocial estruturado. A assistência em domicílio deve ser coordenada por equipe multiprofissional qualificada, assegurando abordagem integral, com suporte clínico, funcional, psicológico e social.	
	Para cumprimento deste item, a operadora deve: ☐ Dispor de fluxos e protocolos clínicos formalizados, com critérios técnicos específicos para a indicação de Atenção Domiciliar em pacientes com câncer de mama; ☐ Pactuar com os serviços da linha de cuidado oncológica o uso de escalas clínicas padronizadas; ☐ Disponibilizar estrutura operacional capaz de ofertar as três modalidades de AD (AD1, AD2 e AD3).	
	Formas de Verificação de Evidências: · Existência de protocolos clínicos pactuados com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e/ou Hospitalar; · Evidência do uso de escalas clínicas padronizadas (PPS, KPS, ESAS, IVCF-20); · Registros em sistemas de faturamento da operadora demonstrando a cobertura de serviços de AD; · Contratos ou documentos equivalentes com os Serviços de Atenção Oncológica e de Atenção Domiciliar .	

2.6.2	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD3) a pacientes com câncer de mama, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar. Interpretação	Essencial

	A modalidade AD3, também denominada internação domiciliar, representa o nível mais elevado de complexidade dentro da atenção domiciliar. É indicada para pacientes com condições clínicas graves ou instáveis, que necessitam de cuidados contínuos, monitoramento frequente e intervenções de alta complexidade no ambiente domiciliar. No contexto do câncer de mama, essa modalidade é particularmente relevante para pacientes em estágio avançado da doença, com metástases extensas, dor refratária, complicações clínicas severas ou em cuidados paliativos intensivos e em fase terminal da vida.	
	Conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 825/2016, atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, a modalidade AD3 deve apresentar as seguintes características: · Indicação: Pacientes com alta complexidade clínica, que, em condições habituais, estariam internados em ambiente hospitalar. · Perfil: Necessitam de cuidados intensivos, monitoramento contínuo, uso de tecnologias e equipe multiprofissional permanente. Requerem intervenções clínicas complexas, como:	
	☑ Hidratação venosa contínua; ☑ Controle de dor com bombas de infusão; ☑ Oxigenoterapia; ☑ Nutrição enteral ou parenteral; ☑ Cuidados paliativos avançados;	
	☑ Uso de medicamentos por via endovenosa contínua, como analgésicos potentes ou antibióticos, que justificam o cuidado intensivo domiciliar. · Objetivo: Substituir a internação hospitalar, promovendo cuidado integral no domicílio com dignidade, conforto e segurança. · Requisitos domiciliares: Condições estruturadas no domicílio e suporte familiar adequado para garantir a continuidade e a segurança da assistência. Essa modalidade visa garantir a desospitalização com segurança, mantendo a integralidade da assistência conforme o perfil clínico e as necessidades individuais da paciente.	
	A indicação da AD3 deve estar fundamentada em protocolo clínico formalizado, decorrente de avaliação multiprofissional integrada, com base em critérios clínicos, funcionais e psicossociais. Recomenda-se o uso de escalas clínicas padronizadas para apoiar a estratificação de gravidade, acompanhamento da evolução clínica e definição da intensidade dos cuidados:	
	· Palliative Performance Scale (PPS) · Karnofsky Performance Status (KPS) · Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) · IVCF-20 - Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional da Pessoa Idosa	
	A operadora deve garantir a oferta da modalidade AD3 sempre que houver indicação expressa do médico assistente, conforme protocolo pactuado. A indicação da AD3 deve ser: · Claramente registrada no Plano de Cuidado Individualizado; · Fundamentada tecnicamente e documentada no Prontuário da Atenção Domiciliar; · Reavaliada periodicamente, com base na evolução clínica, resposta terapêutica e análise do contexto domiciliar.	
	Para atendimento a este item, a operadora deve: · Dispor de protocolo clínico formalizado, com critérios clínicos e funcionais bem definidos para a indicação da AD3 em pacientes com câncer de mama; · Garantir a elaboração e atualização do Plano de Cuidado Individualizado, com base em avaliação multiprofissional qualificada; · Monitorar resultados assistenciais, utilizando indicadores como: ☑ Controle efetivo de sintomas;	
	☑ Redução de reinternações hospitalares; ☑ Manejo da dor; ☑ Satisfação da paciente e da família. · Estabelecer contrato ou documento equivalente com os SAD, garantindo a formalização das responsabilidades assistenciais. Formas de Verificação de Evidências	
	A equipe de auditoria poderá verificar: · Existência de protocolo clínico pactuado com os SAD indicados para esta linha de cuidado; · Presença de acompanhamento multiprofissional e intervenções clínicas compatíveis com a modalidade AD3; · Registros nos sistemas de contas médicas, demonstrando a utilização da modalidade AD3 por pacientes com câncer de mama; Relatórios assistenciais consolidados, com indicadores de desfecho clínico e evidências de cuidados paliativos intensivos ou em fase final de vida.	



2.6.3	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD2) a pacientes com câncer de mama, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar - SAD . Interpretação	<i>Essencial</i>
	A modalidade AD2 constitui-se como estratégia relevante no cuidado oncológico domiciliar, voltada à continuidade terapêutica de média complexidade, com necessidade de maior frequência de intervenções clínicas, monitoramento clínico mais próximo e suporte multiprofissional sistemático. No contexto do câncer de mama, a AD2 é especialmente indicada para pacientes que, embora não necessitem de internação hospitalar, demandam acompanhamento mais intensivo do que o proporcionado pela AD1.	
	Conforme as diretrizes definidas pela Portaria GM/MS nº 825/2016, atualizadas pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, a Atenção Domiciliar Tipo 2 (AD2) tem as seguintes características:	
	☐ Indicação: Pacientes com complexidade clínica moderada, que necessitam de intervenções mais frequentes ou especializadas. ☐ Perfil: Pacientes com sintomas moderados, efeitos adversos decorrentes de quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia, como mucosites, náuseas persistentes, toxicidade cutânea, fadiga intensa, além de situações que requeiram curativos complexos, controle da dor ou reabilitação funcional.	
	☐ Periodicidade: Visitas mais frequentes e acompanhamento multiprofissional contínuo. ☐ Objetivo: Evitar descompensações clínicas e hospitalizações, assegurando suporte clínico regular no domicílio. ☐ Condições domiciliares seguras, com apoio familiar ou cuidador disponível. A indicação para AD2 deve estar amparada por protocolo clínico estabelecido e resultar de avaliação multiprofissional criteriosa, considerando variáveis clínicas, funcionais e psicossociais.	
	A utilização de escalas clínicas padronizadas, como o Karnofsky Performance Status, Palliative Performance Scale (PPS), Edmonton Frail Scale (EFS) e IVCF-20, é recomendada para estratificação de risco, planejamento do cuidado e definição da frequência das visitas domiciliares, conforme estabelecido no item 4.6.1 desta certificação. A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar Tipo 2 (AD2) a pacientes com câncer de mama, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os SAD, sempre que houver indicação do médico assistente.	
	A indicação da modalidade AD2 deve ser formalmente descrita e justificada no Plano de Cuidado Individualizado, e registrada de forma clara e atualizada no Prontuário da Atenção Domiciliar. A permanência nesta modalidade deve ser periodicamente reavaliada, com base na evolução clínica, na resposta terapêutica e na reanálise das condições de cuidado domiciliar. Para atendimento a este item de verificação, a operadora deve:	
	☐ Dispor de protocolo clínico formalizado, com critérios objetivos e bem definidos para a indicação da Atenção Domiciliar (AD2) para pacientes com câncer de mama; ☐ Assegurar a elaboração e atualização do Plano de Cuidado Individualizado, com base em avaliação da equipe multiprofissional envolvida; ☐ Monitorar os resultados assistenciais por meio de indicadores de qualidade, tais como: controle de sintomas, adesão terapêutica, reinternações evitáveis e satisfação dos usuários;	
	☐ Estabelecer contrato ou documento equivalente com os SAD indicados para integrar esta linha de cuidado, garantindo a formalização da pactuação assistencial. Este item busca garantir a qualidade, segurança e continuidade da assistência domiciliar de média complexidade, assegurando que pacientes com câncer de mama recebam atenção estruturada, oportuna e baseada em protocolos clínicos padronizados, alinhados às diretrizes nacionais vigentes.	
	Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A existência de protocolo clínico pactuado com os SAD indicados para participar desta Linha de Cuidado; ☐ Existência de equipe multiprofissional nos SAD indicados para participar desta Linha de Cuidado; ☐ Verificar sistemas de contas médicas que demonstrem a utilização de SAD para paciente com câncer de mama na modalidade AD2.	
2.6.4	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD1) a pacientes com câncer de mama, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar. Interpretação	<i>Excelência</i>



	A modalidade AD1 representa uma estratégia essencial no cuidado oncológico domiciliar, direcionada à continuidade da assistência, ao acolhimento no ambiente familiar e à promoção da qualidade de vida em pacientes clinicamente estáveis. No contexto do câncer de mama, essa modalidade é especialmente indicada para situações de baixa complexidade clínica, que requeiram intervenções pontuais ou acompanhamento periódico, sem necessidade de monitoramento intensivo.	
	Conforme as diretrizes estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 825/2016 e atualizadas pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, a Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1) tem as seguintes características: · Indicação: Pacientes com baixa complexidade clínica.	
	· Perfil: Estáveis clinicamente, com necessidade de intervenções pontuais, como curativos simples (por exemplo, em feridas cirúrgicas de mastectomia ou quadrantectomia), orientações sobre manejo de medicações orais, ou acompanhamento de condição clínica controlada. · Periodicidade: Visitas menos frequentes, conforme plano de cuidado individualizado. · Objetivo: Evitar deslocamentos desnecessários, facilitando a continuidade do cuidado e reduzindo a demanda ambulatorial; manter o acompanhamento no domicílio com segurança.	
	A indicação da AD1 deve estar respaldada por protocolos clínicos estabelecidos e resultar de uma avaliação multiprofissional estruturada, considerando critérios clínicos, funcionais e psicossociais. O uso de escalas clínicas padronizadas, como o Karnofsky Performance Status, Palliative Performance Scale (PPS), Edmonton Frail Scale (EFS) e IVCF-20, pode ser incorporado para apoiar a estratificação de risco e o planejamento do cuidado individualizado, conforme diretrizes do item 4.6.1 desta certificação.	
	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD1) a pacientes com câncer de mama, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar, sempre que houver indicação expressa do médico assistente. A indicação da modalidade AD1 deve estar formalmente descrita e tecnicamente fundamentada no Plano de Cuidado Individualizado e registrada no Prontuário da Atenção Domiciliar. A permanência na modalidade AD1 deve ser reavaliada periodicamente, considerando a evolução do quadro clínico, a funcionalidade da paciente e as demais vulnerabilidades envolvidas.	
	Para cumprir este item, a operadora deve: · Dispor de protocolo clínico formalizado, com critérios objetivos para a indicação da Atenção Domiciliar - AD1 em pacientes com câncer de mama; · Garantir a elaboração e atualização do Plano de Cuidado Individualizado, com base em avaliação multiprofissional;	
	· Monitorar os resultados assistenciais por meio de indicadores de qualidade, tais como: controle de sintomas, satisfação das usuárias e prevenção de reinternações evitáveis; · Estabelecer contrato ou documento similar com os SAD indicados para participar desta Linha de Cuidado. Esse item busca assegurar a qualidade e segurança da AD1 no cuidado de pacientes com câncer de mama, promovendo práticas clínicas baseadas em evidências e protocolos estruturados.	
	Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditores poderá verificar: · A existência de protocolo clínico pactuado com os SAD indicados para participar desta Linha de Cuidado; · Existência de Equipes multiprofissionais nos SAD indicados para participar desta Linha de Cuidado; · Verificação de sistemas de contas médicas, que demonstrem a utilização de SAD para paciente com câncer de mama na modalidade AD1	
2.6.5	A operadora deve monitorar o indicador Proporção de beneficiários com Câncer de Mama em atenção domiciliar, estratificado por modalidade (AD1, AD2 e AD3), como parte integrante do acompanhamento desta Linha de Cuidado. Interpretação	Complementar
	A Atenção Domiciliar constitui estratégia essencial no cuidado oncológico, ao promover a continuidade terapêutica, o acolhimento humanizado e a manutenção da qualidade de vida no ambiente domiciliar. Sua indicação deve estar respaldada por protocolo clínico pactuado com os Serviços de Atenção Oncológica e formalizada por prescrição do médico assistente, com base em avaliação multiprofissional criteriosa.	
	A avaliação clínica deve considerar a complexidade do caso, o grau de dependência funcional, as comorbidades associadas e as condições psicossociais da pessoa assistida. O plano terapêutico deve ser registrado no Plano de Cuidado Individualizado, prevendo o nível de atenção adequado à condição do paciente (AD1, AD2 ou AD3), respeitando os critérios estabelecidos em protocolo clínico vigente.	



	Nesse contexto, é fundamental que a operadora monitore periodicamente o indicador de proporção de beneficiários com câncer de mama em atenção domiciliar, estratificado por modalidade, a fim de garantir a efetividade da assistência, a coerência das indicações clínicas e a organização adequada dos fluxos assistenciais.	
	O indicador deve ser apurado anualmente, com coleta mensal de dados, permitindo identificar: · A adequação da oferta de Atenção Domiciliar às necessidades da população atendida; · A evolução da distribuição por modalidade ao longo do tempo; · O alinhamento entre a prescrição clínica e a prestação efetiva do serviço.	
	Nos casos em que houver mudança do perfil clínico do paciente durante o tratamento, deve-se proceder à reclassificação da modalidade de AD, assegurando a compatibilidade entre a complexidade do caso e o nível de atenção ofertado. Esse monitoramento subsidia a gestão da linha de cuidado, favorecendo a identificação de lacunas assistenciais e a implementação de ações corretivas e preventivas. Para o cumprimento deste item, a operadora deve:	
	· Monitorar mensalmente o indicador de proporção de beneficiários com câncer de mama em atenção domiciliar, com estratificação por tipo de AD (AD1, AD2, AD3); · Assegurar que as alterações de modalidade ao longo do cuidado sejam devidamente registradas e atualizadas conforme evolução clínica; · Utilizar os dados apurados para planejamento, avaliação e qualificação da linha de cuidado oncológico. Formas de Verificação de Evidências	
	A equipe de auditoria poderá verificar: · A inclusão do indicador no Plano Estruturado da Linha de Cuidado do Câncer de Mama, conforme item 1.1.1 da certificação; · A existência de sistema de monitoramento da Atenção Domiciliar, com capacidade de apuração contínua do indicador; · A relação de beneficiários em AD, com respectivos Planos de Cuidado Individualizados e registros atualizados da equipe multiprofissional; Relatórios periódicos com indicadores assistenciais consolidados, que demonstrem a utilização, efetividade e adequação da AD por modalidade.	
2.6.6	A operadora deve monitorar, de forma sistemática, o indicador "Taxa de Infecção na Atenção Domiciliar (AD)", estratificado por modalidade de AD (AD1, AD2 e AD3), no âmbito desta Linha de Cuidado. Interpretação	Excelência
	A Atenção Domiciliar (AD) representa uma estratégia assistencial fundamental para pacientes oncológicos, ao permitir a continuidade do cuidado, o acolhimento no ambiente familiar e a promoção da qualidade de vida, principalmente em situações de fragilidade clínica. A prestação desse cuidado deve ser realizada conforme protocolos clínicos pactuados com os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), mediante indicação formal do médico assistente e acompanhamento multiprofissional qualificado.	
	Diante da complexidade dos pacientes em AD, especialmente os que utilizam dispositivos invasivos ou apresentam imunossupressão, torna-se essencial o monitoramento da taxa de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS). De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as IRAS compreendem infecções adquiridas durante o cuidado, diretamente associadas a intervenções clínicas, dispositivos ou à própria organização dos serviços de saúde, e sua ocorrência pode ser evitada com medidas de prevenção eficazes.	
	Nesse contexto, a segurança do paciente, entendida como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano associado ao cuidado em saúde, deve ser um eixo central da assistência domiciliar. O acompanhamento da taxa de infecção é, portanto, um indicador crítico de qualidade e segurança da atenção prestada.	
	Um dos pilares da prevenção de IRAS, inclusive na Atenção Domiciliar, é a higienização correta das mãos, considerada a medida isolada mais eficaz na prevenção de infecções. Mesmo no domicílio, a prática da higiene das mãos deve ser rigorosamente adotada por todos os envolvidos no cuidado, incluindo familiares e cuidadores informais. A capacitação da equipe e da rede de apoio sobre os cinco momentos da higienização das mãos, conforme diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), é indispensável para garantir a efetividade da prevenção.	
	A operadora deve, portanto, implementar mecanismos de monitoramento contínuo da taxa de infecção, com coleta mensal e apuração anual do indicador, permitindo a análise por modalidade de AD. A detecção de agravos clínicos relacionados a infecções deve desencadear ações corretivas e preventivas, com revisão de protocolos e requalificação das equipes envolvidas. Para o cumprimento deste item, a operadora deve:	



	· Monitorar mensalmente a Taxa de Infecção na Atenção Domiciliar, estratificada por tipo de AD; · Pactuar protocolos clínicos e fluxos assistenciais que prevejam a prevenção e vigilância de IRAS no ambiente domiciliar; · Pactuar com o SAD a previsão de capacitação contínua da equipe multiprofissional e dos cuidadores sobre segurança do paciente, especialmente medidas de controle de infecção; · Pactuar com o SAD a promoção da adoção sistemática da higienização das mãos antes e após qualquer contato com o paciente ou com materiais de cuidado;	
	Formas de verificação de Evidências A equipe de auditoria poderá verificar: · Existência de protocolo clínico com diretrizes específicas para prevenção, detecção e notificação de infecções na AD; · Sistema de monitoramento da AD com evidências da apuração do indicador; · Documentos que comprovem a previsão de capacitação das equipes e familiares em medidas de prevenção, incluindo higienização das mãos.	

2.7 Cuidados Paliativos e Cuidados de fim de vida no Câncer de Mama Requisito que avalia a disponibilização Cuidados Paliativos, Cuidados de Fim de Vida no Câncer de Mama		
2.7.1	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados para participar desta Linha de Cuidado dispõem de equipe multiprofissional dedicada aos cuidados paliativos. Interpretação: O câncer de mama é primeira causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, foi responsável por 18.139 óbitos em 2021. Equivalendo a 16,4% dos cânceres em mulheres (INCA, 2024).	Essencial
	A OMS reconhece os princípios e conceitos de cuidados paliativos desde 1990 como um modelo inovador de cuidado em saúde. O conceito foi atualizado em 2002 e prevê que os cuidados paliativos se constituem em uma assistência promovida por equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida por meio da prevenção e alívio do sofrimento; da identificação precoce; avaliação precisa; tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002; Gomes, et al, 2016;D'Alessandro et al., 2023;INCA, 2024;Brasil/MS, 2024).	
	Esses cuidados devem ser iniciados o mais precocemente possível e oferecidos por uma equipe interdisciplinar que atua em conjunto com o tratamento curativo. O objetivo é empregar todos os esforços necessários para garantir um melhor controle dos sintomas. (WHO, 2002; OPAS, 2024; INCA, 2024; D'Alessandro et al., 2023).	
	Em 2024, o MS lançou a Portaria GM/MS 3.681/2024, que institui a PNCP no âmbito do SUS, o que reforça a relevância dessa abordagem no país. Entretanto, no senso comum os cuidados paliativos, frequentemente, ainda estão associados apenas à fase final de vida, o que se constitui em uma visão ultrapassada. Na literatura atual, os cuidados paliativos são compreendidos de forma ampla, e na prática clínica, tem havido um crescente reconhecimento da importância dessa abordagem na saúde. Os cuidados paliativos devem ser oferecidos em conjunto com tratamentos curativos ou modificadores da doença(D'Alessandro et al., 2023).	
	Compreende-se como doença grave e ameaçadora à vida qualquer condição aguda ou crônica, ou diversas situações de saúde associadas a alta mortalidade, que comprometem a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa. Esses casos podem resultar em sintomas debilitantes ou na necessidade de tratamentos que gerem dependência de cuidados, além de potencial sobrecarga para o cuidador responsável (Kelley, 2014; D'Alessandro et al., 2023).	
	Nesse contexto, as doenças que ameaçam a vida, independentemente da possibilidade de reversão ou da utilização de tratamentos curativos, demandam uma abordagem que considere o cuidado integral e complexo, respeitando a totalidade da vida do paciente e reconhecendo seu sofrimento, assim como o de seus familiares (D'Alessandro et al., 2023;INCA, 2024; Brasil/MS, 2024).	
	Assim, os cuidados paliativos não devem ser oferecidos apenas na fase de final de vida, mas, sim, como uma abordagem complementar, estando presentes desde o início do processo de doença que ameaça a vida. Dessa forma, à medida que a doença progride, os cuidados paliativos podem passar a ser utilizados de forma mais intensiva e tornar-se, até mesmo, exclusivo (INCA, 2022; D'Alessandro et al., 2023;Brasil/MS 2024).	
	O conceito mais atual de cuidados paliativos inclui a disponibilização dessa abordagem em todos os níveis de atenção - primário, secundário e terciário. Isso inclui uma variedade de serviços, como atenção básica, ambulatorial, hospitalar, de urgência e emergência e domiciliar(D'Alessandro et al., 2023; INCA, 2024; Brasil/MS, 2024) e devem ser integrados à jornada do paciente em todos os seus níveis. A experiência da doença deve ser compreendida de maneira integral, abordando todos os aspectos de forma holística, incluindo a dimensão espiritual (WHO; 2007).	





	Seguem os princípios que fundamentam o conceito de cuidados paliativos na atenção ao paciente com câncer (D'Alessandro et al., 2023; MS/2024; INCA, 2024; WHO; 2007): · Alívio de Sintomas: proporcionar alívio para dor e outros sintomas angustiantes, como astenia, anorexia e dispneia, além de gerenciar emergências oncológicas.	
	· Aceitação da Vida e da Morte : reafirmar a vida e a morte como processos naturais, permitindo que pacientes e familiares enfrentem esses momentos com dignidade. · Abordagem Holística : integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao cuidado clínico do paciente, promovendo um atendimento mais completo. · Equilíbrio na Morte : garantir que não se apresse nem se adie o processo de morte, respeitando o tempo de cada paciente.	
	· Unidade de Tratamento: a abordagem deve compreender o paciente e sua família como uma unidade, reconhecendo a importância do suporte familiar no processo de cuidado. · Viver Ativamente : proporcionar um sistema de suporte que ajude os pacientes a viverem da forma mais ativa possível até o final de suas vidas. · Equipe Interdisciplinar : utilizar uma abordagem interdisciplinar para identificar e atender às necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte durante o luto.	
	· Decisões Éticas : as decisões relacionadas à assistência e tratamentos médicos devem ser fundamentadas em princípios éticos, respeitando a autonomia e os desejos do paciente. · Comunicação Eficaz : uma comunicação adequada entre a equipe de saúde, pacientes e familiares é fundamental para esclarecer dúvidas, promover a adesão ao tratamento e facilitar a aceitação da proximidade da morte.	
	Essas diretrizes visam criar um ambiente que favoreça o bem-estar e a qualidade de vida, mesmo em momentos desafiadores e para garantir um cuidado que respeite a dignidade do paciente e a complexidade da experiência da doença. A abordagem dos cuidados paliativos é fundamental no tratamento do câncer, sobretudo considerando que, constatou-se que 80% do total estimado de pessoas no mundo que necessitam dessa abordagem têm acesso limitado até mesmo a intervenções básicas para o controle da dor (Knaul et al., 2018; D'Alessandro et al., 2023).	
	Para atender a este item, a operadora deve assegurar a cobertura dos cuidados paliativos realizados por uma equipe multidisciplinar nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar designados a integrar esta Linha de Cuidado. A oferta e a cobertura de cuidados paliativos devem ser claramente especificadas em contrato ou em documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar que participam dessa Linha de Cuidado, independentemente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada da operadora.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências : A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A descrição detalhada das estratégias dos Cuidados Paliativos no Plano Estruturado mencionado no item 1.1 para esta Linha de Cuidado. ☐ O Sistema de Informação da operadora que demonstre o monitoramento das pacientes em Cuidados Paliativos para esta Linha de Cuidado. ☐ O sistema de contas médicas da operadora, que demonstre a cobertura de cuidados paliativos a pacientes com câncer de mama.	
	☐ O relatório de visita anual presencial ou à distância da operadora aos serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado. ☐ Os contratos, de forma amostral prevendo a disponibilização de equipes de cuidados paliativos nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados para participar desta Linha de Cuidado. A equipe de auditores poderá ainda, a seu critério, realizar visitas amostrais presenciais ou à distância aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
2.7.2	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados para participar desta Linha de Cuidado utilizam ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos. Interpretação:	Essencial
	Os estudos apontam que existem marcadores gerais que estão associados a um prognóstico desfavorável, independentemente da doença subjacente. A literatura oferece diversas ferramentas que auxiliam na avaliação do prognóstico em patologias comuns no contexto dos cuidados paliativos (D'Alessandro et al., 2023).	
	A utilização de ferramentas de triagem para identificar pacientes que necessitam de suporte e cuidados paliativos é essencial para garantir que mais pessoas se beneficiem da abordagem, permitindo intervenções precoces e não apenas na fase final da doença (WPCA e WHO, 2020; D'Alessandro et al., 2023). A operadora deve assegurar que os serviços de atenção oncológica designados para participar desta certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Mama adotem uma ferramenta validada e traduzida para o português do Brasil.	



	Dentre as principais ferramentas disponíveis na literatura, destaca-se o <i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool</i> (SPICT-BRTM), que foi inicialmente descrito em 2010 (Boyd et al., 2010) e aprimorado em 2014 (Highet, 2014) e tem como objetivo identificar, de forma holística, as necessidades do paciente, promovendo a tomada de decisão compartilhada sobre os objetivos e o planejamento avançado de cuidados (D'Alessandro et al., 2023). Essa ferramenta tem como vantagem o fato de já ter sido traduzida e validada para o português do Brasil.	
	A SPICT-BRTM foi desenvolvida com base nos seguintes princípios fundamentais (D'Alessandro et al., 2023): · Simplicidade : facilita a compreensão e a aplicação. · Objetividade : foca em indicadores claros e diretos. · Indicadores de fácil identificação : permite a rápida detecção das necessidades dos pacientes. · Indicadores clínicos de doenças avançadas baseados em evidências : fundamentam-se em dados confiáveis para melhor avaliação.	
	· Promoção de cuidados paliativos precoces : incentiva a integração dos cuidados paliativos em paralelo às intervenções curativas. · Linguagem acessível : garante que a ferramenta seja compreensível para todos os profissionais de saúde envolvidos. Esses elementos tornam a SPICT-BRTM uma ferramenta útil para o manejo de pacientes oncológicos, facilitando a identificação precoce da necessidade de cuidados paliativos. O SPICT-BRTM é aplicável em diferentes contextos clínicos, como atenção primária, instituições de longa permanência, ambulatórios especializados e serviços hospitalares (D'Alessandro et al., 2023).	
	A ferramenta é dividida em duas partes: a primeira inclui indicadores clínicos gerais, enquanto a segunda se concentra em indicadores específicos, conforme a doença de base, permitindo uma avaliação abrangente e direcionada (Highet, 2014; D'Alessandro et al., 2023). Vale destacar que a identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos não contraindica necessariamente o uso de tratamentos modificadores de doença, desde que esses contribuam para a melhoria da qualidade de vida do paciente (D'Alessandro et al., 2023; Brasil/MS, 2024; INCA, 2024).	
	Embora o SPICT-BRTM não seja uma ferramenta prognóstica, estudos indicam que a presença de duas condições de declínio geral pode estar associada a um risco aumentado de óbito nos próximos 12 meses. (Pessini e Bertachini, 2012; D'Alessandro, 2023). Essa informação reforça a importância de um manejo cuidadoso e individualizado, que considere tanto os tratamentos curativos quanto o suporte paliativo (Woolfied et al, 2019; D'Alessandro et al., 2023). Para ilustrar, segue quadro com o SPICT-BRTM:	
	Para pontuar neste item, os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados pela operadora para participarem desta Linha de Cuidado devem adotar este ou outro instrumento com o mesmo objetivo, desde que esteja traduzido e validado para o português do Brasil.	
	A operadora deve prever nos contratos ou documentos similares com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados pela operadora para participarem desta Linha de Cuidado adoção de ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos. Formas de Obtenção de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: · A previsão da indicação de serviços de atenção oncológica que ofereçam cuidados paliativos e utilizem ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos no Plano Estruturado mencionado no item 1.1 para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama. · A previsão nos documentos de pactuação entre a operadora e os serviços e atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer de mama, a adoção de ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos.	
	· O Relatório anual da visita anual realizada pela operadora aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados para participar desta Linha de Cuidado, demonstrando a adoção de escalas de avaliação prognóstica. · A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
2.7.3	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados para participarem desta Linha de Cuidado contam com equipes para cuidados de fim de vida Interpretação	Essencial



Os cuidados de fim de vida são essenciais quando o prognóstico indica a proximidade do término da vida. A avaliação prognóstica é um processo multifatorial e a comunicação do prognóstico deve ser feita de forma individualizada com o paciente e/ou sua família (WPCA e WHO, 2020;D'Alessandro et al., 2023).		
A identificação precoce dos pacientes que podem se beneficiar da abordagem de cuidados paliativos (CP) é um grande desafio. Essa identificação é preconizada desde 2014 pelo <i>Worldwide Hospice Palliative Care Alliance</i> , para possibilitar que a integração entre Cuidados Paliativos e medidas modificadoras de doença ocorra no momento inicial das doenças ameaçadoras de vida (WPCH e WHO; 2020). A avaliação correta e identificação da demanda por Cuidados Paliativos pode ser realizada, inicialmente, por profissional não especialista e, de acordo com a progressão da doença, deve-se associar a abordagem da equipe multiprofissional em Cuidados Paliativos (D'Alessandro et al., 2023).		
Abordar a questão do fim de vida é um desafio ainda maior tanto para os profissionais de saúde quanto para pacientes e familiares. A preocupação com incertezas prognósticas não deve ser um obstáculo para discutir o tema. É importante reconhecer que nem todos os pacientes desejam ou estão em condições de receber informações detalhadas sobre seu prognóstico. Assim, a comunicação sobre a avaliação prognóstica deve ser feita de forma individualizada e cuidadosa, levando em conta as necessidades e preferências de cada paciente e sua família (WPCA e WHO, 2020;D'Alessandro et al., 2023).		
A fase final de vida é caracterizada por uma deterioração progressiva da funcionalidade, um aumento da carga sintomática e uma maior demanda por cuidados, devido à progressão da doença. Esse estágio geralmente está associado a um tempo de sobrevivência estimado reduzido, tornando ainda mais crucial o suporte adequado para o paciente e sua família (D'Alessandro et al, 2023).		
Essa fase é frequentemente marcada por um aumento significativo do sofrimento físico, incluindo aumento da intensidade da dor, além de importantes desafios nos aspectos social, psicológico e espiritual. Esse contexto demanda uma abordagem abrangente e sensível para atender às necessidades do paciente e de sua família (Cardoso, 2012; D'Alessandro et al, 2023). Quando a avaliação cuidadosa do prognóstico indica terminalidade e são oferecidos cuidados de fim de vida, é essencial que pacientes e familiares estejam bem-informados sobre (Mattos, 2022;Murphy, 2000; Kutner, 2009):		
·O(s) diagnóstico(s). ·O prognóstico. ·As opções terapêuticas disponíveis, levando em consideração os diagnósticos e o prognóstico, incluindo os riscos e benefícios de cada alternativa. Os cuidados paliativos modernos são estruturados em graus de complexidade que se somam para oferecer um cuidado integral e ativo ao paciente, tais como: (D'Alessandro et al., 2023; Brasil/MS, 2024).		
▣ Cuidados Paliativos Gerais: devem ser iniciados assim que o paciente recebe o diagnóstico de uma doença que ameaça à vida em progressão. o Nesses casos, o foco é atuar em todas as dimensões dos sinais e sintomas que possam surgir, promovendo alívio e melhorando a qualidade de vida desde o início do tratamento. ▣ Cuidados Paliativos Específicos: são indicados para pacientes nas últimas semanas ou nos últimos seis meses de vida, quando fica evidente que há um declínio progressivo da condição.		
o Nessa fase, as intervenções se concentram em proporcionar conforto e suporte intensivo, respeitando as necessidades e desejos do paciente. Essas duas abordagens garantem que os cuidados paliativos sejam adaptados ao estágio da doença e às necessidades individuais, sempre priorizando o bem-estar e a dignidade do paciente. Nos Cuidados Paliativos Específicos, voltados para o período de final de vida, todo o esforço deve ser direcionado para que o paciente mantenha sua autonomia, preservando seu autocuidado e permanecendo próximo de seus entes queridos (Brasil/MS, 2024).		
Como os cuidados de final da vida, referem-se aos últimos dias ou às últimas 72 horas de vida, é importante proporcionar conforto e dignidade ao paciente e à família nesse momento delicado. O reconhecimento desta fase é complexo, porém é extremamente necessário para o planejamento do cuidado e preparo do paciente e sua família para perdas e óbito (Brasil/MS, 2024). Segue quadro com o detalhamento das ações de acordo com o grau de complexidade dos Cuidados Paliativos.		
Cuidados paliativos gerais	Cuidados paliativos especializados	
Manejo básico da dor e sintomas gerais	Manejo da dor ou outros sintomas de déficit controle	
Manejo básico da depressão e ansiedade	Suporte em casos de depressão mais complexa, luto complicado e angústia existencial	
Discussões básicas sobre: prognóstico, objetivos do tratamento, sofrimento físico, emocional, espiritual e social	Assistência na resolução de conflitos em relação a objetivos ou métodos de tratamento entre os próprios familiares, entre equipes e familiares ou entre diferentes equipes	



	Acolhimento psicossocial aos familiares	Assistência na resolução de casos de possível futilidade terapêutica	
	Fonte: Manual de Cuidados Paliativos do MS, 2023, adaptado de Quill et al. (2013) Apesar da disseminação mais recente dos cuidados paliativos, alguns pacientes podem passar por um processo de morte prolongado, enfrentando sofrimento significativo enquanto recebem tratamentos invasivos e muitas vezes indesejados. Para evitar essa situação, é fundamental reconhecer a fase final da vida de maneira oportuna. Esse reconhecimento permite um manejo mais adequado da terminalidade, promovendo uma abordagem que priorize o conforto e a qualidade de vida do paciente e de seus familiares (Steinhauser et al.; 2000;D'Alessandro et a.l, 2023).		
	Apesar de diversos estudos indicarem que a maioria das pessoas no mundo prefere falecer em casa, uma parte significativa ainda morre em hospitais. Nesse contexto, a literatura aponta para o uso excessivo de medidas agressivas no fim da vida e para baixa utilização de cuidados de final de vida nesta fase (Brownlee, et al., 2017).		
	Para isso, é essencial abordar o sofrimento por meio do controle de sintomas e de discussões abertas e empáticas com os pacientes e/ou familiares. Os objetivos do cuidado de final de vida devem ser alinhados aos valores e desejos dos pacientes e de seus familiares, garantindo que as intervenções respeitem suas preferências e promovam o bem-estar (Hui et al; 2015; Neuberger et al., 2016;D'Alessandro et al., 2023)		
	O ideal é que as discussões sobre as preferências de cuidado para o fim de vida se iniciem antes do período crítico da doença, porque nas últimas semanas ou meses de vida, muitos pacientes enfrentam uma progressiva piora funcional. No entanto, no processo, é fundamental oferecer a oportunidade de revisar e ajustar essas decisões, permitindo que pacientes e familiares reafirmem ou modifiquem o plano de cuidado conforme a necessidade (D'Alessandro et al, 2023). A maioria dos pacientes e dos profissionais de saúde compartilham as mesmas ideias sobre o que seja um bom fim de vida, tais como (Steinhauser, 2000): ☐ Adequado controle da dor, dispneia e ansiedade.		
	☐ Higiene corporal apropriada. ☐ Preparação para a morte. ☐ Ter pessoas queridas por perto. ☐ Não morrer sozinho. ☐ Ser respeitado.		
	☐ Manter a dignidade. ☐ Sentir-se cuidado como uma pessoa integral. Após a análise prognóstica de terminalidade, é fundamental instituir os cuidados de fim de vida, que podem ser realizados em diversos contextos, como hospitais, atenção domiciliar ou <i>hospices</i> , conforme a indicação clínica. A decisão sobre o local e a abordagem deve ser tomada de forma compartilhada com o paciente e/ou seus familiares (Brasil/MS, 2024).		
	Para atender a esse item de verificação, a operadora deve garantir a cobertura para os cuidados paliativos com suporte especializado para cuidados de fim de vida, quando indicado. Além disso, o contrato ou documento similar deve incluir a previsão de que os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar designados pela operadora para esta Linha de Cuidado contem com equipes capacitadas para a realização desses cuidados. Formas de Obtenção de Evidências:		
	A equipe de auditores poderá verificar: ·A descrição detalhada das estratégias de cobertura de cuidados paliativos com oferecimento de suporte especializado para cuidados de fim de vida disponibilizados a pacientes com câncer de mama no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1. ·O sistema de informação da operadora que demonstre a oferta e a cobertura de cuidados paliativos que oferecem suporte especializado para cuidados de fim de vida.		
	·Evidências de remuneração de cuidados paliativos incluindo os cuidados de fim de vida podendo ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros. ·A previsão nos contratos ou documentos similares de pactuação entre a operadora e os serviços e atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama, do oferecimento e cobertura de suporte especializado para cuidados de fim de vida.		
	·O Relatório da visita anual presencial ou à distância realizada pela operadora aos serviços de atenção oncológica ambulatoriais e hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado, demonstrando o oferecimento de suporte especializado para cuidados de fim de vida. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados para participar desta Linha de Cuidado.		

2.7.4	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados para participar desta Certificação na Linha de Cuidado, utilizam escalas de avaliação prognóstic Interpretação

	O uso de escalas de avaliação prognóstica é um recurso valioso, especialmente porque nem sempre os profissionais de saúde encontram-se preparados para realizar essa avaliação e comunicar o prognóstico a pacientes e familiares. Essas escalas são fundamentais para identificar o estado de saúde dos pacientes e orientar as intervenções mais apropriadas, garantindo um cuidado mais efetivo (Krawczyk et al, 2016; D'Alessandro et al, 2023).
	Quando se deparam com a dificuldade de avaliar o prognóstico, os profissionais podem recorrer a atalhos mentais (heurísticas), o que frequentemente resulta em vieses significativos. Muitas vezes, os profissionais tendem a superestimar o prognóstico de seus pacientes, especialmente o médico responsável, devido ao vínculo estabelecido. Essa superestimação pode distorcer o julgamento e levar a práticas como distanásia ou obstinação terapêutica, que se referem ao prolongamento artificial do processo de morrer, resultando em sofrimento sem benefícios tangíveis para o paciente.
	Essa abordagem pode gerar um descompasso entre os objetivos do tratamento e as necessidades reais do paciente, aumentando o sofrimento em vez de proporcionar conforto. (D'Alessandro, 2023). Assim, é recomendável que o médico assistente compartilhe sua avaliação prognóstica com colegas e outros profissionais da equipe de saúde. Além disso, deve combinar sua impressão clínica com a utilização de escalas de avaliação prognóstica validadas na literatura. Essa abordagem ajuda a evitar a superestimação do prognóstico, facilitando uma avaliação mais precisa e uma melhor tomada de decisão (D'Alessandro et al., 2023).
	Seguem alguns marcadores gerais de pior prognóstico, independentemente da patologia subjacente: · Infecções recorrentes e de difícil tratamento (como pneumonia, pielonefrite e sepse). · Piora significativa da ingesta alimentar, incluindo perda não intencional de peso superior a 10% nos últimos 3 meses, hipoalbuminemia ou disfagia com aspiração.
	· Perda de funcionalidade, resultando em maior dependência de terceiros para atividades básicas da vida diária. Nos casos de câncer, a avaliação prognóstica possui várias particularidades. De modo geral, tumores metastáticos, especialmente aqueles que afetam órgãos considerados "nobres", como pulmão, fígado e sistema nervoso central, estão associados a prognósticos menos favoráveis. Além disso, a perda de funcionalidade é fator crítico: quanto maior a perda de funcionalidade, maior a probabilidade de toxicidade relacionada ao tratamento e menor a expectativa de sobrevida. (D'Alessandro et al., 2023; INCA, 2022; DF, 2018).
	Quando a avaliação cuidadosa do prognóstico indica terminalidade, é essencial oferecer cuidados de fim de vida aos pacientes (INCA, 2022; D'Alessandro et al., 2023). Essa discussão é importante para todos os envolvidos. Para que possam tomar decisões informadas e alinhadas à sua história de vida e valores, é fundamental que os pacientes e seus familiares compreendam os seguintes tópicos: (Murphy, 2000; Kutner et al., 2009; D'Alessandro et al., 2023) · O(s) diagnóstico(s).
	· O prognóstico. · A terapêutica disponível de acordo com seus diagnósticos e o prognóstico informado, incluindo os riscos e benefícios de cada opção terapêutica. Para cumprir esse item de verificação, a operadora deve prever nos contratos ou documentos similares com prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama, a adoção de escalas de avaliação prognóstica validadas. Formas de Obtenção de Evidências:
	A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A previsão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama, a indicação de Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar que adotem escalas de avaliação prognóstica validadas. ☐ A previsão nos contratos ou documentos similares de pactuação entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar para a Linha de Cuidado do Câncer de mama da adoção de escalas de avaliação prognóstica validadas.
	☐ O Relatório da visita anual realizada pela operadora Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados para participar desta Linha de Cuidado, demonstrando a adoção de escalas de avaliação prognóstica. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados para participar desta Linha de Cuidado.
2.7.5	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados para participar desta Linha de Cuidado oferecem apoio espiritual aos pacientes com doença ameaçadora de vida. Interpretação
	Segundo a OMS, a espiritualidade está no escopo da abordagem de cuidados paliativos (CP). Assim, esta dimensão deve fazer parte do cuidado de pacientes com doença ameaçadora de vida (WPCA e WHO, 2020; Puchalski et al, 2009; D'Alessandro et al, 2023). Essa abordagem se justifica visto que a espiritualidade é uma das dimensões do ser humano, entendida como "um aspecto intrínseco e dinâmico da humanidade, através do qual o indivíduo busca significado, sentido e transcendência, e experimenta a relação consigo mesmo, com a família, com os outros, a comunidade, a sociedade, a natureza e o que é significativo e sagrado" (Puchalski et al.(2014).
	É importante diferenciar espiritualidade de religiosidade. A religiosidade envolve a expressão da espiritualidade dentro de uma coletividade por meio de tradições, rituais, crenças, práticas, normas e celebrações em comum (Evangelista, 2016; Steinhäuser et al, 2017; D'Alessandro et al, 2023). Já a espiritualidade é pessoal e diz respeito à conexão com o sentido, propósito e transcendência da vida, através das relações consigo, com os outros, com o momento, com o universo e o sagrado, sendo essa manifestada através de religiões ou não (Saporetti, et al 2008).

	Nesse contexto, o sagrado é subjetivo e pode ser encontrado na religião, na arte, na música, em projetos de vida, na filosofia, no contato com a natureza, ou por meio da solidariedade. (Cherny, 2015; Evangelista, 2016; Steinhauser et al, 2017; D'Alessandro et al, 2023). À medida que a doença ameaçadora da vida avança, os pacientes podem buscar a espiritualidade, tanto com forma de reduzir o sofrimento quanto como recurso de enfrentamento, buscando ter fé, sentindo que viver a vida de forma plena, tendo esperança, perdendo, amando, conectando-se e estando em paz com os outros com a divindade e com o sagrado (Saporetti et al., 2008; Steinhauser et al., 2017; Evangelista et al. 2016; D'Alessandro et al., 2023).
	Assim, a dimensão espiritual deve fazer parte da abordagem de pacientes com doença ameaçadora de vida deve estar integrada na rotina e constar no Plano de Cuidado Individualizado como qualquer outra questão (Puchalski et al., 2009). Existem várias barreiras que foram identificadas, que dificultam a abordagem da espiritualidade dos pacientes tais como: (Saporetti et al., 2008; Evangelista et al., 2016; D'Alessandro et al., 2023). · Desconhecimento dos profissionais sobre o conceito de espiritualidade e como abordá-lo.
	· Preocupação em relação a instituir pontos de vista religiosos. · Ideia de que abordar esse tema não é importante ou que não faz parte do escopo de trabalho. · Falta de tempo na assistência ou de apoio institucional. Outra dificuldade, nessa abordagem, está relacionada com a definição do que é espiritualidade, conceito complexo e multidimensional, mas, ao mesmo tempo, intrínseco à experiência humana e que envolve a busca de cada um por sentido na vida e transcendência (D'Alessandro et al, 2023; Steinhauser et al., 2017).
	Para cumprir este item, a operadora deve oferecer cobertura para os cuidados paliativos, incluindo a assistência espiritual. Deve constar do contrato com os serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e serviços hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado o oferecimento de cuidados paliativos, quando indicado, incluindo assistência espiritual. Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:
	☐ A previsão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama, a indicação de Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar que contam com equipe interdisciplinar para realização de cuidados paliativos, incluindo assistência espiritual. ☐ A pactuação por meio de contrato ou documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama para que realizem cuidados paliativos, incluindo a assistência espiritual.
	☐ O Sistema de Contas Médica, faturas, entre outros constando a remuneração das equipes de cuidados paliativos. ☐ Visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados para participar desta Linha de Cuidado. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visita anual realizada pela operadora aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços Hospitalares e Serviços de Atenção Domiciliar indicados para participar desta Linha de Cuidado.

Referências Bibliográficas do Requisito 2.6:

BOYD K, MURRAY SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. **BMJ** [Internet]. 2010. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/341/bmj.c4863.long>>. Acesso em: 15 out. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Cuidados paliativos no tratamento do câncer** (Internet). Disponível em: <<https://www.gov.br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer/cuidados-paliativos>>. Acesso em: 15 out. 2024.

CHERNY NI. **The problem of suffering and the principles of assessment in palliative medicine**. In: Cherny N, Fallon M, R, Currow DC, organizators. Oxford Textbook of palliative medicine. New York: Oxford University Press; 2015. p. 35-48.

D'ALESSANDRO, MPSet al. **Manual de cuidados paliativos** - 2. ed. São Paulo: Hospital Sirio-Libanes; Ministério da Saúde; 2023.

EVANGELISTA CB, LOPES ME, COSTA SF, BATISTA PS, BATISTA JB, OLIVEIRA AM. Cuidados paliativos e espiritualidade na literatura. **Rev. Bras. Enferm** [Internet].

2016 [cited 2023 Jul 11];69(3). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/TY7ydpbDpBhnfBDmh5nH36b/?la=pt>>. Acesso em: 15 out. 2024.

GOMES, A.L.Z.; OTHERO, M.B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, n, 30, v. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/>>. Acesso em 07 dez. 2023.

HIGHET G, CRAWFORD D, MURRAY AS, BOYD K. Development and evaluation of the supportive and palliative care in a mixed-methods study. **BJM** [Internet]. 2014. Disponível em: <<https://spcare.bmj.com/content/4/3/285>>. Acesso em: 15 out. 2024.

HUI D, DEV R, BRUERA E. The Last Days of Life: Symptom Burden and Impact on Nutrition and Hydration in Cancer Patients. **Support Palliat Care** [Internet]. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792116/pdf>>. Acesso em: 15 out. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Cuidados Paliativos** (internet). Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/cuidados-paliativos>>. Acesso em 25 mar. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Cuidados paliativos em oncologia** : orientações para agentes comunitários de saúde / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartilhas/cuidados-paliativos-em-oncologia-orientacoes-para-agentes-comunitarios-de-saude>>. Acesso em: 15 out. 2024.

KELLEY, AS. Defining "Serious Illness". **J Palliat Med**, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25115360/>>. Acesso em: 15 out. 2024.

KNAUL FM, FARMER PE, KRAKAUER EL, LIMA L, BHADILIA A, JIANG KX, et al. Alleviating the access abyss in palliative relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. **Lancet** [Internet]. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032993/>>. Acesso em: 15 out. 2024.

KRAWCZYK M, GALLAGHER R. Communicating prognostic uncertainty in potential end-of-life contexts: experiences of bereaved family members. **BMC Palliat Care** [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 16];15:59. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4941030/>>. Acesso em: 15 out. 2024.

KUTNER JS, KILBOURN KM. Bereavement: addressing challenges faced by advanced cancer patients, their caregivers and physicians. 2009 **Prim.Care** [Internet]. Disponível: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19913188/>>. Acesso em: 15 out. 2024.

MATTOS DW, CARVALHO IS. **Assistência à fase final de vida e processo ativo de morte**. In: Ferreira EA, Barbosa SM, organizators. Cuidados paliativos pediátricos.1. ed. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2022. p.185-8.

MURPHY P, KRELING B, KATHRYN E, STEVENS M, LYNN J, DULAC J. Description of the SUPPORT intervention. Study of prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. **J Am Geriatr Soc** [Internet]. 2000 [cited 2023 Mar 16];48(5 Suppl):154-61. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10809469/>>. Acesso em: 15 out. 2024.

NEUBERGER RB. The liverpool care pathway: what went right and what went wrong. **Br. J. Hosp. Med** [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 16];19(12):e12. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26961447/>>. Acesso em: 15 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Cuidados Paliativos**, (internet), 2024. Disponível em: <<https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>>. Acesso em: 14 nov. 2024.

PESSINI L, BERTACHINI L. **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações de fim de vida**. 1.ed. Sao Paulo: Editora Paulinas; Centro Universitário Sao Camilo; 2012. Capítulo 1, Conhecendo o que são cuidados paliativos: conceitos fundamentais; p. 19-55.

PUCHALSKI CM, FERRELL B, VIRANI R, OTIS-GREEN S, BAIRD P, BULL J, et al. Improving the quality of spiritual care in palliative care: the report of the consensus conference. **J. Palliat. Med** [Internet]. 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26874317_Improving_the_Quality_of_Spiritual_Care_as_a_Dimension_of_Palliative_Care_The_Report_of_the_Consensus_Conference>. Acesso em: 15 out. 2024.

QUILL TE, ABERNETHY AP. Generalist plus specialist palliative care - creating a more sustainable model. **N. Engl. J. Med** [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 16];374(25):2416-24. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1215620>>. Acesso em: 15 out. 2024.

SAPORETTI LA. **SOMUS: formas de conexão** [Internet]. 2020. Disponível em: <<https://irp-cdn.multiscreensite.com/d917b1b0/files/uploaded/SOMUS%20formas%20de%20conexa%CC%83o.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2024.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SESDF). **Protocolo de atenção à saúde: limite de viabilidade em Neonatologia**. [Internet]. [Brasília]: Secretaria de Estado da Saúde (DF);2018. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Limite+de+Viabilidade+em+Neonatologia.pdf/35da70b0-9e48b685baaa?t=1648646097907>>. Acesso em: 15 out. 2024.

STEINHAUSER KE, CHRISTAKIS NA, CLIPP EC, MCNEILLY M, MCINTYRE L, TULSKY JA. Factors considered important in end-of-life care by patients, family, physicians and other care providers. **JAMA** [Internet]. 2000. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/193279>>. Acesso em: 15 out. 2024.

STEINHAUSER KE, FITCHETT G, HANDZO GF, JOHNSON KS, KOENIG HG, PARGAMENT KI, et al. State of the science of palliative care research part I: definitions, measurement, and outcomes. **J Pain Symptom Manage** [Internet]. 2009 [cited 2023 Mar 16];38(2):151-61. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392417302920>>. Acesso em: 15 out. 2024.

WOOLFIED A, MITCHELL G, KONDALSAMY-CHENNAKESAVAN S, SENIOR H. Predicting those who are at risk of dying within 6 months in primary care: a retrospective case-control general practice chart analysis. **J. Palliat. Med** [Internet]. 2019. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jpm.2018.0562>>. Acesso em: 15 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer control** : knowledge into action: WHO guide for effective programmes. Geneva: WHO; 2007 Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAE1F0A0A0A0A0A0A0?sequence=1>. Acesso em: 15 out. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes** : policies and managerial guidelines. Geneva: WHO; 2002. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/42494>>. Acesso em: 15 out. 2024.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA)/ WHO. **Global atlas of palliative care** [Internet]. London: WPCA; 2019. Disponível em: <[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)>. Acesso em: 15 out. 2024.

Dimensão 3. Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero

DIMENSÃO 3 - LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO		
A Dimensão 3 tem por objetivo avaliar a operadora em relação à definição, organização e implementação da linha do cuidado do Câncer de Colo de Útero em todo o ciclo		
3.1 Organização e Estruturação Técnica da Operadora na Linha de Cuidado Câncer de Colo de Útero		
Este requisito tem como objetivo avaliar a organização técnica da operadora e de sua rede prestadora de serviços oncológicos para oferecer um cuidado integral e de qualidade aos pacientes na Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero.		
3.1.1	A operadora estabelece um capítulo específico no Plano Estruturado detalhando a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero. Interpretação:	Essencial
	A operadora deverá desenvolver um capítulo específico no Plano Estruturado quando a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero for priorizada para esta Certificação. O Capítulo deve apresentar, de forma detalhada, a organização das ações voltadas à sua implementação. Esse conteúdo deve refletir a atuação coordenada da operadora na organização da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero.	
	Esse capítulo deverá funcionar como um instrumento de gestão, servindo como guia para a implementação e qualificação da atenção ao câncer de colo de útero no âmbito da operadora. Sua construção deve estar baseada em diretrizes clínicas, protocolos assistenciais e evidências científicas atualizadas, e deve ser revisado sempre que necessário.	

	O conteúdo mínimo obrigatório desse capítulo inclui: ☐ Objetivos da Linha de Cuidado; ☐ Justificativa técnica para sua implementação; ☐ Cobertura prevista pela operadora, respeitando a cobertura mínima obrigatória definida no item 3.1.2 deste requisito;	
	☐ Estratégias de ação e fluxos para: - o Promoção da saúde; - o Prevenção do câncer de colo do útero - o Detecção precoce, contemplando: ☐ Rastreamento conforme protocolo estabelecido nesta linha de cuidado; e	
	☐ Diagnóstico precoce. - o Diagnóstico; - o Estadiamento; - o Tratamento e reabilitação; - o Cuidados paliativos; e	
	o Cuidados de fim de vida. ☐ Indicação dos serviços de saúde oncológicos designados para participar da certificação no âmbito da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero, de acordo com o estabelecido nesta Certificação. As ações descritas devem assegurar o cuidado integral, coordenado e contínuo ao longo de toda a jornada da paciente, desde a promoção da saúde até os cuidados no fim da vida.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A existência no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 do capítulo específico para a Linha de Câncer de Colo de Útero; e ☐ O documento deve estar disponível tanto na sede da operadora (em meio físico e digital) como nas suas diferentes unidades, caso existam (em meio físico e/ou digital).	
3.1.2	A Operadora estabelece o número de beneficiárias para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero de acordo com a cobertura mínima estabelecida. Interpretação:	Essencial
	A cobertura populacional mínima para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero deve considerar a estimativa de incidência da doença no Brasil, bem como a população de mulheres da carteira de beneficiários da operadora. De acordo com o INCA (2022), o número estimado de casos novos para câncer de colo de útero para cada ano do triênio de 2023 a 2025 foi de 17.010 casos, com taxa de incidência estimada de 15,38 casos novos a cada 100 mil mulheres em 2023.	
	Desse modo, a cobertura mínima obrigatória para esta Linha de Cuidado deve ser ajustada a cada auditoria de certificação, utilizando como parâmetro a última estimativa de incidência média nacional de câncer de colo de útero divulgada pelo INCA e a última atualização dos dados da operadora no SIB (Sistema de Informações de Beneficiários) disponíveis na Sala de Situação no portal da ANS na internet.	
	O estabelecimento de uma cobertura mínima obrigatória para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero busca garantir que as boas práticas padronizadas neste manual alcancem um número significativo de beneficiárias, promovendo um impacto positivo no cuidado prestado às pacientes com câncer de colo de útero pelas operadoras, assim justificando a obtenção de um selo de qualidade nesta área de atenção.	
	Para esclarecer a regra para o estabelecimento da cobertura mínima obrigatória, foi utilizada, a título ilustrativo, a estimativa mais atual divulgada pelo INCA no Documento <i>Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil</i> (INCA, 2022) e o número de beneficiárias por operadora obtido por meio do SIB referente ao ano de 2023, extraído em abril de 2024.	
	A estimativa mais recente de incidência para o câncer de colo do útero para o ano de 2023, divulgada pelo INCA, foi de 15,38 casos novos a cada 100 mil mulheres no país. Considerando os dados disponíveis no SIB/ANS, existiam 678 operadoras do seguimento Médico Hospitalar com registro ativo na ANS e com beneficiários ativos na carteira. De acordo com o SIB de abril de 2024, referente a julho de 2023, o número de mulheres em operadoras variou de 10 mulheres beneficiárias, em operadoras muito pequenas, até 3,8 milhões de mulheres na maior operadora do setor (SIB/ANS, abr. 2024).	
	De acordo com o SIB, em 2023, 93% das operadoras do segmento Médico Hospitalar tinham até 100 mil mulheres em suas carteiras e apenas 7% das operadoras contavam com mais de 100 mil mulheres (SIB/ANS, abr. 2024). A cobertura mínima para esta Linha de Cuidado deverá ser calculada da seguinte maneira: · Para os itens de verificação relacionados à promoção da saúde - letramento em saúde e prevenção do câncer de colo de útero, a regra para o estabelecimento da cobertura mínima será calculada com base no percentual do número total de mulheres da carteira de beneficiários da operadora.	
	· Para os itens de verificação referentes ao rastreamento a regra para o estabelecimento da cobertura mínima será calculada com base no percentual do número de mulheres da população alvo da carteira de beneficiários da operadora. · Para os itens referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao seguimento, será utilizado um percentual baseado na estimativa de casos novos e casos em seguimento.	

Na ocasião da auditoria de certificação, deverá ser calculada a cobertura mínima com base na última estimativa de incidência para o câncer de colo de útero publicada pelo INCA. Para facilitar o entendimento, a regra de cobertura obrigatória está sendo ilustrada, a seguir, com exemplos de operadoras, considerando o número de beneficiárias registradas no SIB. Os dados utilizados na tabela a seguir referem-se ao ano de 2023. Tabela com Regra da Cobertura Mínima obrigatória para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero nesta Certificação.							
	N° de operadoras	% de operadoras	N° de mulheres	Casos novos por 100mil/ano	Cobertura mínima: Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer Colo de útero	Cobertura mínima: Rastreamento	Cobertura mínima: diagnóstico; tratamento, seguimento e cuidados paliativos
	631	93,07%	Até 100 mil	Até 15,38 casos novos	90% das mulheres da carteira	80% das mulheres da população-alvo da carteira	80% de casos novos (até 12 casos novos) e 80% dos casos em seguimento
	39	5,75%	Acima de 100 mil a 500 mil	de 16 a 63 casos novos	85% das mulheres da carteira	75% das mulheres da população-alvo da carteira	75% de casos novos (de 12 casos a 47 casos novos) e 75% dos casos em seguimento
	2	0,29%	Acima de 500 mil a 1 milhão	De 92 a 152 casos novos	70% das mulheres da carteira	70% das mulheres da população-alvo da carteira	70% dos casos novos (de 64 a 106 casos novos) e 70% dos casos em seguimento
	6	0,88%	Acima de 1 milhão	De 158 a 585 casos novos (até 4 milhões de beneficiárias)	75% das mulheres da carteira	65% das mulheres da população-alvo da carteira	70% casos novos (de 111 a 409 casos novos) e 70 %dos casos em seguimento
Fonte: SIB/ANS. abril de 2024.							
Ressalta-se que o cumprimento da cobertura mínima para essa Linha de Cuidado deve considerar: ☐ As ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de colo de útero se referem ao requisito 3.2 deste manual; ☐ As ações de Rastreamento; - se referem ao requisito 3.3; ☐ As ações de Diagnóstico; Tratamento, incluindo Atenção Domiciliar; Cuidados Paliativos e de Fim de Vida e Seguimento - se referem aos requisitos: 3.4; 3.5; 3.6 e 3.7.							
☐ Toda a organização prevista na Dimensão 1 e no requisito 3.1 deve ser desenvolvida com vistas ao cumprimento da cobertura obrigatória prevista neste item de verificação. Para cumprir este item de verificação a operadora deve incluir o número de mulheres de acordo com a cobertura mínima estabelecida nas ações previstas neste manual e deve indicar os serviços de atenção oncológica com capacidade para atender à cobertura mínima, considerando a localização geográfica, as especificidades dos serviços e o previsto em cada item de verificação deste Manual							
Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ O alcance das ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de colo de útero, incluindo ações de educação e letramento em saúde, de acordo com os itens de verificação previstos neste Manual para o câncer de colo de útero, em relação à cobertura mínima estabelecida.							



	☐ O número de beneficiárias que realizaram o rastreamento do câncer de colo de útero de acordo com o previsto neste Manual e a compatibilidade com a cobertura mínima estabelecida. ☐ O monitoramento do macro indicador de rastreamento do câncer de colo de útero relativo ao Exame para Detecção do DNA-HPV oncogênico. ☐ O número de beneficiárias com câncer de colo de útero atendidas nos serviços de atenção oncológica indicados para participar desta Linha de Cuidado por meio de sistema de monitoramento da operadora , além de faturas, sistema de contas médicas, entre outros.	
3.1.3	A Operadora estabelece a relação de prestadores de serviços da rede de Atenção Oncológica indicados para participar da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero. Interpretação:	Essencial
	Para assegurar a cobertura populacional mínima e a integração da rede, a operadora deverá indicar no Plano Estruturado a relação dos serviços de saúde da rede atenção oncológica indicados para participar da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero.	
	Os serviços de saúde indicados devem ser registrados de acordo com o modelo de "Formulário de Especificação de Rede de Atenção Oncológica para Certificação da Operadora", na Capítulo: 11 deste Manual. Devem ser especificadas as seguintes informações relativas a cada : serviço indicado: ☐ Linha de Cuidado; ☐ Tipo de Serviço;	
	☐ Nome Fantasia; ☐ Razão Social; ☐ Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ; ☐ Cadastro Nacional de Estabelecimento - CNES; e ☐ Município e Unidade da Federação (UF).	
	Caso o Serviço funcione dentro de outro Estabelecimento de Saúde, essa informação deve ser especificada. Por exemplo, no caso de um serviço de Atenção Oncológica Ambulatorial funcionar anexo ao hospital, com o mesmo CNPJ e CNES, a operadora deverá informar no formulário que o Estabelecimento de Saúde conta com dois serviços indicados para participar da Linha de Cuidado. A operadora deverá indicar os seguintes tipos de serviços para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero, que devem funcionar conforme especificado neste Manual:	
	☐ Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial; ☐ Serviços de Diagnóstico por Imagem - para o câncer do colo de útero; ☐ Laboratórios de anatomopatologia; ☐ Laboratórios anatomopatologia ou Laboratório de Patologia Clínica/Análises Clínicas, especializados em Exames de Biologia Molecular;	
	☐ Serviços de Terapia Antineoplásica; ☐ Serviços de Radioterapia; ☐ Serviços Hospitalares de referência para realização de cirurgias para tratamento do Câncer de Colo de Útero - que devem dispor de infraestrutura adequada para suporte às pacientes com câncer de colo de útero, incluindo internações, procedimentos cirúrgicos e manejo de intercorrências oncológicas; e	
	☐ Serviços de Atenção Domiciliar. A operadora deve indicar os serviços de pronto atendimento, assim como os de urgência e emergência hospitalar destinados às pacientes com câncer de colo de útero, dentre os hospitais e clínicas designados como participantes desta Linha de Cuidado.	
	Os serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado devem atuar de forma integrada, em rede, organizando-se de acordo com o estabelecido no requisito 1.2 deste Manual. A operadora deverá pactuar com a sua rede de atenção oncológica ao câncer de colo de útero, a participação dos serviços nesta certificação, condicionada ao cumprimento dos critérios estabelecidos neste Manual.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A especificação da relação dos serviços de saúde indicados para participarem desta para Linha de Cuidado no Plano Estruturado, conforme estabelecido neste item de verificação, incluindo as devidas atualizações, quando aplicável;	
	· Se as informações relativas aos serviços de saúde na indicados para participarem da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero estão de acordo com o modelo do "Formulário de Especificação de Rede de Atenção Oncológica para Certificação da Operadora" disponível no capítulo XI deste Manual; · A existência de contrato formal estabelecido entre a operadora e os serviços da rede de atenção oncológica indicados como participantes desta Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero, indicada como participante desta Certificação;	
	· Os documentos de cobrança e as faturas referentes aos atendimentos realizados por beneficiárias na rede de atenção para da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero, indicada pela operadora como participante desta Certificação; e · Por amostragem, os Relatórios de Visitas Técnicas, presenciais ou virtuais, realizadas pela operadora, com periodicidade anual, nos serviços indicados para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero nesta Certificação.	

3.1.4	A operadora divulga em seu portal os serviços de atenção oncológica que participam da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero, disponíveis para cada tipo de plano de saúde contratado pelo beneficiário. Interpretação:	Essencial
	A operadora informa em seu portal institucional na internet quais serviços de atenção oncológica estão incluídos na certificação da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero, sem prejuízo das obrigações estabelecidas pela Resolução Normativa - RN nº 486/2022 e quaisquer alterações que possam vir a ocorrer.	
	As operadoras disponibilizam redes diferenciadas para a cobertura de consultas, eventos e procedimentos em saúde, de acordo com o produto ou plano contratado. Portanto, é importante que o beneficiário tenha acesso às informações sobre o que é oferecido para o seu plano específico no âmbito desta Linha de Cuidado.	
	Para o cumprimento deste item, a divulgação deve estar obrigatoriamente disponível no portal da operadora na internet, podendo, adicionalmente, ser também divulgada em aplicativos para dispositivos móveis. A informação sobre a rede de atenção oncológica deve ser apresentada de forma compreensível e acessível, permitindo que a beneficiária consulte facilmente a lista de prestadores de serviços participantes desta Linha de Cuidado, de acordo com o tipo de plano de saúde contratado.	
	Para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero, as informações referentes à rede devem ser disponibilizadas conforme o tipo de serviço por plano contratado, conforme especificado no item 1.2.4 deste Manual: ☐ Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial; ☐ Serviços de Diagnóstico por Imagem (Ex.: ultrassonografia, ressonância magnética, entre outros); ☐ Laboratórios de anatomopatologia;	
	☐ Laboratórios anatomopatologia ou Laboratório de Patologia Clínica/Análises Clínicas, especializados em Exames de Biologia Molecular; ☐ Serviços de Terapia Antineoplásica; ☐ Serviços de Radioterapia ; ☐ Serviços Hospitalares de referência para o câncer do colo do útero - deve dispor de infraestrutura adequada para suporte ao paciente com câncer de colo de útero, como realização de diagnóstico; tratamento; internações; procedimentos cirúrgicos e manejo de intercorrências oncológicas.	
	☐ Devem ser destacados, dentre os hospitais e serviços de atenção oncológica ambulatorial indicados pela operadora, aqueles que oferecem serviço de pronto atendimento e serviços de urgência e emergência hospitalar. Sempre que houver alterações, tais como inclusão, exclusão e substituição de prestadores de serviços participantes desta Linha de Cuidado, essas informações devem ser divulgadas de forma compreensível e de fácil acesso.	
	A operadora deverá manter os dados da rede de atenção da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero atualizados. Formas de verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	
	☐ A especificação da relação dos serviços de saúde indicados para participarem desta Linha de Cuidado no portal institucional da internet e aplicativos da operadora para dispositivos móveis. ☐ A facilidade de acesso às informações no portal da operadora para os beneficiários. ☐ A lista de prestadores de serviços contratados, cooperados ou referenciados para esta certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero por plano/produto.	
3.1.5	Os Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para participar da Certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero contam com certificado do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem - PADI do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR. Interpretação:	Excelência
	A Acreditação em Saúde é um processo periódico e voluntário conduzido por uma organização independente, que avalia se um estabelecimento cumpre requisitos técnicos e de segurança previamente definidos, demonstrando competência e excelência no atendimento ao usuário.	
	O Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (PADI), reconhecido pela <i>The International Society for Quality in Health Care</i> (ISQua), tem o objetivo de qualificar serviços de radiologia e diagnóstico por imagem por meio de avaliações imparciais e rigorosas, assegurando que os requisitos mínimos de qualidade, segurança e sustentabilidade sejam cumpridos. A norma PADI é um referencial de qualidade e um padrão de excelência no setor (CBR, 2022; 2024).	
	Além disso, o PADI é uma acreditação reconhecida pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS da ANS, que divulga nominalmente as clínicas e hospitais que obtiverem o certificado de acreditação. O QUALISS é uma iniciativa da ANS que visa aprimorar a qualidade dos serviços de saúde na Saúde Suplementar brasileira, que tem como objetivo: · Estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde no setor suplementar.	

	· Aumentar a disponibilidade de informações sobre os prestadores de serviços de saúde no setor suplementar. · Auxiliar os pacientes a fazerem escolhas mais conscientes e proativas em relação à sua saúde. Para cumprir esse item, os Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para participar desta Linha de Cuidado pela Operadora devem contar com certificado do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem - PADI do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR ou outra acreditação similar para o mesmo tipo de estabelecimento, desde que reconhecida pelo Programa QUALISS da ANS.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A existência do certificado vigente do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem - PADI do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR dos Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados pela Operadora para participar desta Linha de Cuidado.	

3.1.6	Os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar da Certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero contam com selo do Programa de Acreditação e Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia (PACQ-SBP). Interpretação:	Excelência
	A Acreditação em Saúde é um processo periódico e voluntário conduzido por uma organização independente, que avalia se um estabelecimento cumpre requisitos técnicos e de segurança previamente definidos, demonstrando competência e excelência no atendimento ao usuário.	
	O PACQ-SBP é um programa de acreditação baseado em requisitos que busca verificar o cumprimento de processos e procedimentos essenciais para a segurança dos pacientes e colaboradores (SBP, 2021). Segundo a SBP (2021), o programa tem como objetivo avaliar a conformidade e a rastreabilidade das amostras, a adequação das instalações, a manutenção dos equipamentos e os procedimentos internos de segurança. Além disso, abrange o sistema de qualidade do laboratório como um todo, incluindo requisitos de gestão da qualidade, procedimentos e processos laboratoriais, recursos humanos e gestão administrativa.	
	O PACQ-SBP é uma acreditação reconhecida pelo Programa QUALISS da ANS, que divulga nominalmente os prestadores de serviços de saúde que obtiverem acreditação de acordo com os critérios estabelecidos no Programa. O QUALISS é uma iniciativa da ANS que visa aprimorar a qualidade dos serviços de saúde na Saúde Suplementar brasileira, que tem como objetivo: · Estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde na saúde suplementar.	
	· Aumentar a disponibilidade de informações sobre os prestadores de serviços de saúde na saúde suplementar. · Auxiliar os pacientes a fazerem escolhas mais conscientes e proativas em relação à sua saúde. Para cumprir esse item, os Laboratórios de Anatomopatologia indicados pela Operadora para participar desta Linha de Cuidado devem contar com certificado PACQ-SBP da Sociedade Brasileira de Patologia ou outra Acreditação similar para o mesmo tipo de estabelecimento, desde que reconhecida pelo programa QUALISS da ANS.	
	Formas de Verificação e Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A existência do certificado vigente do PACQ-SBP dos Laboratórios de Anatomopatologia indicados pela Operadora para participar desta Linha de Cuidado	
3.1.7	Os Hospitais indicados pela operadora para participar da Certificação na Linha de Cuidado do câncer de colo de útero contam com certificado de Acreditação reconhecido pelo Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS da ANS. Interpretação:	Excelência
	A Acreditação em Saúde é um processo periódico e voluntário conduzido por uma organização independente, que avalia se um estabelecimento cumpre requisitos técnicos e de segurança previamente definidos, demonstrando competência e excelência no atendimento ao usuário.	
	O Programa QUALISS da ANS divulga nominalmente os hospitais que obtiverem o certificado de acreditação de acordo com critérios estabelecidos na RN 510/2022 (ANS, 2022) O QUALISS é uma iniciativa da ANS que visa aprimorar a qualidade dos serviços de saúde na Saúde Suplementar brasileira e tem como objetivos (ANS, 2022):	



	· Estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde. · Aumentar a disponibilidade de informações sobre os prestadores de serviços de saúde. · Auxiliar os pacientes a fazerem escolhas mais conscientes e proativas em relação à sua saúde. Para cumprir este item, os hospitais indicados para participar desta Linha de Cuidado pela Operadora devem possuir certificado de Acreditação, conforme os critérios estabelecidos pela ANS no Programa QUALISS.	
	Formas de Verificação de Evidências: · A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A existência do certificado de Acreditação reconhecido pelo Programa QUALISS da ANS dos hospitais indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado.	
3.1.8	A operadora monitora os resultados dos indicadores assistenciais para a Linha de Cuidado do Câncer do Colo de Útero. Interpretação:	Complementar
	A operadora deve monitorar o desempenho da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero por meio dos indicadores assistenciais, listados neste item de verificação, de forma complementar aos macro indicadores, previstos no item 1.3.1. Há uma grande diversidade de indicadores, constantes da literatura científica da área, que podem favorecer o processo de tomada de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação da atenção à saúde.	
	A avaliação e o monitoramento da atenção à saúde por meio de indicadores oferecem subsídios para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde. Foram selecionados indicadores assistenciais para a Linha de Cuidado do Câncer do Colo de Útero, considerados importantes para o monitoramento da qualidade da atenção à paciente. O monitoramento desses indicadores deve ser realizado pela operadora e pelo próprio prestador de serviço indicado para participar desta Linha de Cuidado, não havendo a obrigatoriedade de envio à ANS. Entretanto, a ANS poderá solicitar à operadora, os resultados desses indicadores a qualquer tempo.	
	A atenção à saúde se consubstancia na rede assistencial, de modo que é primordial que seja estabelecida uma troca sistemática de informação entre a operadora e a sua rede prestadora de serviços de saúde na área de atenção oncológica participante desta Linha de Cuidado. Segue a lista de indicadores que devem ser monitorados pela operadora. As respectivas fichas técnicas constam no Capítulo 12 deste Manual: 1. Percentual de pacientes submetidas à cirurgia de câncer de colo de útero com laudo anatomopatológico completo e padronizado;	
	2. Percentual de pacientes com câncer de colo de útero com registro de estadiamento TNM (pós-operatório) no prontuário; e 3. Percentual de mulheres com detecção dos subtipos virais oncogênicos no teste de DNA-HPV que realizaram colposcopia, estratificados pelos tipos virais 16 ou 18. Esses indicadores devem ser coletados pelos prestadores de serviços indicados para esta Linha de Cuidado e devem ser reportados às operadoras. Os resultados desses indicadores deverão subsidiar os processos de gestão dos prestadores de serviços e das operadoras de planos de saúde.	
	A partir da identificação de práticas que impactem positivamente o cuidado em saúde, podem ser adotadas ações que estimulem e favoreçam a consolidação e a ampliação do seu alcance na rede assistencial da operadora. Por outro lado, se identificada a necessidade, a operadora deve estabelecer medidas corretivas caso não tenha alcançado o resultado pretendido na qualidade e segurança da atenção à paciente com câncer de colo de útero. Assim, a operadora deve utilizar as informações obtidas a partir do monitoramento dos indicadores e os resultados de sua avaliação para a realização do planejamento e para a gestão da atenção à saúde na Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero.	
	Os resultados do monitoramento e da avaliação, bem como o respectivo plano de ação com as eventuais medidas de ajustes, devem retroalimentar o Plano Estruturado da certificação, de que trata o item de verificação 1.1.1. A forma de envio de dados deverá ser estabelecida em contrato ou documento similar firmado entre a operadora e os prestadores de serviços indicados para participar da Certificação desta Linha de Cuidado, respeitadas as regras da LGPD.	
	Os contratos ou documentos similares devem ser estabelecidos entre a operadora e os prestadores de serviços, independentemente de serem integrantes da rede própria, contratada ou referenciada. Possíveis Formas de Verificação de Evidência: A equipe de auditores poderá verificar:	





	☐ A previsão de monitoramento e avaliação dos Indicadores assistenciais para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero no Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1; ☐ O sistema de monitoramento de indicadores assistenciais da operadora; e ☐ Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, estabelecidos entre a operadora e os prestadores de serviços indicados como participantes da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero nesta Certificação, mencionando o envio de dados para o cálculo dos indicadores.	
Referências Requisito 3.1: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde . Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1 >. Acesso em: 04 out. 2024.		
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 486, de 29 de março de 2020 . Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa - RN Nº 190, de 30 de abril de 2009 e a RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respetivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da saúde suplementar.		
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa ANS nº 510, de 30 de março de 2022 . Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS; revoga as Resoluções Normativas nº 405, de 09 de maio de 2016 e nº 421, de 23 de março de 2017, e dá outras providências. Disponível em: < https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDE2OQ== >. Acesso em: 14 out. 2024.		
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 3, de 7 de março de 2024 . Disponível em: < https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sectics/ms-n-3-de-7-de-marco-de-2024-547020584 >. Acesso em: 16 mai. 2025.		
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Deteccção precoce do câncer . Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf >. Acesso em: 15 jun. 2022.		
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf . Acesso em: 07 dez. 2023.		
LANGLEY, G. J. et al. Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho profissional . 1.ed. Campinas, SP: Ed. Mercado de Letras, 2011.		
PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (PADI). PADI: guia do Programa de Acreditação para Diagnóstico de Imagem . Disponível em: < ">https://qualyteam.com/pb/blog/voce-sabe-o-que-e-padi-descubra-aqui/#:~:text=O%20PADI%20%C3%A9%20um%20referencial,foi%20publicada%20%C3%A9%20de%202022.> >. Acesso em: 04 out. 2024		
PRESTES, A. et al. Manual do gestor hospitalar. Brasília, DF: Federação Brasileira de Hospitais, 2019. Disponível em: < https://fbh.com.br/wp-content/uploads/2020/11/MANUAL-FBH_web.pdf >. Acesso em: 07 dez. 2023.		
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (SECTICS). Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico . Relatório de Recomendação Protocolos e Diretrizes (Preliminar). Brasília, DF, 2024. Disponível em: < Relatório preliminar - Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico >. Acesso em: 15 mai. 2025.		
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (SECTICS). Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC. Relatório de Recomendação Produto. T estagem Molecular para Detecção de HPV e rastreamento do câncer do colo do útero (Preliminar). Brasília, DF, 2023. Disponível em < relatorio_cp_testagem-molecular-deteccao-hpv_65_2023.pdf >. Acesso em: 15 maio 2025.		
TANCREDI, F. B. et al. Planejamento em Saúde . São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania). V. 2.		
TORRES, E. F.; MAZZONI, A. A. Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade. Ci.Inf. , Brasília, DF, v. 33, n. 2, p. 152-160, aug. 2004. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/ci/a/pjwPPLyPk3YnmQ3zFH8SFJ/?lang=pt >. Acesso em: 07 dez. 2023.		
3.2. Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer de Colo de Útero Requisito direcionador para avaliação das ações de Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer de Colo de Útero, incluindo as estratégias de comunicação e educação em saúde .		
3.2.1	A operadora disponibiliza material educativo para o letramento em saúde sobre o câncer de colo do útero: promoção da saúde, prevenção do câncer de colo de útero e detecção precoce. Interpretação:	Essencial

	A disponibilização de material educativo é uma ação estratégica essencial para o controle do câncer de colo do útero. Esse tipo de câncer possui evolução lenta e frequentemente assintomática em sua fase inicial, sendo majoritariamente causado pela infecção persistente por subtipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV), em especial os tipos 16 e 18, que são responsáveis por cerca de 70% dos casos (BRUNI et al., 2019; WHO, 2010; INCA, 2021).	
	Nesse contexto, o letramento em saúde torna-se uma ferramenta indispensável para o empoderamento das beneficiárias, pois amplia sua capacidade de compreender os riscos e adotar comportamentos protetores, como a vacinação contra o HPV, a prática do sexo seguro e a realização do rastreamento periódico (WHO, 1998; NUTBEAM, 2000; INSTITUTE OF MEDICINE, 2004).	
	A operadora deve disponibilizar, de forma acessível, conteúdos atualizados e baseados em evidências científicas, voltados à promoção da saúde, prevenção do câncer de colo do útero e detecção precoce de lesões precursoras. Estes conteúdos devem ser apresentados em linguagem de fácil compreensão, culturalmente apropriada e distribuídos por diferentes meios, digitais e impressos, como: portal institucional, aplicativos, redes sociais, <i>podcasts</i> , vídeos, cartilhas, e outras mídias.	
	A educação em saúde deve abordar prioritariamente os seguintes temas: ☐ Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer de Colo de Útero: o Importância da vacinação contra o HPV, disponível no SUS para meninas e meninos de 9 a 14 anos. o Combate ao tabagismo, que compromete a imunidade local e favorece a progressão da infecção pelo HPV. o Incentivo ao sexo seguro e à redução da exposição a fatores de risco comportamentais.	
	☐ Detecção Precoce: o Importância do rastreamento com teste molecular de DNA-HPV oncogênico, conforme diretrizes nacionais. o Reconhecimento de sinais e sintomas suspeitos, tais como: sangramento vaginal anormal, corrimento persistente, dor pélvica e perda de peso. o Necessidade de buscar atendimento médico imediato diante desses sintomas. ☐ Acesso à Rede Assistencial:	
	o Orientações claras sobre onde e como realizar os exames de rastreamento e receber acompanhamento. o Estratégias de convocação e captação ativa para participação em campanhas de prevenção e ações educativas. O conteúdo educativo deve ser atualizado sempre que houver mudanças nas diretrizes clínicas ou normativas relacionadas à prevenção e ao rastreamento do câncer de colo do útero. A operadora deve ser responsável pela curadoria das informações, garantindo sua adequação técnica e sua disponibilização em canais de fácil acesso.	
	A abordagem educativa também contribui para reduzir desigualdades em saúde, facilitar o autocuidado e qualificar a tomada de decisão pelas beneficiárias, estimulando a adesão ao rastreamento e à prevenção. Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A existência de seção específica no portal da operadora com material educativo sobre câncer de colo do útero; ☐ Materiais impressos e digitais (cartilhas, vídeos, <i>podcasts</i> , entre outros.) disponíveis e acessíveis às beneficiárias; ☐ Existência de divulgação em canais institucionais como redes sociais, aplicativos ou campanhas informativas; e ☐ Evidência da participação das beneficiárias em atividades educativas promovidas ou apoiadas pela operadora.	
3.2.2	A operadora disponibiliza material educativo para o letramento em saúde sobre o câncer de colo do útero: confirmação diagnóstica, tratamento, atenção domiciliar e seguimento. Interpretação:	Essencial
	O câncer de colo do útero é uma condição prevenível e tratável quando detectado precocemente. No entanto, após o diagnóstico, a continuidade do cuidado com informações precisas e acessíveis torna-se fundamental para o enfrentamento da doença. Nesse sentido, o letramento em saúde é uma ferramenta estratégica para garantir que as pacientes compreendam os procedimentos diagnósticos, as opções terapêuticas disponíveis, o plano de tratamento incluindo cuidados paliativos e a importância do seguimento e da atenção domiciliar, quando indicada (INCA, 2021; INSTITUTE OF MEDICINE, 2004; WHO, 1998).	
	A operadora deve oferecer materiais educativos que abordem essas fases de forma compreensível, técnica e acessível, assegurando que as pacientes diagnosticadas com lesões precursoras ou com câncer invasivo compreendam seu diagnóstico, participem ativamente do processo de decisão terapêutica e se sintam apoiadas durante o seguimento e os cuidados contínuos. Esses materiais devem conter, no mínimo:	



	☐ Confirmação Diagnóstica: o Material sobre os exames confirmatórios, como colposcopia, biópsia dirigida e exames anatomopatológicos. o Relevância do estadiamento para definição do Plano de Cuidado Individualizado. o Importância do cumprimento dos prazos entre os exames e o início do tratamento, conforme recomendações clínicas. ☐ Tratamento:	
	o Apresentação das modalidades de tratamento (cirúrgico, radioterápico, quimioterápico ou combinado), seus objetivos e possíveis efeitos adversos. o Papel da equipe multiprofissional e da paciente na definição do Plano de Cuidado Individualizado. o Encorajamento à adesão ao tratamento como determinante para o sucesso terapêutico. ☐ Atenção Domiciliar e Cuidado Continuado: o O papel e a importância do navegador do cuidado para facilitar a continuidade do cuidado em tempo oportuno.	
	o Orientações sobre cuidados em casa para manejo de efeitos colaterais, cuidados com feridas cirúrgicas ou dispositivos, e suporte emocional. o Apoio ao (a) cuidador(a) principal e à rede familiar, promovendo a segurança e a autonomia da paciente no domicílio. o Encaminhamentos disponíveis na rede da operadora para apoio nutricional, fisioterápico e psicológico. ☐ Seguimento Pós-Tratamento: o Importância do acompanhamento contínuo para controle de recidivas ou efeitos tardios do tratamento.	
	o Periodicidade dos exames de controle clínico e laboratorial. o Orientações sobre sinais de alerta que exijam nova avaliação médica. O conteúdo educativo deve estar disponível em diversos formatos (digitais e impressos), como cartilhas, vídeos, <i>podcasts</i>, manuais e conteúdo em redes sociais, e deve ser constantemente atualizado conforme diretrizes clínicas vigentes. As informações devem ser verificadas tecnicamente e validadas por profissionais qualificados.	
	Além disso, a linguagem deve ser acessível, respeitando aspectos socioculturais e garantindo que as informações possam ser compreendidas independentemente do grau de escolaridade da paciente. O uso de imagens ilustrativas e explicações visuais é fortemente recomendado para facilitar a assimilação dos conteúdos.	
	A operadora deve assumir a responsabilidade pela curadoria dos materiais, promovendo o letramento em saúde, como forma de apoiar a paciente em todo o percurso assistencial e assegurar uma comunicação efetiva com a rede prestadora de serviços, fortalecendo o cuidado centrado na pessoa. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	
	☐ Disponibilização de conteúdo específico no portal da operadora e/ou aplicativos institucionais. ☐ Apresentação de materiais educativos em diversos formatos, voltados à confirmação diagnóstica, tratamento, atenção domiciliar e seguimento. ☐ Evidências da utilização do material em atividades educativas e de apoio às pacientes, como oficinas, rodas de conversa, encontros ou acompanhamento remoto. ☐ Registro de atualização periódica do conteúdo conforme diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas.	



3.2.3	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial disponibilizam material educativo para o letramento em saúde de pacientes, familiares sobre o Câncer de Colo de Útero. Interpretação	Essencial
	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado são responsáveis por divulgar informações em saúde sobre a linha de cuidado do câncer de colo de útero. O objetivo principal é melhorar o letramento em saúde de pacientes e familiares, promovendo sua participação ativa no cuidado. Esses conteúdos devem abranger tópicos como:	
	☐ Promoção da saúde; ☐ Prevenção do câncer de colo de útero; ☐ Rastreamento; ☐ Diagnóstico precoce: sinais e sintomas da doença; ☐ Diagnóstico;	

	☐ Navegação/ gestão do Cuidado. ☐ Tratamento e manejo de efeitos colaterais; e ☐ Cuidados paliativos e de final de vida. O material educativo deve ser elaborado baseado em evidências científicas, deve estar atualizado e direcionado especialmente para pacientes e familiares, podendo abranger o público em geral.	
	As informações podem ser disponibilizadas por meio de cartilhas, manuais, vídeos, <i>podcasts</i> e postagens em redes sociais, dentre outros formatos. E devem estar acessíveis tanto em formato impresso quanto digital. Quando em formato digital, devem ser disponibilizadas através do portal institucional do serviço. Adicionalmente, podem ser divulgadas por meio de aplicativos para dispositivos móveis ou redes sociais. Além disso, os serviços podem empregar diferentes técnicas de interação educativa remota, como vídeos, palestras, curso online e organização de grupos online com temas específicos.	
	A forma de comunicação pode influenciar diretamente os desfechos clínicos, tanto de forma positiva quanto negativa, portanto, a linguagem utilizada nas informações precisa ser objetiva, compreensível e acessível, de modo a otimizar o entendimento dos pacientes e de seus familiares. Além disso, é fundamental atuar na redução dos estigmas sociais relacionados ao câncer.	
	As informações devem ser atualizadas sempre que houver mudanças nas diretrizes assistenciais da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero. Entretanto, é importante destacar que nenhum material didático substitui a orientação personalizada feita por um profissional de saúde durante a consulta e os encaminhamentos necessários, tanto de forma verbal quanto escrita.	
	Para cumprir este item, os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado devem disponibilizar as informações em saúde, independentemente de serem estabelecimentos de saúde autônomos ou serviços localizados em hospitais. Além disso, esses serviços devem fornecer as informações, independentemente de serem parte da rede própria, contratada ou referenciada da operadora.	
	A disponibilização de material educativo voltado ao letramento em saúde deve estar prevista nos contratos ou documentos similares entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado. Essa formalização assegura que a educação em saúde seja promovida de maneira consistente e acessível, contribuindo para a qualidade do cuidado e o envolvimento das pacientes e familiares na prevenção e no tratamento.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar de forma amostral:	
	· Na área do portal da internet, nos aplicativos para dispositivos móveis e nas redes sociais dos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para esta Linha de Cuidado, a existência e a disponibilidade das informações, conforme descrito na Interpretação deste item de verificação. · De forma amostral, os contratos firmados entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado, a fim de assegurar que os tópicos de divulgação de informações educativas estejam devidamente formalizados.	
	· A existência de manuais e cartilhas, impressos ou digitais que abordem os temas relacionados ao câncer de colo de útero disponibilizados pelos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado. · A existência de palestras, <i>lives</i>, vídeos e <i>podcasts</i> direcionados a pacientes, familiares e ao público em geral que abordem os temas relacionados ao câncer de colo de útero, disponibilizados pelos serviços de atenção oncológica ambulatoriais indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
3.2.4	Os Serviços de Terapia Antineoplásica devem disponibilizar material educativo para o letramento em saúde para pacientes, e familiares sobre o Câncer de Colo de Útero. Interpretação	Complementar
	Os Serviços de Terapia Antineoplásica indicados para participar desta Linha de Cuidado são responsáveis por divulgar informações em saúde sobre a linha de cuidado do câncer de colo de útero.	
	O objetivo principal é melhorar o letramento em saúde de pacientes e familiares, promovendo sua participação ativa no cuidado. Esses conteúdos devem abranger tópicos como: ☐ Promoção da saúde; ☐ Prevenção do câncer de colo de útero; ☐ Rastreamento;	



	☐ Diagnóstico precoce: sinais e sintomas da doença; ☐ Diagnóstico; ☐ Navegação/ gestão do Cuidado. ☐ Tratamento e manejo de efeitos colaterais; e ☐ Cuidados paliativos e de final de vida.	
	O material educativo deve ser elaborado baseado em evidências científicas, estar atualizado e direcionado especialmente para pacientes e familiares, podendo abranger o público em geral. As informações podem ser disponibilizadas por meio de cartilhas, manuais, vídeos, <i>podcasts</i> e postagens em redes sociais, dentre outros formatos. E devem estar acessíveis tanto em formato impresso quanto digital. Quando em formato digital, devem ser disponibilizadas através do portal institucional do serviço. Adicionalmente, podem ser divulgadas por meio de aplicativos para dispositivos móveis ou redes sociais.	
	Além disso, os serviços podem empregar diferentes técnicas de interação educativa remota, como vídeos, palestras, curso online e organização de grupos online com temas específicos. A forma de comunicação pode influenciar diretamente os desfechos clínicos, tanto de forma positiva quanto negativa, portanto, a linguagem utilizada nas informações precisa ser objetiva, compreensível e acessível, de modo a otimizar o entendimento dos pacientes e de seus familiares. Além disso, é fundamental atuar na redução dos estigmas sociais relacionados ao câncer.	
	As informações devem ser atualizadas sempre que houver mudanças nas diretrizes assistenciais da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero. Entretanto, é importante destacar que nenhum material didático substitui a orientação personalizada feita por um profissional de saúde durante a consulta e os encaminhamentos necessários, tanto de forma verbal quanto escrita.	
	Para cumprir este item, os Serviços de Terapia Antineoplásica indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado devem disponibilizar as informações em saúde, independentemente de serem estabelecimentos de saúde autônomos ou serviços localizados em hospitais. Além disso, esses serviços devem fornecer as informações, independentemente de serem parte da rede própria, contratada ou referenciada da operadora.	
	A disponibilização de material educativo voltado ao letramento em saúde deve estar prevista nos contratos ou documentos similares entre a operadora e os Serviços de Terapia Antineoplásica participantes desta Linha de Cuidado. Essa formalização assegura que a educação em saúde seja promovida de maneira consistente e acessível, contribuindo para a qualidade do cuidado e o envolvimento das pacientes e familiares na prevenção e no tratamento.	
	Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: · Na área do portal da internet, nos aplicativos para dispositivos móveis e nas redes sociais dos Serviços de Terapia Antineoplásica indicados para esta Linha de Cuidado, a existência e a disponibilidade das informações, conforme descrito na Interpretação deste item de verificação. · De forma amostral, os contratos firmados entre a operadora e os Serviços de Terapia Antineoplásica participantes desta Linha de Cuidado, a fim de assegurar que os tópicos de divulgação de informações educativas estejam devidamente formalizados.	
	· A existência de manuais e cartilhas, impressos ou digitais que abordem os temas relacionados ao câncer de colo de útero disponibilizados pelos Serviços de Terapia Antineoplásica indicados para participar desta Linha de Cuidado. · A existência de palestras, <i>lives</i>, vídeos e <i>podcasts</i> direcionados a pacientes, familiares e ao público em geral que abordem os temas relacionados ao câncer de colo de útero, disponibilizados pelos Serviços de Terapia Antineoplásica indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
3.2.5	Os Serviços de Radioterapia devem disponibilizar material educativo para o letramento em saúde para pacientes, e familiares sobre o Câncer de Colo de Útero. Interpretação	Complementar
	Os Serviços de Serviços de Radioterapia indicados para participar desta Linha de Cuidado são responsáveis por divulgar informações em saúde sobre a linha de cuidado do câncer de colo de útero.	
	O objetivo principal é melhorar o letramento em saúde de pacientes e familiares, promovendo sua participação ativa no cuidado. Esses conteúdos devem abranger tópicos como: ☐ Promoção da saúde; ☐ Prevenção do câncer de colo de útero; ☐ Rastreamento;	



	☐ Diagnóstico precoce: sinais e sintomas da doença; ☐ Diagnóstico; ☐ Navegação/ gestão do Cuidado. ☐ Tratamento e manejo de efeitos colaterais; e ☐ Cuidados paliativos e de final de vida.	
	O material educativo deve ser elaborado baseado em evidências científicas estar atualizado e direcionado especialmente para pacientes e familiares, podendo abranger o público em geral. As informações podem ser disponibilizadas por meio de cartilhas, manuais, vídeos, <i>podcasts</i> e postagens em redes sociais, dentre outros formatos. E devem estar acessíveis tanto em formato impresso quanto digital. Quando em formato digital, devem ser disponibilizadas através do portal institucional do serviço. Adicionalmente, podem ser divulgadas por meio de aplicativos para dispositivos móveis ou redes sociais.	
	Além disso, os serviços podem empregar diferentes técnicas de interação educativa remota, como vídeos, palestras, curso online e organização de grupos online com temas específicos. A forma de comunicação pode influenciar diretamente os desfechos clínicos, tanto de forma positiva quanto negativa, portanto, a linguagem utilizada nas informações precisa ser objetiva, compreensível e acessível, de modo a otimizar o entendimento dos pacientes e de seus familiares. Além disso, é fundamental atuar na redução dos estigmas sociais relacionados ao câncer.	
	As informações devem ser atualizadas sempre que houver mudanças nas diretrizes assistenciais da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero. Entretanto, é importante destacar que nenhum material didático substitui a orientação personalizada feita por um profissional de saúde durante a consulta e os encaminhamentos necessários, tanto de forma verbal quanto escrita.	
	Para cumprir este item, os Serviços de Radioterapia Indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado devem disponibilizar as informações em saúde, independentemente de serem estabelecimentos de saúde autônomos ou serviços localizados em hospitais. Além disso, esses serviços devem fornecer as informações, independentemente de serem parte da rede própria, contratada ou referenciada da operadora.	
	A disponibilização de material educativo voltado ao letramento em saúde deve estar prevista nos contratos ou documentos similares entre a operadora e os Serviços de Radioterapia participantes desta Linha de Cuidado. Essa formalização assegura que a educação em saúde seja promovida de maneira consistente e acessível, contribuindo para a qualidade do cuidado e o envolvimento das pacientes e familiares na prevenção e no tratamento. Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: · Na área do portal da internet, nos aplicativos para dispositivos móveis e nas redes sociais dos Serviços de Radioterapia indicados para esta Linha de Cuidado, a existência e a disponibilidade das informações, conforme descrito na Interpretação deste item de verificação. · De forma amostral, os contratos firmados entre a operadora e os Serviços de Radioterapia participantes desta Linha de Cuidado, a fim de assegurar que os tópicos de divulgação de informações educativas estejam devidamente formalizados.	
	· A existência de manuais e cartilhas, impressos ou digitais que abordem os temas relacionados ao câncer de colo de útero disponibilizados pelos Serviços de Radioterapia indicados para participar desta Linha de Cuidado. A existência de palestras, <i>lives</i>, vídeos <i>epodcasts</i> direcionados a pacientes, familiares e ao público em geral que abordem os temas relacionados ao câncer de colo de útero, disponibilizados pelos Serviços de Radioterapia indicados para participar desta Linha de Cuidado.	



3.3 Estratégias para a Detecção Precoce - Câncer de Colo de Útero Requisito avaliador das ações da operadora no estabelecimento de estratégias para a detecção precoce do Câncer de Colo de Útero.		
3.3.1	A operadora realiza busca ativa para o rastreamento populacional com o exame molecular para detecção do de DNA-HPV oncogênico para o câncer de colo de útero em beneficiárias com idade entre 25 e 60 anos a cada 5 anos. Interpretação:	Essencial
	A realização do rastreamento populacional do câncer do colo do útero por meio do exame molecular para detecção de DNA-HPV oncogênico em mulheres de 25 a 60 anos, com periodicidade de cinco anos, representa uma ação alinhada às melhores práticas assistenciais e diretrizes nacionais atualizadas. Essa estratégia é considerada altamente eficaz para a redução da incidência e da mortalidade por câncer cervical e está ancorada em evidências científicas robustas e recomendações internacionais.	

	A eficácia do modelo de rastreamento populacional organizado foi amplamente demonstrada em países que adotaram programas populacionais estruturados desde meados do século XX, com expressiva queda na morbimortalidade pela doença. No Brasil, a incorporação do teste molecular de DNA-HPV ao SUS foi formalizada por meio da Portaria SECTICS/MS nº 3, de março de 2024, consolidando sua adoção como tecnologia preferencial para o rastreamento, com base em validação clínica e analítica conforme padrões internacionais (BRASIL, 2024).	
	Entre os fundamentos técnicos para a utilização do teste de DNA-HPV, destacam-se: ☐ Maior sensibilidade na detecção de lesões precursoras em comparação à citologia oncológica tradicional; ☐ Intervalos mais longos entre os exames (cinco anos) para resultados negativos, o que favorece a adesão e otimiza recursos;	
	☐ Menor risco de sobre tratamento em mulheres jovens, quando comparado à citologia cervico vaginal oncológica; ☐ Capacidade de identificar subtipos virais de alto risco (HPV 16 e 18), que demandam conduta imediata com colposcopia, independentemente do resultado da citologia. Além disso, a recomendação do rastreamento entre 25 e 60 anos justifica-se pela maior presença de lesões de alto grau nessa faixa etária. O exame citopatológico passa a ter um papel complementar, sendo utilizado como etapa subsequente em casos de teste molecular positivo.	
	O modelo de rastreamento organizado prevê a busca ativa de mulheres na faixa etária alvo para o Teste de DNA/HPV. Além disso, esse modelo deve garantir o controle de qualidade do exame, o seguimento oportuno e o monitoramento em todas as etapas do processo. A operadora de planos de saúde deve implementar uma estratégia ativa e organizada de rastreamento populacional do câncer do colo do útero, utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico, conforme as diretrizes nacionais (Brasil/CONITEC, 2024). Esse rastreamento deve seguir os seguintes critérios:	
	População alvo ☐ Pessoas com colo do útero, entre 25 e 60 anos, sexualmente ativas; ☐ A escolha da faixa etária se baseia na maior presença de lesões precursoras de alto grau;	
	☐ O rastreamento pode ser encerrado aos 60 anos, desde que o último exame tenha resultado negativo; ☐ Ainda que exista debate internacional sobre o início aos 30 anos (por questões de custo efetividade e risco de sobre tratamento), recomenda-se no Brasil manter o início aos 25 anos. Periodicidade do rastreamento · Resultado negativo no teste de DNA-HPV: repetir em 5 anos;	
	· Resultado positivo: repetir em 1 ano, exceto nos casos previstos abaixo. Conduta frente ao teste de DNA-HPV positivo (oncogênico) ☐ Todas as pessoas com teste positivo para HPV oncogênico devem realizar citologia complementar; ☐ Caso sejam detectados os subtipos virais 16 ou 18, deve-se indicar colposcopia imediatamente, independentemente do resultado da citologia; ☐ Nos casos de outros subtipos oncogênicos;	
	- o A citologia definirá a conduta; - o Se a citologia indicar alteração, procede-se com a colposcopia; - o Se a citologia for normal, manter rastreamento anual até negatificação ou nova indicação clínica. Situações especiais relacionadas à idade e histórico ☐ Pessoas com 60 anos ou mais sem exames prévios:	
	- o Realizar ao menos um teste; - o Resultado positivo: seguir protocolo padrão. ☐ Pessoas com histórico de lesões cervicais de alto grau (NIC2, NIC3 ou AIS): - o Manter rastreamento por até 25 anos após o tratamento, se clinicamente indicado. ☐ Pessoas fora da faixa etária recomendada (25-60 anos):	
	☐ Podem ser incluídas com justificativa clínica, com base no risco individual. Inclusão de populações específicas ☐ Pessoas trans masculinas e não binárias com colo do útero: - o Devem ser incluídas no rastreamento com os mesmos critérios de idade e risco; - o Atenção à individualização do cuidado e ao acesso equitativo aos serviços de saúde.	
	Adaptações para condições clínicas específicas ☐ Pessoas vivendo com HIV ou imunodeprimidas - o Início do rastreamento: logo após o início da vida sexual, independentemente da idade; - o Resultado negativo: repetir em 3 anos; - o Resultado positivo (qualquer subtipo): encaminhar para colposcopia, independentemente do resultado da citologia.	





	☐ Gestantes - o O teste pode ser realizado com segurança no pré-natal; - o Entretanto, em programas organizados, a gestação não é o momento ideal para rastreamento, devido à alta frequência de positivos transitórios sem relevância clínica. ☐ Pessoas sem atividade sexual ou com histerectomia total por causa benigna	
	- o Não devem ser incluídas no rastreamento, pela ausência de risco significativo. ☐ Pessoas na pós menopausa - o Devem seguir as mesmas recomendações da população geral. ☐ Pessoas com sintomas sugestivos de lesão cervical avançada - o Devem ser imediatamente encaminhadas para avaliação especializada, independentemente de histórico de rastreamento.	
	A busca ativa pode ser realizada de forma direta pela operadora, por meio da contratação de empresas de gestão em saúde ou pela rede de atenção, inclusive pelas equipes de atenção primária, quando houver. A busca ativa para as beneficiárias com idade entre 25 e 60 anos, de acordo com o protocolo, pode ser realizada por meio de: ☐ Tele monitoramento. ☐ Consultas para outras finalidades.	
	☐ Envio de correio eletrônico. ☐ Ligações telefônicas. ☐ Outros meios de comunicação. O êxito das ações de rastreamento populacional organizado depende dos seguintes pilares: ☐ Informar e mobilizar a população alvo.	
	☐ Alcançar a meta de cobertura da população alvo. ☐ Garantir acesso a diagnóstico e tratamento oportuno. ☐ Garantir a qualidade das ações. ☐ Monitorar e gerenciar continuamente as ações. Essa abordagem visa garantir um rastreamento eficaz, baseado em evidências, com equidade, individualização e segurança.	
	A fim de atender aos critérios dessa certificação, a operadora deve comprovar a existência de um programa estruturado de rastreamento organizado, que inclua: ☐ Oferta do teste de DNA-HPV a cada cinco anos para beneficiárias assintomáticas entre 25 e 60 anos; ☐ Busca ativa da população alvo, com estratégias de convocação (mensagens, ligações, visitas, entre outros); ☐ Acompanhamento e tratamento das pacientes, com garantia de seguimento clínico e manejo adequado conforme protocolos;	
	☐ Monitoramento contínuo das ações e resultados, especialmente por meio do indicador: "Percentual de mulheres entre 25-60 anos que realizaram Exame para detecção de DNA-HPV oncogênico". Essa abordagem contribui diretamente para o fortalecimento da linha de cuidado do Câncer de colo de útero e está alinhada aos princípios de equidade, integralidade e efetividade do sistema de saúde suplementar. Possíveis Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditoria poderá avaliar: ☐ O Plano Estruturado da certificação, no capítulo referente à Linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero, com descrição compreensível das estratégias adotadas para rastreamento organizado, incluindo busca ativa e monitoramento das ações; ☐ A existência de estratégias de busca ativa em relação às beneficiárias da população alvo (25 a 60 anos), por meio de mensagens, telefonemas, convocações programadas, entre outros meios;	
	☐ O monitoramento do indicador: Percentual de mulheres entre 25-60 anos que realizaram o "Exame de detecção de DNA-HPV oncogênico", conforme fórmula de cálculo definida no macro indicador desta certificação; ☐ Evidências de que o teste é ofertado com periodicidade de cinco anos, para mulheres com resultado negativo, em conformidade com as diretrizes técnicas vigentes.	
3.3.2	Os laboratórios especializados em biologia molecular indicados para participação na Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero devem realizar busca ativa das pacientes com resultados alterados nos exames moleculares para detecção do DNA-HPV oncogênico. Interpretação	Essencial
	O exame molecular para detecção do DNA-HPV oncogênico é atualmente o método de maior sensibilidade para o rastreamento de infecção por genótipos oncogênicos do Papilomavírus Humano, com destaque para os tipos HPV-16 e HPV-18, que apresentam maior potencial oncogênico e estão mais associados ao desenvolvimento de lesões precursoras de câncer do colo do útero (BRASIL, 2024; DASA, 2025). A aplicação desse exame é relevante principalmente no rastreamento primário. Além disso, é indicado para investigação de persistência viral e para populações com risco aumentado.	

	Os laboratórios especializados em biologia molecular indicados para participar da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero devem realizar busca ativa das pacientes com resultados considerados críticos nos exames moleculares para detecção do DNA do Papilomavírus Humano (DNA-HPV). Essa iniciativa tem como objetivo assegurar a continuidade do cuidado, o encaminhamento célere para avaliação especializada e facilitar a integração dos dados diagnósticos para o estabelecimento do Plano de Cuidado Individualizado da paciente.	
	A coleta das amostras dos exames moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico deve respeitar critérios técnicos e de biossegurança. Deve adotar ainda rotulagem adequada, transporte com controle de temperatura e armazenamento em meios próprios. Amostras mal coletadas ou mal acondicionadas podem levar a resultados falsos negativos ou à necessidade de repetição do exame.	
	Os laboratórios indicados para participar desta Linha de Cuidado devem adotar fluxos pactuados com a operadora, tais como: ☐ Realizar busca ativa imediata em pacientes com exames positivos para a detecção do DNA-HPV oncogênico de alto risco; ☐ A existência de um sistema de alerta para os resultados de exames alterados, com a emissão de uma notificação no sistema de informação, sempre que houver a detecção de exames alterados, para que o laboratório possa entrar em contato com a paciente em tempo oportuno. ☐ Integrar os resultados com os sistemas da operadora, respeitado a LGPD;	
	☐ Informar e orientar a paciente quanto aos desdobramentos clínicos e encaminhá-la à continuidade do cuidado; ☐ Contribuir para o registro dos dados clínicos no plano de cuidado individualizado, promovendo a articulação com a equipe multiprofissional. Para cumprir esse item, a operadora deve: ☐ Estabelecer contratos ou documentos similares com os laboratórios habilitados em biologia molecular com capacidade para realizar busca ativa estruturada das pacientes;	
	☐ Verificar a existência de interoperabilidade entre os sistemas da operadora e os sistemas do laboratório; ☐ Verificar a Inclusão do exame e da busca ativa nos fluxos assistenciais da atenção oncológica pactuado com os laboratórios; ☐ Verificar o monitoramento de indicadores de cobertura do exame e do tempo decorrido entre a detecção do HPV e o início das condutas terapêuticas.	
	Formas de Verificação de Evidências: ☐ A equipe de auditoria poderá verificar: o Inclusão do DNA-HPV e da busca ativa nos protocolos clínicos da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero; o Contratos com laboratórios contendo cláusulas específicas sobre busca ativa e interoperabilidade de dados.	
3.3.3	A operadora deve pactuar com os laboratórios especializados em biologia molecular participantes da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero o envio direto e tempestivo dos resultados alterados do exame molecular para detecção do DNA-HPV aos médicos solicitantes. Interpretação:	Essencial
	O exame molecular para detecção do DNA-HPV oncogênico é considerado atualmente o padrão-ouro para o rastreamento do câncer do colo do útero, especialmente pela sua alta sensibilidade na detecção dos tipos oncogênicos de alto risco, em especial os subtipos HPV-16 e HPV-18 (BRASIL, 2024; DASA, 2025)	
	Além da realização do exame, é fundamental a garantia de que os resultados alterados sejam encaminhados em até 48 horas aos médicos solicitantes, viabilizando resposta clínica imediata e reduzindo o risco de perda de seguimento. Para isso, os laboratórios devem operar com sistema eletrônico de alerta, permitindo identificar laudos críticos e notificar prontamente os profissionais responsáveis pela sistema.	
	Esse procedimento é essencial para a segurança da paciente e para viabilizar o encaminhamento ágil e oportuno à colposcopia, biópsia ou outras etapas da investigação diagnóstica, assegurando, assim, a integração das informações no plano terapêutico individualizado e a integração do fluxo desta Linha de Cuidado. A operadora, para cumprir este item, deve pactuar com sua rede de laboratórios habilitados para a execução do exame molecular para detecção do DNA-HPV oncogênico:	
	☐ O envio tempestivo dos resultados alterados; ☐ A estruturação de sistemas de alerta automatizados, com base nos tipos oncogênicos identificados; ☐ A formalização de rotinas operacionais que assegurem a rastreabilidade, o registro eletrônico e a comunicação com os médicos solicitantes, mesmo na ausência de retorno espontâneo da paciente.	



	A coleta do exame deve ser acompanhada da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), incluindo a autorização expressa para o encaminhamento dos resultados ao médico solicitante e para eventual contato direto com a paciente em caso de achados críticos. Se houver recusa, esta deve ser documentada formalmente pelo laboratório. Tais medidas fortalecem a continuidade da linha de cuidado e aumentam a efetividade do rastreamento, com comprovação de potencial de redução da mortalidade por câncer do colo do útero (INCA, 2021; KOO ET AL., 2021).	
	Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ A existência de pactuação formal com os laboratórios de biologia molecular contemplando: - o O envio direto de resultados alterados em até 48h aos médicos solicitantes;	
	- o A operação de sistemas de alerta automatizados; - o A efetividade do fluxo de continuidade do cuidado por meio do envio tempestivo dos resultados aos médicos solicitantes; ☐ A inclusão das rotinas de envio direto de resultados alterados em até 48h aos médicos solicitantes no capítulo da Linha de Cuidado do câncer do colo de útero do Plano Estruturado; ☐ A estrutura de governança de dados em conformidade com a LGPD (BRASIL, 2018).	

3.3.4	A operadora pactua com laboratórios especializados em biologia molecular a pré-autorização da citologia cervical oncótica quando o Exame de detecção do DNA-HPV oncogênico for positivo para os subtipos oncogênicos. Interpretação:	Essencial
	Após a realização do rastreamento do câncer de colo de útero por meio do Exame de detecção do DNA-HPV oncogênico, é recomendado que, para todas as pessoas com teste positivo para HPV oncogênico seja realizada a citologia cervical oncótica com a mesma amostra, de forma complementar. Esse exame consiste na coleta de células da ectocérvice e endocérvice para avaliação microscópica, com o objetivo principal de detectar lesões precursoras do câncer cervical, infecções e alterações celulares atípicas.	
	Assim, a pré-autorização é fundamental para que o laboratório realize imediatamente a citologia oncótica de forma reflexa com a mesma amostra, sem que haja atrasos, necessidade de nova coleta ou risco de glosas. O rastreamento completo do câncer de colo de útero depende não apenas do Exame de DNA - HPV, mas também da realização da citologia cervical oncótica, de forma complementar, sempre que indicada, porque a citologia pode estabelecer o seguimento dos casos suspeitos (Brasil, 2024).	
	Em caso de DNA HPV positivo para quase todos os subtipos virais, a citologia cervical oncótica definirá a conduta: ☐ Se a citologia indicar alteração, procede-se com a colposcopia; ☐ Se a citologia for normal, o rastreamento será mantido com uma periodicidade mais curta, anualmente até negativação ou nova indicação clínica. Apenas nos casos em que sejam detectados os subtipos virais 16 ou 18, nos quais a citologia também deve ser realizada, a colposcopia deve ser indicada imediatamente, independentemente do resultado da citologia.	
	Para cumprir esse item, o exame deve ser previamente autorizado, para que seja realizado imediatamente após o resultado suspeito do teste de DNA HPV, utilizando-se a mesma amostra. Essa autorização vinculada garante segurança ao Laboratório, evita glosas e dá agilidade ao fluxo diagnóstico, desde que respeitado o protocolo clínico de indicação da citologia cervical oncótica.	
	Essa prática deve estar prevista na Central de Atendimento da Operadora por meio da Via Rápida Oncológica ("Fast Track") da operadora, conforme item 1.1.8 deste Manual e pactuada com os laboratórios credenciados nesta Linha de Cuidado. A ausência da pré-autorização pode causar atrasos relevantes ao rastreamento completo, impactando negativamente no início do tratamento, prejudicando diretamente os desfechos clínicos da paciente. Portanto, trata-se de uma medida essencial de garantia de acesso tempestivo ao cuidado oncológico de qualidade.	
	Para atendimento deste item, a operadora deve: ☐ Fornecer a autorização prévia do exame citologia cervical oncótica conjuntamente com o exame DNA-HPV oncogênico, conforme solicitação médica e protocolo pactuado; ☐ Pactuar com os Laboratórios especializados em Biologia Molecular o protocolo e os fluxos operacionais para realização da citologia cervical oncótica sempre que o teste de DNA-HPV tiver resultado alterado, utilizando a mesma amostra.	



	☐ Integrar esse processo à Via Rápida Oncológica, para garantir fluidez no diagnóstico e início do tratamento. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ Contratos ou documentos pactuados com os Laboratórios Especializados em Biologia Molecular, estabelecendo protocolos e fluxo para pré autorização para a realização do exame Citologia Cervical Oncótica com a mesma amostra do teste de DNA HPV, sempre que houver indicação.	
	☐ Registros no sistema da operadora que comprovem a vinculação entre as autorizações dos exames DNA-HPV e Citologia Cervical Oncótica. ☐ Documentos com os critérios técnico de autorização, conforme protocolo clínico; ☐ Análise comparativa das datas de autorização e realização dos exames, assegurando que não haja atrasos indevidos; ☐ Comprovação da remuneração sem glosa para o exame citologia cervical oncótica, nos termos do protocolo clínico estabelecido.	
3.3.5	A operadora pactua com sua rede de serviços de atenção primária, clínicas ginecológicas e ginecologistas um protocolo de investigação para o diagnóstico precoce de câncer de colo de útero em mulheres com sinais e sintomas suspeitos. Interpretação:	Essencial
	O diagnóstico precoce é um dos pilares fundamentais para o controle do câncer do colo do útero, especialmente fora do contexto do rastreamento. Enquanto o rastreamento como exame de detecção do DNA-HPV oncogênico é recomendado para detecção em mulheres assintomáticas, a identificação e avaliação imediata de sinais e sintomas clínicos sugestivos são igualmente relevantes para o diagnóstico em estágios iniciais da doença, quando ainda há chance de cura e menor morbidade associada ao tratamento (BRASIL, 2016; INCA, 2021).	
	Segundo o INCA (2021) e Koo et al (2022), existem várias barreiras que dificultam o diagnóstico precoce, como: ☐ Baixa compreensão da população sobre os sintomas da doença; ☐ Estigmas associados ao câncer, que atrasam a busca por atendimento; ☐ Falta de capacitação dos profissionais da linha de frente;	
	☐ Dificuldades de acesso a exames diagnósticos de forma oportuna (INCA, 2021; WENDER ET AL., 2019). ☐ Portanto, a padronização de condutas clínicas por meio de protocolos acordados contribui para: ☐ Agilidade e continuidade na investigação; ☐ Clareza nas diretrizes clínicas; ☐ Redução de variações indesejadas na conduta assistencial;	
	☐ Suporte ao raciocínio clínico sem restringir a autonomia médica (INCA, 2015). Nos estágios iniciais, o câncer do colo do útero é frequentemente assintomático. Com a progressão da doença, podem surgir sinais e sintomas como: ☐ Sangramento vaginal anormal; ☐ Corrimento persistente com odor fétido; ☐ Dispareunia (dor durante o ato sexual);	
	☐ Dor pélvica ou lombar; ☐ Alterações menstruais; ☐ Perda de peso e sintomas abdominais associados a queixas urinárias ou intestinais (INCA, 2021; BRASIL, 2016; OPAS, 2016). Esses sinais e sintomas, embora inespecíficos, devem desencadear investigação diagnóstica imediata, principalmente em mulheres com histórico de baixa adesão ao rastreamento ou fora da faixa etária preconizada.	
	A investigação inicial deve contemplar: ☐ Anamnese e exame pélvico; ☐ Citologia cérvico vaginal; ☐ Colposcopia; ☐ Biópsia (colposcópica, curetagem endocervical ou biópsia em cone);	
	☐ Exames de imagem, como ressonância magnética, tomografia ou PET-CT, quando indicados (INCA, 2024). A biópsia, especialmente, é fundamental para confirmar o diagnóstico, definir o tipo histológico e o grau de invasão da lesão (KOO et al., 2021). O monitoramento de indicadores de processo e de resultados é uma recomendação internacional para avaliar a efetividade de estratégias de diagnóstico precoce do câncer, conforme orientações da OMS (2017). Para que esse monitoramento seja eficaz, é essencial dispor de infraestrutura adequada para a coleta, registro e envio dos dados, assegurando sua confiabilidade e padronização.	



	Entre os indicadores de resultado, destaca-se a proporção de pacientes diagnosticadas em estágios iniciais da doença, pois reflete diretamente o impacto da estratégia sobre o desfecho clínico. No entanto, sua utilização depende da existência de dados consistentes e registros clínicos precisos. Nesse sentido, este critério da certificação exige que a operadora pactue com sua rede assistencial, incluindo médicos de família, equipes de atenção primária, clínicas ginecológicas e ginecologistas, protocolo formal de investigação diagnóstica voltado a pacientes com sinais e sintomas sugestivos de câncer cervical.	
	A formalização desse fluxo deve estar expressa em contratos ou documentos equivalentes. Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar:	
	☐ No Plano Estruturado da Certificação, a previsão da pactuação de protocolo de investigação diagnóstica para o câncer do colo do útero com a rede prestadora de serviço; ☐ A previsão de celeridade na investigação diagnóstica por meio de fluxo rápido (Fast Track), integrado à Central de Atendimento da operadora ☐ Evidências contratuais (amostrais) que comprovem a pactuação do protocolo com clínicas ginecológicas, médicos de família e demais prestadores de serviços envolvidos na linha de cuidado.	
3.3.6	A operadora monitora o percentual de mulheres com idade entre 25 e 60 anos que realizaram Exame Molecular de detecção de DNA-HPV oncogênico, alcançando um resultado igual ou superior a 90% das mulheres. Interpretação:	Excelência
	A implementação de programas de rastreamento organizado do câncer do colo do útero fundamenta-se no entendimento da história natural da doença, cuja progressão ocorre a partir de lesões precursoras, como as lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL) e o adenocarcinoma <i>in situ</i>, que podem ser detectadas e tratadas antes da evolução para o carcinoma invasivo (INCA, 2024).	
	O exame molecular de detecção de DNA-HPV oncogênico é atualmente o método preconizado tanto no Brasil quanto em diversos países, por apresentar maior sensibilidade em comparação à citologia oncológica convencional, possibilitando a detecção precoce de lesões de alto grau e permitindo a adoção de intervalos mais longos entre os exames, o que contribui para maior adesão e efetividade do programa de rastreamento (BRASIL, 2024a; WHO, 2018).	
	A OMS recomenda que, para que os programas de rastreamento sejam eficazes, é necessário atingir cobertura mínima de 80% da população-alvo, aliada a garantia de diagnóstico e tratamento dos casos positivos. Essa combinação pode levar à redução média de 60% a 90% na incidência do câncer cervical invasivo (WHO, 2002b). Experiências bem-sucedidas em países com programas estruturados demonstram redução de até 80% na incidência da doença, quando há qualidade na triagem, cobertura adequada e seguimento eficiente (WHO, 2007).	
	No contexto desta certificação, este item exige que a operadora monitore o macro indicador "Percentual de mulheres entre 25 e 60 anos que realizaram Exame de detecção de DNA-HPV" oncogênico" conforme definido na ficha técnica do macro indicador. Para pontuar neste item, é necessário alcançar cobertura igual ou superior a 90% da população alvo, considerando que as mulheres entre 25 e 60 anos devem realizar o exame a cada cinco anos (BRASIL, 2024a).	
	Essa periodicidade de cinco anos é justificada pela lenta progressão natural do câncer do colo do útero, permitindo que as lesões precursoras sejam detectadas em tempo oportuno para intervenção, sem comprometer a efetividade do programa (INCA, 2016). A recomendação brasileira está alinhada às diretrizes internacionais da OMS, reforçando a validade da meta de cobertura elevada como critério técnico e de qualidade assistencial (WHO, 2018; BRASIL, 2024a).	
	Além disso, o acompanhamento deste indicador exige infraestrutura adequada de informação, incluindo a identificação unívoca das beneficiárias, o rastreamento da data da última coleta e a exclusão do cálculo do indicador os exames repetidos no mesmo período. O uso de dados precisos é essencial para garantir a confiabilidade da análise de cobertura e a qualidade do rastreamento. Desse modo, para que a operadora mantenha o controle efetivo da cobertura e alcance o desempenho esperado no rastreamento do câncer do colo do útero, deverá:	
	☐ Identificar corretamente as mulheres pertencentes à população alvo (25 a 60 anos); ☐ Pactuar o envio sistemático dos dados dos exames com os laboratórios especializados em biologia molecular da rede assistencial; ☐ Monitorar o macro indicador com base na identificação unívoca das beneficiárias, observando se a realização do exame respeita o intervalo de até cinco anos;	
	☐ Garantir que 90% ou mais das mulheres na faixa etária alvo tenham realizado pelo menos um teste de DNA-HPV no intervalo preconizado, conforme estabelecido na ficha técnica do macro indicador. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	





	☐ O sistema de informação da operadora que identifique, de forma unívoca, as beneficiárias entre 25 e 60 anos e as respectivas datas de realização do exame de DNA-HPV oncogênico; ☐ O resultado apurado pelo sistema de informação com base no macro indicador "Percentual de mulheres entre 25-60 anos que realizaram exame de DNA-HPV oncogênico", conforme critérios definidos neste Manual; ☐ Evidências de envio estruturado dos dados laboratoriais por meio de pactuação formal com os prestadores de serviços da rede.	
Referências do Requisito 3.3 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 3, de 26 de março de 2024. Torna pública a decisão de incorporar o teste de DNA-HPV como método de rastreamento do câncer do colo do útero no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, DF, 27 mar. 2024b. CONNOLLY, M.; HUGHES, X.; BERNER, A. Screening trans and non-binary people for cervical cancer: a review of the literature. <i>British Journal of General Practice</i>, v. 70, n. 693, p. 234-235, 2020. DOI: https://doi.org/10.3399/bjgp20X709373 DASA - NAV. DNA HPV: o que é, como funciona e quando fazer. São Paulo: Grupo Dasa, 2025. Disponível em: <https://nav.dasa.com.br/blog/dna-hpv>. Acesso em: 17 jul. 2025. ENCODEXA. HPV: Papilomavírus humano por PCR. São Paulo, s.d. Disponível em: <https://encodexa.com.br/exames/hpv-papilomavirus-humano-pcr-cod-11074>. Acesso em: 17 jul. 2025. FLEURY. Pesquisa do Papilomavírus Humano (HPV) por técnica molecular. São Paulo, s.d. Disponível em: <https://www.fleury.com.br>. Acesso em: 17 jul. 2025. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Recomendações para o rastreamento do câncer do colo do útero em populações especiais: pessoas vivendo com HIV e imunossuprimidas. Rio de Janeiro: INCA, 2021. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Diagnóstico do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2024. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Câncer do Colo do Útero - Versão para profissionais de saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/colo-do-utero/versao-para-profissionais-de-saude>. Acesso em: 27 jun. 2024. KOO, M. M. et al. Conceptual framework to guide early diagnosis programs for symptomatic cancer as part of global cancer control. <i>JCO Global Oncology</i>, v. 7, p. 35-45, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8081530/>. Acesso em: 07 out. 2022. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Nota Técnica nº 2/2024 - Diretrizes para rastreamento do câncer do colo do útero com teste de HPV. Brasília: MS, 2024. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero - parte I: Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV Oncogênico. Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Câncer do colo do útero: guia de práticas clínicas para atenção primária à saúde. Brasília: OPAS, 2016. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization, 2018. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (SECTICS). Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Relatório de Recomendação Protocolos e Diretrizes (Preliminar). Brasília, DF, 2024. Disponível em: <Relatório preliminar - Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico>. Acesso em: 15 mai. 2025. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). Diretrizes SBOC para rastreamento e prevenção do câncer do colo do útero. São Paulo: SBOC, 2024. WENDER, R. C. et al. A blueprint for cancer screening and early detection: advancing screening's contribution to cancer control.CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 69, n. 1, p. 50-79, 2019. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21550>. Acesso em: 07 out. 2022. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. Geneva: WHO, 2002b. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Module 4: early detection. Geneva: WHO, 2007. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guide to cancer: early diagnosis. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254500/1/9789241511940-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 17 jul. 2025.		
3.4 Diagnóstico - Câncer de Colo de Útero Requisito que avalia as ações da operadora na organização do cuidado às beneficiárias com suspeita diagnóstica de Câncer de Colo de Útero, o acesso à exames de diagnóstico e o encaminhamento para o tratamento efetivo e em tempo oportuno.		



3.4.1	A operadora deve pactuar o protocolo clínico com sua rede assistencial para a indicação da colposcopia. Interpretação:		Essencial
	A operadora deve pactuar com sua rede assistencial, incluindo ginecologistas, clínicas de ginecologia, médicos de família e serviços de atenção primária, um protocolo clínico estruturado para a indicação da colposcopia, conforme os resultados dos exames moleculares de DNA-HPV e citologia oncótica reflexa. Assim, o protocolo pactuado deve considerar que a indicação da colposcopia varia conforme os resultados do exame molecular para HPV e da citologia oncótica em conformidade com as diretrizes técnicas nacionais, especialmente as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento Organizado do Câncer do Colo do Útero (BRASIL, 2024).		
	O rastreamento atual do câncer do colo do útero segue uma lógica escalonada e integrada. Inicia-se com o exame molecular para detecção de DNA-HPV oncogênico, o qual possui maior sensibilidade na identificação de mulheres em risco de desenvolver lesões precursoras. A detecção de HPV-16 ou 18 exige colposcopia imediata, pois mesmo com citologia normal, o risco de neoplasia intraepitelial de alto grau é significativo (BRASIL, 2024). Mesmo na era da testagem molecular, a citologia segue sendo uma ferramenta essencial para estratificação de risco e definição da conduta inicial (BRASIL, 2024).		
	Assim, na sequência, a citologia oncótica é utilizada como exame reflexo (em casos com outros tipos de HPV oncogênico) ou como método complementar. Seguem exemplos de achados, marcadores de possível lesão que indicam a necessidade de investigação colposcópica imediata: ▣ ASC-H (<i>Atypical Squamous Cells - cannot exclude HSIL</i>): Células escamosas atípicas onde não se pode excluir uma lesão intraepitelial de alto grau. É uma alteração suspeita, podendo indicar uma lesão significativa.		
	▣ HSIL (<i>High-grade Squamous Intraepithelial Lesion</i>): Lesão intraepitelial escamosa de alto grau, associada a alterações celulares que sugerem risco elevado de progressão para câncer se não tratadas. ▣ AGC (<i>Atypical Glandular Cells</i>): Células glandulares atípicas, que podem indicar lesão do canal endocervical, do endométrio, ou até neoplasias. É uma alteração mais rara, mas que exige investigação rigorosa. ▣ AIS (Adenocarcinoma in situ).		
	▣ Carcinoma invasivo (escamoso ou glandular). Por fim, a colposcopia é o exame confirmatório de eleição para avaliação detalhada do colo uterino em mulheres com risco aumentado. Ela permite a visualização da zona de transformação e a identificação precoce de lesões como NIC2 e NIC3, que podem evoluir para carcinoma invasivo se não tratadas. A detecção e tratamento oportuno dessas lesões proporcionam abordagem conservadora, com preservação da função uterina e menor impacto reprodutivo e oncológico (BRASIL, 2024).		
	Portanto, a integração entre teste molecular, citologia e colposcopia sustenta uma estratégia sequencial, baseada em evidência, eficaz e segura para o rastreamento e manejo do câncer do colo do útero. Estratégia importante, visto que o câncer do colo do útero é prevenível quando detectado precocemente em suas fases iniciais. A estratégia atual, amparada por diretrizes do MS, INCA e SBOC, segue esta lógica escalonada de rastreamento: ▣ Teste Molecular de DNA-HPV: Alta sensibilidade para identificar infecções por HPV de alto risco (HPV-16 e 18).		
	o HPV-16/18 detectado → colposcopia imediata, mesmo que a citologia seja normal (BRASIL, 2024). ▣ Citologia oncótica: Utilizada como exame complementar ou reflexo após detecção de HPV oncogênico. Achados como ASC-H, HSIL e AGC são indicativos para colposcopia imediata (INCA, 2024). ▣ Colposcopia diagnóstica: É o exame confirmatório que permite avaliação da junção escamocolumnar e zona de transformação, quando classificada como NIC2/NIC3, a indicação é o direcionamento para biópsia e tratamento (SBOC, 2025).		
	Essa sequência assegura a detecção precoce, reduz a morbidade e preserva a função uterina, conforme recomendações do MS, INCA e SBOC. Essa abordagem multimodal valoriza a sensibilidade do teste molecular, prioriza a estratificação por citologia e garante a intervenção precoce via colposcopia, especialmente em casos de lesões de alto grau. Esse encadeamento permite: ▣ Identificação de infecções por HPV de maior oncogenicidade, em especial (HPV-16 e 18); ▣ Filtragem de casos intermediários via citologia reflexa;		
	▣ Avaliação direta pela colposcopia das lesões precursoras que exigem biópsia e tratamento. Referências sólidas comprovam que esse fluxo reduz significativamente a incidência de câncer invasivo e preserva a saúde reprodutiva das pacientes. Segue quadro 1 com a indicação de colposcopia após Exame de Detecção do DNA-HPV: Quadro 1 - Indicação imediata de colposcopia com base no exame de DNA-HPV		
	Resultado do exame de DNA-HPV	Conduta	Justificativa

	HPV-16 ou HPV-18 detectado	Colposcopia imediata	Subtipos de maior risco para NIC2+, mesmo com citologia normal (BRASIL, 2024).	
	Outros tipos oncogênicos de HPV	Citologia reflexa → colposcopia sem alteração.	Otimiza recursos ao reduzir exames desnecessários.	
	Fonte: BRASIL, 2024; INCA, 2024			
	A expectativa é que esse protocolo amplie a sensibilidade sem aumentar resultados falsos positivos. A triagem molecular inicial permite respostas rápidas para os casos de maior gravidade, enquanto o uso da citologia reflexa direciona com precisão os casos intermediários. Segue quadro 2 com a indicação de colposcopia após exame de citologia oncológica: Quadro 2 - Indicações com base na citologia oncológica (complementar ou isolada)			
	Achado citológico	Conduta recomendada		
	ASC-US (paciente imunocompetente)	Repetir citologia em 3 anos		
	ASC-US (imunocomprometida)	Colposcopia imediata		
	LSIL (imunocompetente)	Repetir citologia em 1 ano		
	LSIL (imunocomprometida)	Colposcopia imediata		
	ASC-H, HSIL, AGC	Colposcopia imediata com biópsia dirigida		
	Citologia alterada sem lesão visível	Colposcopia com biópsia		
	Fonte: INCA, 2024; CONITEC, 2024 Lesões como HSIL e AGC carregam risco substancial de NIC2+ e demandam investigação imediata, enquanto casos leves são observados em mulheres sem fatores de risco. A imunocompetência também modula a conduta, pacientes imunossuprimidas exigem vigilância rigorosa e colposcopia precoce (INCA, 2024).			
	Segue quadro 3 descrevendo as condutas após a colposcopia: Quadro 3 - Condutas após colposcopia com ou sem biópsia			
	Situação clínica	Conduta	Justificativa	
	Colposcopia negativa com HPV-16 ou HPV-18	Repetir DNA-HPV em 12 meses	Vigilância por persistência viral (BRASIL, 2024).	
	Colposcopia negativa + outros tipos de HPV + citologia negativa	Repetir: DNA-HPV em 12 meses; e colposcopia em 24 meses se persistência	Risco contínuo mesmo sem lesão histológica inicial.	
	Colposcopia positiva com biópsia confirmando NIC2+	Encaminhar para tratamento específico	Prevenção de progressão para lesão invasiva.	
	Fonte: BRASIL, 2024; INCA, 2024 O cuidado deve continuar após a colposcopia: resultado negativo não descarta vigilância, sobretudo diante de infecção persistente. Por isso, a reavaliação programada é essencial para monitoramento da progressão (BRASIL, 2024; INCA, 2024).			
	Além disso, a biópsia confirmada exige intervenção precoce, com menor mutilação uterina e desfechos mais favoráveis. Segue quadro 4, com as indicações para a estratégia "Ver e Tratar": Quadro 4 - Situações de abordagem "ver e tratar" durante a colposcopia			
	Situação clínica	Ver e Tratar?	Observações	
	NIC2+/NIC3 com colposcopia satisfatória + HSIL	Sim	Eficaz onde há infraestrutura para excisão imediata.	
	Colposcopia insatisfatória, AGC ou ASC-H	Não	Requer confirmação histológica para evitar tratamentos desnecessários.	
	Adolescente com LSIL	Não	Alta taxa de regressão espontânea; intervenção pode ser prejudicial.	
	Fonte: SBOC, 2025			



	A abordagem "ver e tratar" visa rapidez e eficácia quando há infraestrutura de prestador de serviço adequada (SBOC, 2025). A indicação a colposcopia cabe ao médico assistente de acordo com avaliação do quadro clínico e exames e deve se pautar no protocolo baseado em evidências pactuado com a operadora, de modo a garantir: ☐ Condutas padronizadas baseadas em evidência científica; ☐ Agilidade nos fluxos assistenciais;	
	☐ Redução de casos de câncer invasivo; e ☐ Continuidade do cuidado por meio da adoção de Plano de Cuidado Individualizado. Esse alinhamento estratégico promove equidade, rastreamento eficaz e melhoria dos desfechos clínicos na linha de cuidado do câncer do colo do útero. Para cumprir esse item, a operadora deve:	
	☐ Pactuar protocolo formal com critérios clínicos claros; ☐ Garantir fluxo <i>Fast-Track</i> para colposcopia dos casos indicados; ☐ Pactuar o registro das condutas no Plano de Cuidado Individualizado; ☐ Pactuar a capacitação da rede sobre aplicação dos protocolos escalonados; ☐ Monitorar indicadores: cobertura e tempo de realização.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A previsão de protocolo baseado em evidências para indicação de colposcopia, incluindo a da estratégia "ver e tratar" e a indicação de biópsia com colposcópio para confirmação diagnóstica do câncer de colo útero no capítulo da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero no Plano Estruturado no item 1.1.1.	
	☐ De forma amostral, a existência de pactuação desses protocolos em contratos ou documentos similares com os médicos ginecologistas, clínicas de ginecologia, médicos de família e clínicas de atenção primária. ☐ O sistema de informação da operadora com os exames colposcópicos realizados. ☐ O sistema de contas médicas, faturamento entre outros., para verificar a cobertura dos exames.	
3.4.2	A operadora deve emitir, quando clinicamente indicado e conforme protocolos clínicos pactuados, a autorização sequencial para a colposcopia e exame anatomopatológico, integrada à liberação inicial do teste molecular de DNA-HPV + citologia oncótica reflexa. Interpretação	Essencial
	A estratégia de rastreamento do câncer do colo do útero segue uma lógica escalonada, baseada em evidências científicas consolidadas. Essa abordagem prevê a articulação entre: 1. Teste Molecular de DNA-HP	
	Alta sensibilidade para identificar infecções por DNA-HPV oncogênicos (sobretudo os tipos 16 e 18), responsáveis por até 70% dos casos de câncer cervical (INCA, 2024; BRASIL, 2024). 2. Citologia Oncótica Reflexa Exame complementar, utilizado em outros subtipos de DNA-HPV oncogênicos, que não os DNA-HPV 16/18, para definir a necessidade de investigação adicional (BRASIL, 2024).	
	3. Colposcopia Diagnóstica Avaliação visual detalhada da junção escamo colunar (JEC) e da zona de transformação. Deve ser realizada sempre que indicado, especialmente após detecção de DNA-HPV 16/18 ou citologias alteradas como ASC-H, HSIL e AGC (INCA, 2021; SBOC, 2025). 4. Exame Anatomopatológico (biópsia)	
	Confirma a presença de lesão intraepitelial de alto grau (NIC2/NIC3) ou carcinoma invasivo, sendo indispensável para definir a conduta terapêutica. Para que essa articulação ocorra, é importante que a operadora emita uma autorização sequencial de procedimentos baseada em protocolos pactuados, com o objetivo garantir a celeridade no seguimento diagnóstico das pacientes com suspeita de lesões precursoras do câncer do colo do útero. Essa liberação deve ocorrer no âmbito da Via Rápida Oncológica (Fast Track).	
	A pré-autorização conjunta para colposcopia e anatomopatologia garante: ☐ Agilidade no seguimento diagnóstico; ☐ Redução de barreiras administrativas;	
	☐ Prevenção de atrasos no início do tratamento; ☐ Segurança para prestadores de serviços, evitando glosas; ☐ Integração efetiva ao Plano de Cuidado Individualizado da paciente. Essa estratégia é tecnicamente justificada, pois o diagnóstico completo exige a execução sequencial e oportuna desses exames. Segundo Bedell (2020) e Sachan et al. (2018), a interrupção dessa sequência compromete significativamente a detecção precoce e os desfechos clínicos.	



	Segue Fluxo Diagnóstico Integrado: ☐ Solicitação clínica → O médico solicita o teste de DNA-HPV com citologia reflexa. ☐ Autorização integrada → A operadora libera automaticamente, quando indicado além dos exames iniciais, a colposcopia + exame anatomopatológico com base nos protocolos pactuados.	
	☐ Agendamento facilitado → A paciente agenda os exames com apoio da central de atendimento ao cliente e do <i>Fast Track</i> oncológico. ☐ Execução sem interrupção → A rede assistencial realiza os exames em tempo oportuno, sem necessidade de nova solicitação burocrática. ☐ Integração clínica → Os resultados são incorporados pelo médico assistente ao Plano de Cuidado Individualizado, permitindo uma definição ágil da conduta médica.	
	Este fluxo busca fortalecer a continuidade do cuidado e garantir resposta célere frente à suspeita de lesão precursoras ou malignas. Para cumprir este critério, a operadora deve: ☐ Pactuar com a rede assistencial o protocolo clínico para liberação sequencial dos exames; ☐ Garantir que o sistema de autorização registre e automatize a liberação da colposcopia e do exame anatomopatológico sempre que houver indicação clínica;	
	☐ Estabelecer fluxos de autorização via <i>Fast Track</i>; ☐ Referenciar os exames em clínicas e laboratórios indicados para participar desta Linha de Cuidado; ☐ Garantir registro e rastreabilidade da execução e do pagamento dos exames. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar:	
	☐ O protocolo clínico pactuado com a rede assistencial; ☐ Registros no sistema de autorizações da operadora; ☐ Contratos e acordos com clínicas, laboratórios e especialistas; ☐ Evidência da execução sequencial dos exames (DNA-HPV → citologia oncológica → colposcopia → anatomopatologia); ☐ Documentação referente à remuneração efetuada e à integração dos resultados no prontuário clínico.	

3.4.3	Os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar da Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero devem emitir laudos anatomopatológicos completos e padronizados. Interpretação	Essencial
	A operadora deve pactuar com sua rede de Laboratórios de Anatomopatologia, formalmente indicados para esta Linha de Cuidado, a emissão de laudos anatomopatológicos que sigam modelos completos e padronizados, clinicamente úteis. Essa padronização é fundamental para garantir diagnósticos precisos, prognósticos consistentes e para subsidiar decisões terapêuticas adequadas por parte da equipe multiprofissional.	
	O laudo anatomopatológico é o resultado de uma análise técnica e interpretativa realizada por profissional especializado, que deve considerar não apenas as alterações morfológicas do tecido, mas também os dados clínicos da paciente, a fim de formular uma conclusão diagnóstica acurada. A qualidade e a completude desse laudo são cruciais para o estadiamento correto da doença, definição do prognóstico e construção do Plano de Cuidado Individualizado (ANS, 2016; INCA, 2021).	
	O avanço nas classificações e no conhecimento sobre as neoplasias tem exigido laudos mais detalhados, contemplando não apenas a confirmação de malignidade, mas informações complementares como: ☐ Tipo histológico da neoplasia;	
	☐ Grau de diferenciação tumoral; ☐ Presença de invasão vascular e linfática; ☐ Índice proliferativo (ex. Ki-67); ☐ Padrão do infiltrado inflamatório; e ☐ Correlação com dados clínicos e outros exames laboratoriais.	
	Esses elementos devem estar apresentados de forma objetiva, preferencialmente em formato de laudo sinóptico, como recomendado por sociedades médicas nacionais e internacionais, o que facilita a leitura e a comparação entre casos (ANS, 2016). A construção de laudos eficazes exige a integração entre patologistas e os demais profissionais da Linha de Cuidado. A comunicação fluida entre médicos solicitantes e laboratórios, bem como a troca de informações clínicas relevantes, é essencial para a emissão de documentos tecnicamente consistentes.	



	Entre os requisitos fundamentais para um laudo anatomopatológico completo e padronizado, destacam-se: ☐ Troca de informações clínicas com agilidade entre os profissionais envolvidos no cuidado; ☐ Inclusão de dados clínicos relevantes no pedido de exame anatomopatológico; ☐ Descrição morfológica precisa e objetiva, com inclusão dos elementos prognósticos necessários; e	
	☐ Unificação de informações diagnósticas em um único documento, sempre que possível. Para atender plenamente a este critério, a operadora deve: ☐ Pactuar com os Laboratórios de Anatomopatologia modelos padronizados de laudo, baseados em diretrizes técnico-científicas atualizadas; ☐ Prever nos contratos ou documentos similares a exigência de emissão de laudos completos e padronizados, em conformidade com o protocolo pactuado;	
	☐ Estabelecer estratégias de integração assistencial, favorecendo a correlação entre dados clínicos, laboratoriais e de imagem na composição do Plano de Cuidado Individualizado; ☐ Pactuar que os laudos contendam todos os elementos exigidos para avaliação histopatológica e prognóstica. Formas de Verificação de Evidências	
	A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ A existência de cláusulas contratuais entre a operadora e os Laboratórios de Anatomopatologia que formalizem a obrigatoriedade de emissão e envio de laudos completos e padronizados; ☐ A previsão da padronização dos laudos no Plano Estruturado da Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero; e ☐ A realização de visitas técnicas amostrais (presenciais ou remotas) aos laboratórios integrantes da linha de cuidado.	
3.4.4	Os Laboratórios de Anatomopatologia integrantes da Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero devem enviar os laudos anatomopatológicos completos e padronizados ao médico solicitante no prazo máximo de 48 horas após a emissão. Interpretação	Essencial
	A operadora deve pactuar com os Laboratórios de Anatomopatologia que integram esta Linha de Cuidado a adoção de rotinas que garantam a emissão e o envio tempestivo de laudos anatomopatológicos completos e padronizados ao médico assistente solicitante. Esse envio deve ocorrer em até 48 horas após a emissão do laudo, assegurando a continuidade do fluxo assistencial sem interrupções e permitindo a tomada de decisões clínicas em tempo oportuno (ANS, 2016).	
	Esses laudos devem conter, obrigatoriamente, informações como tipo histológico do tumor, grau de diferenciação, presença de invasão vascular, índice proliferativo, padrão de infiltrado inflamatório e demais variáveis necessárias à definição prognóstica e ao Plano de Cuidado Individualizado (INCA, 2021).	
	A troca de informações entre os laboratórios e os profissionais de saúde deve ocorrer preferencialmente por meio de sistemas estruturados, que possibilitem o rastreamento da emissão e do envio do laudo, com alertas específicos para casos suspeitos ou confirmados de neoplasia. Essa comunicação deve respeitar rigorosamente os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), garantindo o sigilo, a segurança e o uso adequado das informações pessoais e sensíveis das pacientes, mediante consentimento informado (BRASIL, 2018).	
	Cabe à operadora garantir que todos os laboratórios envolvidos disponham de mecanismos de busca ativa e de comunicação segura com os médicos assistentes, mesmo nos casos em que a paciente não retorne para receber o resultado. O acesso ao laudo por parte do profissional de saúde responsável deve ocorrer mediante consentimento expresso da paciente, formalizado por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Caso a paciente se recuse a autorizar o encaminhamento ao médico solicitante, essa negativa deverá ser formalmente registrada pela unidade que realizou a coleta.	
	Para o cumprimento deste item de verificação, a operadora deve: ☐ Pactuar por meio de contrato ou documento similar com os laboratórios a emissão e envio dos laudos completos e padronizados ao médico solicitante em até 48 horas após a emissão; ☐ Pactuar a implementação de sistemas de alerta automatizados para identificação e priorização de laudos com alterações críticas; ☐ Garantir a existência de cadastro seguro de contatos de médicos e pacientes, com uso autorizado segundo a LGPD;	



	☐ Exigir o registro do TCLE que autoriza o encaminhamento dos resultados ao médico assistente; ☐ Formalizar a pactuação em contrato ou instrumento similar com os Laboratórios indicados para participar desta linha de Cuidado. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ O capítulo da Linha de Cuidado do Câncer do Colo de Útero contendo a previsão de pactuação com os laboratórios para envio ágil dos laudos;	
	☐ Contratos com laboratórios contendo cláusulas que prevejam o prazo máximo de 48 horas para envio do laudo, a implementação de alertas para laudos alterados, e a observância da LGPD; ☐ Documentos que comprovem o uso de TCLE e protocolo de negativa de envio de resultado, quando aplicável; ☐ Sistemas informatizados com registro da emissão e envio de laudos ao médico solicitante; ☐ Entrevistas ou visitas técnicas (presenciais ou remotas) com os laboratórios participantes da Linha de Cuidado.	
3.4.5	A operadora deve estabelecer, em conjunto com os Serviços de Atenção Oncológica participantes desta Linha de Cuidado, a adoção de protocolo clínico baseado em evidências científicas para a realização do estadiamento do câncer de colo de útero. Interpretação	Essencial
	O estadiamento oncológico representa uma fase fundamental no manejo do câncer de colo de útero e deve ser conduzido após a confirmação diagnóstica da neoplasia. Trata-se de um processo sistemático de avaliação da extensão da doença, contemplando (INCA, 2024): ☐ Localização e dimensões do tumor primário; ☐ Comprometimento de linfonodos regionais;	
	☐ Presença de metástases à distância; e ☐ Impacto funcional nos sistemas orgânicos afetados. Esse processo orienta a definição terapêutica e a previsão prognóstica da paciente, devendo seguir critérios internacionalmente reconhecidos, como os estabelecidos pelo sistema TNM (Tumor, Node, Metastasis) da União Internacional Contra o Câncer (UICC). Trata-se de uma etapa indispensável para a elaboração do Plano de Cuidado Individualizado, pois fornece as bases clínicas e diagnósticas para o planejamento terapêutico seguro e adequado.	
	Componentes do Sistema TNM (Brierley et al., 2016; Brasil, 2024): ☐ T (Tumor): Avaliação do tamanho e da extensão local do tumor; ☐ N (Node): Verificação do envolvimento linfonodal regional; e	
	☐ M (Metástase): Identificação de disseminação neoplásica à distância. Para o câncer de colo de útero, o estadiamento deve classificar a neoplasia pela disseminação local (restrita ao colo de útero), regional (comprometimento do colo de útero e envolvimento dos linfonodos) ou à distância (metástases), com o estágio clínico pelo sistema TNM. Em caso de metástase, os sítios mais comumente afetados são peritônio, pulmões, ossos e fígado. Essas informações são necessárias para a elaboração de um plano de cuidado adequado (SBOC, 2024).	
	Após a confirmação do diagnóstico de câncer de colo de útero, o estadiamento deve ser realizado de forma criteriosa para fundamentar o plano de cuidado individualizado, antes da instituição do tratamento.	
	Segundo Diretrizes de tratamentos oncológicos recomendados pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, para o estadiamento do câncer de colo de útero é importante considerar os seguintes exames (SBOC, 2024): · Exame físico detalhado; · Exames de Imagem: ☐ RM de Pelve - avaliar a extensão do tumor, acometimento de linfonodos e de outras estruturas;	
	☐ RM ou TC de abdômen - para avaliar ureteres e linfonodos; ☐ RM ou TC de Tórax; ☐ PET/CT - quando houver suspeita de metástase linfonodal; ☐ Cistoscopia - quando houver suspeita de metástase na bexiga; e ☐ Retossigmoidoscopia - quando houver suspeita de metástase em reto.	
	· Exames Laboratoriais: ☐ Hemograma; ☐ Função Hepática; ☐ Função Renal; e ☐ Sorologia HIV.	



	O estadiamento deve ser conduzido pelo médico assistente com base em diretrizes clínicas previamente pactuadas com a operadora, que contemplem: ☐ Confirmação diagnóstica do câncer de colo de útero, incluindo a avaliação do tamanho e da extensão da lesão primária; ☐ Avaliação individualizada considerando o quadro clínico, fatores prognósticos, suspeitas de disseminação, objetivos terapêuticos e resposta esperada ao tratamento; e	
	☐ Indicação dos exames necessários, com respaldo em protocolos clínicos atualizados e baseados em evidências. A interpretação integrada dos exames deve ser realizada pela equipe, com posterior reavaliação clínica da paciente pelo médico assistente. Essa análise é determinante para a estratificação adequada da doença (localizada, regional ou metastática) e para a definição do Plano de Cuidado Individualizado, cuja estrutura deve incluir, obrigatoriamente, o registro completo do estadiamento no prontuário clínico.	
	No câncer de colo de útero, uma vez confirmado o diagnóstico, a operadora deve garantir o acesso da paciente a exames específicos de estadiamento antes da realização de intervenções terapêuticas, especialmente cirúrgicas. Essa conduta pode modificar significativamente a decisão clínica, sobretudo em casos assintomáticos com possível doença metastática.	
	Para cumprir esse item, a operadora deverá: ☐ Estabelecer protocolo clínico formal com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e os oncologistas clínicos da Linha de Cuidado, assegurando a padronização dos critérios e métodos de estadiamento;	
	☐ Garantir a inclusão do protocolo pactuado no Plano Estruturado da Certificação, com especificação minuciosa dos exames a serem realizados e sua integração ao fluxo assistencial; ☐ Assegurar que o estadiamento conste como item obrigatório no Plano de Cuidado Individualizado da paciente, conforme estabelecido; e ☐ Incluir os exames de estadiamento e avaliação inicial da paciente com diagnóstico confirmado de câncer de colo de útero no fluxo prioritário (<i>Fast Track</i>) da Central de Atendimento, garantindo agilidade no início do tratamento.	
	Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ A existência de protocolo clínico baseado em evidências científicas para o estadiamento do câncer de colo de útero no capítulo específico desta Linha de Cuidado no Plano Estruturado, conforme item 1.1.1;	
	☐ A existência de contratos, aditivos ou documentos similares firmados entre a operadora, os oncologistas clínicos e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, prevendo formalmente a adoção do protocolo de estadiamento; e ☐ A efetiva implementação dos protocolos clínicos pactuados, por meio de visitas presenciais ou remotas, realizadas de forma amostral, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial.	
3.4.6	A operadora deve monitorar o tempo decorrido entre a emissão do resultado do exame molecular para detecção de DNA-HPV oncogênico e a realização da colposcopia, conforme preconizado em protocolos clínicos baseados em evidência. Interpretação:	Excelência
	O rastreamento organizado do câncer do colo do útero, ancorado no exame molecular para detecção de DNA-HPV oncogênico, é uma estratégia amplamente respaldada pelas diretrizes nacionais e internacionais como método eficaz de identificação precoce de lesões precursoras e carcinomainsitu (BRASIL, 2024; INCA, 2021).	
	Pacientes com resultado positivo para os subtipos HPV-16 ou HPV-18, devido ao seu alto potencial oncogênico, devem ser encaminhadas imediatamente à colposcopia, independentemente do resultado da citologia oncocítica. Essa conduta tem como objetivo maximizar as chances de detecção precoce e intervenção oportuna, reduzindo a progressão para formas invasivas da doença.	
	Já para outros tipos oncogênicos de HPV, o resultado da citologia oncocítica reflexa é determinante na indicação da colposcopia. Nestes casos, se a citologia indicar alteração (ex.: ASC-H, HSIL, AGC), a colposcopia deverá ser realizada prontamente. Caso a citologia seja normal, a conduta recomendada é o seguimento clínico com novo teste após 12 meses, conforme protocolos pactuados (FEBRASGO, 2017; BRASIL, 2024).	
	A operadora, portanto, deve acompanhar de forma sistemática o tempo decorrido entre a emissão do laudo do exame de DNA-HPV oncogênico e a realização da colposcopia. Esse acompanhamento é essencial para assegurar que o processo diagnóstico ocorra dentro do intervalo clínico aceitável, de modo a evitar atrasos que possam comprometer o desfecho oncológico da paciente.	





	Para isso, é necessário que o sistema de informação da operadora permita a identificação precisa das datas de realização dos exames (DNA-HPV e colposcopia) e das beneficiárias envolvidas, viabilizando o cálculo do intervalo temporal conforme descrito na ficha técnica do indicador deste Manual. Além disso, o monitoramento deve ser utilizado como ferramenta de gestão assistencial e gestão do cuidado, possibilitando a identificação de gargalos operacionais e a implementação de medidas corretivas nos fluxos da rede referenciada. Formas de verificação de evidência:	
	A equipe de auditores poderá verificar: ☐ Existência de sistema de informação estruturado com registros de data e identificação das beneficiárias. ☐ Análise dos relatórios gerenciais com indicadores de tempo médio entre exame positivo para HPV oncogênico e colposcopia. ☐ Utilização de protocolos clínicos de rastreamento conforme pactuado entre a operadora e sua rede. ☐ Se o cálculo do indicador foi realizado de acordo com o estabelecido na ficha técnica do indicador descrita neste Manual.	
Referências Requisito 3.4: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede: A (re)organização da rede de Atenção Oncológica na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023. BEDELL, S. L. Cervical cancer screening: past, present, and future. Sexual Medicine Reviews , v. 8, n. 1, p. 28-37, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2050052119301015>. Acesso em: 20 out. 2022. BRASIL. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) - Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm>. Acesso em: 04 out. 2022. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 3, de 26 de março de 2024. Torna pública a decisão de incorporar o teste de DNA-HPV como método de rastreamento do câncer do colo do útero no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 mar. 2024. BRIERLEY, J.; GOSPODAROWICZ, M.; WITTEKIND, C. TNM Classification of Malignant Tumours . 8. ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2016. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Rastreio, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero . São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/05Z-DIAGNOYTICOZRASTREIOZEZTRATAMENTOZDOZCAyNCERZDEZCOLOZDEZUyTERO.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do úter o. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br>. Acesso em: jul. 2025. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção Precoce do Cânc er. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>. Acesso em: 04 out. 2022. KOO, M.M. et al. Conceptual framework to guide early diagnosis programs for symptomatic cancer as part of global cancer control. JCO Global Oncology , v.7, p.35-45, 2021. KUREBAYASHI, J. M. Y.; BARBIERI, M.; GABRIELLONI, M. C. Rastreamento das atipias celulares de colo de útero em mulheres na Atenção Primária. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>, v. 73, supl. 6, e20190753, 2019. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Relatório de Recomendação nº 441: Testagem molecular para detecção de DNA-HPV e rastreamento do câncer do colo do útero . Brasília: MS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br>. Acesso em: jul. 2025. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Relatório de Recomendação nº 441: Testagem molecular para detecção de DNA-HPV e rastreamento do câncer do colo do útero. Brasília: MS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br>. Acesso em: jul. 2025. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero - Parte I: Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. SACHAN, P. L. et al. A study on cervical cancer screening using pap smear test and clinical correlation. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing , v. 5, n. 3, p. 337-341, 2018. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC) - Diretrizes de tratamentos oncológicos- Colo de útero. 2024. Disponível em <https://sboc.org.br/images/Diretrizes-2024/pdf/10---Diretrizes-SBOC-2024---Colo-do-utero-v5-FINAL.pdf>. Acesso em 10jun. 2025. SBOC. Diretrizes de Tratamentos Oncológicos: Colo do Útero. São Paulo: SBOC, 2025. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/392161476>. Acesso em: jul. 2025. WENDER, R.C. et al. A blueprint for cancer screening and early detection: Advancing screening's contribution to cancer control. CA: A Cancer Journal for Clinician s, v. 69, n. 1, p. 50-79, 2019. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21550>. Acesso em: 07 out. 2022.		
3.5 Tratamento - Câncer de Colo de Útero Requisito que avalia a disponibilização do tratamento adequado ao paciente com Câncer de Colo de Útero de acordo com o estadiamento, faixa etária e do tipo de tumor.		

3.5.1	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado estabelecem Plano de Cuidado Individualizado para as pacientes com câncer de colo de útero confirmado. Interpretação:	Essencial
	O tratamento e o acompanhamento das pacientes com câncer de colo de útero devem ser realizados nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado, os quais devem oferecer assistência integral, especializada e multiprofissional. Esses Serviços devem funcionar de acordo com o estabelecido nos itens 1.2.1; 1.2.2 e 1.2.3 deste Manual.	
	Para o melhor acompanhamento das pacientes com câncer de colo de útero os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial devem estabelecer um Plano de Cuidado Individualizado, elaborado pela equipe multiprofissional, com o objetivo de planejar o tratamento e monitorar os resultados, considerando as melhores práticas clínicas e as possibilidades terapêuticas, centradas nas necessidades e na realidade de cada paciente.	
	Para a elaboração do Plano de Cuidado Individualizado, é fundamental fornecer às pacientes todas as informações relevantes sobre sua condição de saúde, de forma compreensível e acessível, possibilitando que as decisões sejam tomadas de maneira compartilhada. O Plano de Cuidado Individualizado deve conter, no mínimo, as seguintes informações: ☐ O tipo de câncer; ☐ O estadiamento do câncer;	
	☐ Avaliação do estado nutricional e físico, com vistas a monitorar e tratar a desnutrição, a sarcopenia, entre outras condições; ☐ Avaliação psicossocial; ☐ Os objetivos do tratamento; ☐ O Planejamento do tratamento oncológico específico, de acordo com as necessidades do paciente (incluindo os procedimentos e técnicas que serão utilizados e o tempo de utilização);	
	- o Assistência nutricional; - o Apoio psicossocial; - o Pré-habilitação cirúrgica; - o Cirurgia oncológica (em casos de doença localizada e operável);	
	- o Radioterapia (isolada ou em combinação com outros métodos); - o Tratamento sistêmico, como quimioterapia, imunoterapia ou terapia-alvo, conforme o perfil molecular e clínico do tumor; - o Reabilitação fisioterápica (quando indicados); - o Cuidados paliativos (quando indicados, visando o controle de sintomas e à promoção da qualidade de vida); - o Cuidados de fim de vida (quando indicados, visando ao controle de sintomas e à promoção da qualidade no fim de vida) e	
	☐ Resultado desejado. Para pacientes com mais de 60 anos, o Plano de Cuidado Individualizado deverá incluir a estratificação de risco atualizada para a pessoa idosa, bem como o instrumento utilizado para essa avaliação, possibilitando um planejamento mais adequado e orientações para cuidadores e/ou familiares. Alguns instrumentos de estratificação de risco disponíveis atualmente são o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) e Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13), (MORAES, 2023; BRASIL, 2018).	
	Para o cumprimento deste item, a operadora deve pactuar com seus prestadores de serviços de atenção oncológica a adoção de um Plano de Cuidado Individualizado para cada paciente com diagnóstico de câncer de colo de útero, elaborado e monitorado pela equipe multiprofissional dos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: ☐ A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A previsão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 da utilização de Plano de Cuidado Individualizado pelos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
	☐ De forma amostral, nos contratos ou documentos similares firmados entre a operadora e os Serviços Atenção Oncológica Ambulatorial, a pactuação da utilização de Plano de Cuidado Individualizado por esses serviços; e ☐ Por meio de visita presencial ou remota, de forma amostral, a adoção do Plano de Cuidado Individualizado pelos Serviços Atenção Oncológica participantes desta Linha de Cuidado.	
3.5.2	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado estabelecem um Navegador do Cuidado para pacientes com diagnóstico de câncer de colo de útero confirmado. Interpretação	Essencial



	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado disponibilizam um navegador do cuidado para pacientes com diagnóstico de câncer de colo de útero confirmado. O navegador do cuidado é um profissional de saúde, geralmente um enfermeiro, cuja função é apoiar a paciente a transitar de forma oportuna e assertiva pelo sistema de saúde, facilitando seu itinerário terapêutico na rede de atenção (ANS, 2016; BRASIL 2024).	
	Caso o navegador de cuidado seja enfermeiro(a), deverá ser observada a Resolução COFEN nº 735 de 17 de janeiro de 2024, que normatiza a atuação do Enfermeiro navegador e do Enfermeiro clínico especialista para que haja maior clareza e qualidade nas atividades desenvolvidas por esse profissional. A atuação de um navegador do cuidado da paciente é indicada para condições crônicas complexas, como nos casos de câncer de colo de útero confirmados. Nessas situações, a paciente necessita de uma abordagem proativa, mais próxima e frequente de um profissional de saúde, a fim de reduzir as barreiras de acesso e facilitar o acesso ao tratamento adequado e em tempo oportuno (BRASIL 2024; MENDES, 2011).	
	Na abordagem ao paciente com câncer, o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento pode ser crucial para o prognóstico. Assim, uma das principais funções da navegação ou gestão do cuidado da paciente é garantir o atendimento oportuno, o que pode impactar significativamente no desfecho clínico (ANS, 2016; BRASIL 2024; MENDES, 2011).	
	A oportunidade é um dos principais atributos da qualidade em saúde, configurando-se como a redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente prejudiciais tanto para quem recebe quanto para quem presta o cuidado (BRASIL, 2014). Dessa forma, entende-se que o tempo oportuno é o período durante o qual a prestação do cuidado ou da intervenção se faz mais benéfica e necessária (JCAHO, 1993<i>apud</i> PROADESS, 2011). Assim, o tempo oportuno para o tratamento do câncer de colo de útero deve ser uma das prioridades da navegação ou gestão do cuidado das pacientes.	
	Além de assegurar o tempo oportuno para cada etapa, a navegação do cuidado tem como objetivo garantir que a paciente receba um cuidado integrado, coordenado e baseado nas melhores evidências científicas, conforme o plano de cuidado estabelecido. Nesse sentido, uma função essencial do navegador do cuidado é promover a aplicação dos protocolos clínicos definidos pela equipe multiprofissional. Dessa forma, a navegação contribui para assegurar a pertinência e a qualidade do cuidado prestado às pacientes com câncer do colo do útero	
	A disponibilização do navegador do cuidado deve ser realizada o mais precocemente possível, a partir da confirmação diagnóstica do câncer de colo de útero, de modo a favorecer o alcance de desfechos positivos e melhorar a qualidade de vida das pacientes.	
	O navegador do cuidado na Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero deve: ☐ Iniciar a navegação da paciente imediatamente após a confirmação do diagnóstico por meio de exame anatomopatológico. ☐ Permanecer atuante durante toda a jornada da paciente. ☐ Favorecer a integração dos diversos serviços e profissionais envolvidos no acompanhamento da paciente com câncer de colo de útero.	
	☐ Proporcionar segurança e apoio à paciente durante a sua jornada. ☐ Apoiar e facilitar a marcação de exames e terapias em tempo oportuno. ☐ Facilitar o acesso a todos os procedimentos e tratamentos previstos no plano de cuidado da paciente, reduzindo barreiras no itinerário terapêutico. Para a operadora cumprir este item, a navegação do cuidado deve ser realizada por um profissional de saúde do serviço de Atenção Oncológica Ambulatorial indicado para participar desta certificação.	
	A navegação do cuidado da paciente pode ocorrer de forma combinada, presencial e à distância, e deverá ocorrer ao longo de sua jornada na rede de atenção. A disponibilização do navegador do cuidado para as pacientes com câncer de colo de útero confirmado deve constar no contrato ou documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado, independentemente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada.	
	Além disso, a operadora deve certificar-se da implementação do Navegador do Cuidado da paciente por meio de visitas anuais aos serviços, que podem ser presenciais ou à distância. A operadora deve remunerar o serviço de navegação do cuidado das pacientes com câncer de colo de útero, devendo constar de forma explícita no contrato, aditivo contratual ou documento similar.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ No capítulo sobre o Câncer de Colo de Útero do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1, o detalhamento das ações do Navegador do Cuidado. ☐ Por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado, prevendo a cobertura da navegação do cuidado.	



	☐ Por amostragem, as notas fiscais, documentos de cobrança ou faturas no sistema de contas médicas relativas às atividades realizadas pelo Navegador do cuidado. ☐ Relatório da visita anual da operadora, presencial ou à distância, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, com a conformação da implementação do Navegador do Cuidado.	
3.5.3	A operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica protocolo para a abordagem nutricional da paciente com câncer de colo de útero. Interpretação:	Essencial
	A terapia nutricional oncológica é uma estratégia essencial e complementar ao tratamento oncológico. Ela visa garantir que o paciente alcance as necessidades nutricionais adequadas para manutenção e/ou recuperação do peso corporal, melhora dos desfechos clínicos, redução de complicações e promoção da qualidade de vida. A intervenção nutricional deve ser iniciada o mais precocemente possível, preferencialmente no momento do diagnóstico de câncer, como forma de evitar a deterioração do estado nutricional e os impactos negativos que isso gera no tratamento (OLIVEIRA, 2015).	
	A desnutrição é uma condição frequente em pacientes oncológicos, resultante tanto dos efeitos da própria doença quanto das toxicidades associadas aos tratamentos, além da redução da ingestão alimentar. Estudos apontam que até 20% das mortes em pacientes com câncer decorrem diretamente da desnutrição e não da progressão do tumor (LI ET AL., 2018). A prevalência de desnutrição em pacientes oncológicos varia em média entre 20% e 70%, dependendo do tipo e estágio da doença, sendo de 45% especificamente nos casos de câncer de colo de útero (HÉBUTERNE ET AL., 2014).	
	Os sintomas como anorexia, náuseas, vômitos, dor e alterações gastrointestinais são frequentes e impactam significativamente na ingestão alimentar. Paralelamente, o microambiente tumoral e os processos inflamatórios associados promovem desordens metabólicas importantes, como aumento da taxa metabólica basal, resistência à insulina, lipólise e proteólise, levando à perda de peso e de massa muscular.	
	Esse quadro é agravado pela inflamação sistêmica crônica, que gera um estado catabólico, aumentando as demandas energéticas do organismo e dificultando a síntese de proteínas musculares, fenômeno conhecido como resistência anabólica. Esse desequilíbrio entre maior demanda metabólica e menor ingestão alimentar resulta em deterioração progressiva do estado nutricional (ARENDS ET AL., 2017; LI ET AL., 2018).	
	As principais complicações nutricionais incluem caquexia e sarcopenia, condições que comprometem o desempenho físico, aumentam a toxicidade dos tratamentos, reduzem a resposta terapêutica, pioram a qualidade de vida e diminuem a sobrevida (INCA, 2015; ARENDS ET AL., 2017). A caquexia, síndrome caracterizada pela perda involuntária e progressiva de peso e massa muscular, acomete cerca de 50% dos pacientes oncológicos (KERN; NORTON, 1988), sendo associada à anorexia, atrofia muscular, fadiga, anemia e hipo albuminemia, fatores que comprometem gravemente os resultados terapêuticos (INCA, 2015).	
	Diante desse contexto, torna-se imprescindível a adoção de Protocolos de Assistência Nutricional, padronizando as práticas de avaliação, intervenção e monitoramento dos pacientes com câncer de colo de útero. O objetivo é garantir que o cuidado nutricional esteja integrado a todas as etapas do tratamento oncológico, desde o diagnóstico até o seguimento ambulatorial, hospitalar e domiciliar, permitindo intervenções precoces e contínuas, baseadas em evidências, que contribuam diretamente para melhores desfechos clínicos e operacionais.	
	O Protocolo de Assistência Nutricional deve contemplar: ☐ Triagem Nutricional precoce, para identificar risco nutricional;	
	☐ Avaliação Nutricional Subjetiva e Objetiva, incluindo parâmetros antropométricos, bioquímicos, composição corporal, força muscular e funcionalidade; ☐ Monitoramento da ingestão alimentar e qualidade de vida; ☐ da conduta nutricional com suporte oral, enteral ou parenteral, de acordo com a necessidade clínica, respeitando todas as fases do tratamento (hospitalar, ambulatorial e domiciliar).	
	O protocolo deve considerar as diretrizes propostas pela ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism), que preconiza três passos fundamentais no manejo nutricional do paciente oncológico (ARENDS ET AL., 2017): ☐ Rastrear todos os pacientes para risco nutricional no início do tratamento, independentemente do índice de massa corporal (IMC) ou perda de peso anterior;	
	☐ Expandir a avaliação nutricional, incluindo além dos dados tradicionais, marcadores inflamatórios, avaliação da composição corporal, gasto energético e função física; ☐ Adotar intervenções nutricionais multimodais, com planos personalizados, visando não apenas o aumento da ingestão calórica, mas também a modulação da inflamação, controle do estresse metabólico e promoção da atividade física.	



	A ferramenta recomendada para avaliação inicial é a Triagem de Risco Nutricional 2002 (TRN-2002), que orienta intervenções específicas conforme o escore obtido. Pacientes com escore ≥ 3 devem iniciar terapia nutricional especializada, inclusive no pré-operatório. Mesmo aqueles sem risco, mas submetidos a cirurgias de grande porte, devem receber intervenção nutricional prévia (INCA, 2015). Cabe ao nutricionista realizar a avaliação nutricional e definir o plano terapêutico nutricional, que deve constar do Plano de Cuidado Individualizado:	
	☐ Ambulatorial: o Avaliação nutricional e orientação sobre a dieta oral e acompanhamento nutricional - pacientes sem risco devem ser reavaliados em até 30 dias; o Avaliação nutricional e orientação sobre a dieta oral e acompanhamento nutricional - pacientes com risco devem ser reavaliados em até 15 dias. ☐ Internação: o A pré habilitação cirúrgica deve ser realizada quando indicada;	
	o A avaliação inicial deve ser realizada entre 24 e 48 horas da admissão hospitalar, podendo ser utilizadas as ferramentas Triagem de Risco Nutricional 2002 (TRN-2002), Avaliação Subjetiva Global (ASG) e Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP), entre outras; o A reavaliação nutricional deve ser realizada, no mínimo, a cada sete dias durante o período de internação; o No pós-operatório, é obrigatória a continuidade do acompanhamento nutricional no ambulatório, com foco na reabilitação e na prevenção de complicações, evitando reinternações.	
	☐ Atenção Domiciliar: o Orientação sobre a dieta oral, enteral ou parenteral; o Definição do plano terapêutico, considerando o quadro clínico, nutricional e socioeconômico, além de avaliar as possíveis sequelas cirúrgicas e comorbidades. O planejamento da Assistência Nutricional, bem como sua evolução, deve ser discutido com a equipe multiprofissional e registrado em prontuário.	
	Para atendimento a esse item, a operadora deve adotar protocolo formalmente pactuado com os serviços de atenção oncológica, abrangendo toda a linha de cuidado para pacientes com câncer de colo de útero. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá: ☐ Realizar verificação documental da existência de protocolo nutricional específico no Plano Estruturado da Operadora;	
	☐ Verificar de forma amostral, contratos ou documentos similares entre a operadora e os serviços de atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero; ☐ Verificar a realização da assistência nutricional por meio de sistemas de informação assistenciais e operacionais, como sistema de faturamento de contas médicas; ☐ Realizar visitas presenciais ou virtuais aos serviços de atenção oncológica vinculados à linha de cuidado do câncer de colo de útero.	
3.5.4	A operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e Hospitalares, indicados para compor a Linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero, a adoção de um protocolo clínico de pré-habilitação cirúrgica multiprofissional Interpretação:	Essencial
	A pré-habilitação cirúrgica oncológica consiste em um conjunto de intervenções realizadas antes do procedimento cirúrgico, com abordagem integral e multiprofissional, que visa otimizar o estado funcional do paciente, reduzir complicações intra e pós-operatórias, acelerar a recuperação e melhorar os desfechos clínicos (INCA, 2024; CARLI; SCHEEDE-BERGDAHL, 2015).	
	Essa preparação deve ser personalizada, conforme as necessidades clínicas identificadas pelo médico assistente, e articulada entre diferentes profissionais, podendo incluir médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e profissionais de educação física. O programa é estruturado com base em princípios fundamentais (INCA, 2024), entre os quais destacam-se: ☐ Ação multiprofissional como pilar do programa; ☐ Estímulo à adoção de hábitos saudáveis, como cessação do tabagismo e etilismo, além da correção de padrões alimentares inadequados;	
	☐ Avaliação nutricional detalhada; ☐ Melhora da capacidade funcional por meio de exercícios físicos planejados, com foco na aptidão cardiorrespiratória, força muscular, resistência e mobilidade; ☐ Controle glicêmico rigoroso, especialmente em pacientes diabéticos, visando à redução dos riscos anestésicos e complicações pós-operatórias; ☐ Suporte psicológico, com ênfase no acompanhamento emocional, redução da ansiedade e depressão, e promoção da adesão ao tratamento; e	



	☐ Estratificação de risco para pessoas idosas, com a utilização de instrumentos atualizados e registro da ferramenta aplicada, além de orientações específicas a cuidadores e familiares, assegurando o planejamento de um cuidado individualizado. A literatura reforça a importância dessas medidas, sobretudo em pacientes idosos ou fragilizados, mais suscetíveis a complicações perioperatórias. Evidências apontam que o comprometimento do estado nutricional, emocional e da funcionalidade física está diretamente associado a piores desfechos clínicos (SANTA MINA ET AL., 2014; KORTEBEIN ET AL., 2008; DRONKERS ET AL., 2013).	
	Para atender a este item, a operadora deverá: ☐ Pactuar formalmente com a rede prestadora de serviço a adoção de um protocolo clínico de pré-habilitação cirúrgica multiprofissional, baseado em evidências científicas; e	
	☐ Incluir a pré-habilitação cirúrgica no plano estruturado da Linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá solicitar os seguintes documentos e registros: ☐ Protocolo clínico referente a pré-habilitação cirúrgica oncológica multiprofissional baseado em evidência científica, descrito na Linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero e previsto no plano estruturado da operadora (item 1.1.1);	
	☐ Pactuação formal do Protocolo clínico referente a pré-habilitação cirúrgica oncológica multiprofissional entre operadora e prestadores de serviços, registrada por meio de contrato, aditivo contratual ou instrumento equivalente; ☐ Registro da data de solicitação do procedimento cirúrgico pelo médico assistente e da data de realização dos procedimentos de pré -habilitação, com documentação que comprove os prazos de autorização e de execução; ☐ Evidência da execução dos serviços, por meio de sistemas de contas médicas, faturas ou outro mecanismo de cobrança assistencial.	
3.5.5	Os Serviços de Atenção Oncológica participantes desta Linha de Cuidado utilizam protocolo clínico baseado em evidências científicas para o tratamento local do câncer de colo de útero. Interpretação:	Essencial
	A operadora deve pactuar com os serviços de atenção oncológica integrantes da Linha de Cuidado para o Câncer de Colo de Útero a adoção de protocolo clínico atualizado, fundamentado em evidências científicas, que oriente a condução do tratamento local da doença. O câncer de colo de útero é a neoplasia ginecológica maligna mais frequente em mulheres em idade reprodutiva, sendo seu tratamento dividido em (INCA, 2021):	
	☐ Tratamento local: cirurgia e radioterapia; ☐ Tratamento sistêmico: quimioterapia e imunoterapia. A definição do tratamento local do câncer de colo de útero é de responsabilidade e prerrogativa do médico assistente e deve ser realizada com base na avaliação da condição clínica da paciente e de acordo protocolo clínico pactuado entre a operadora e os serviços de atenção oncológica. A indicação terapêutica deve considerar um conjunto de fatores clínicos, biológicos e pessoais, incluindo:	
	☐ Estadiamento da doença; ☐ Características histopatológicas e moleculares do tumor; ☐ Risco estimado de recidiva; ☐ Idade da paciente; ☐ Presença de comorbidades;	
	☐ Estado nutricional; ☐ Status da menopausa; e ☐ Desejo de preservação da fertilidade. O protocolo clínico pactuado deve apresentar critérios objetivos e atualizados para orientar essas decisões, assegurando que a conduta adotada seja adequada ao perfil individual da paciente e embasada nas melhores evidências científicas disponíveis.	
	O tratamento local deve ser iniciado no menor tempo possível após a definição diagnóstica, já que o prognóstico está diretamente relacionado ao estágio da doença e à precocidade da intervenção. Atrasos podem comprometer significativamente os desfechos clínicos. ☐ Nos estádios iniciais do câncer, os tratamentos cirúrgicos conservadores, como a conização ou traquelectomia radical com linfadenectomia por via laparoscópica, podem ser considerados.	
	☐ Para lesões invasivas pequenas, menores do que 2 cm, devem ser consideradas as cirurgias mais conservadoras, evitando-se assim as complicações e morbididades provocadas por cirurgias mais radicais. ☐ Para os tumores volumosos e estádios mais avançados, pode-se considerar o tratamento combinado de radioterapia com quimioterapia, e posterior braquiterapia.	



	Além disso, deve-se considerar a realização de avaliação nutricional pré-operatória, sendo indicada, quando necessário, a pré-habilitação cirúrgica com abordagem multiprofissional, de acordo com a condição clínica da paciente. O apoio psicossocial também deve ser assegurado como parte integrante da preparação para o tratamento. A pactuação entre a operadora e os serviços de atenção oncológica deve ser formalizada por contrato, aditivo contratual ou documento equivalente, aplicável a toda a rede envolvida (própria, contratada ou referenciada).	
	O documento pactuado deve conter as referências científicas utilizadas na construção do protocolo e ser revisado periodicamente, sempre que houver atualizações nas diretrizes clínicas nacionais ou internacionais. Para pontuação neste item, a operadora deve: ☐ Pactuar com sua rede de atenção oncológica protocolo clínico atualizado e baseado em evidências científicas para o tratamento local do câncer de colo de útero;	
	☐ Garantir que essa pactuação esteja formalmente registrada em contrato, aditivo ou documento equivalente; ☐ Prever a atualização do protocolo sempre que houver mudanças nas recomendações clínicas. Forma de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar:	
	☐ Existência do protocolo clínico pactuado no capítulo específico do Plano Estruturado da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero; ☐ Contratos, aditivos ou documentos similares firmados entre a operadora e os serviços da rede oncológica, contendo a pactuação do protocolo; ☐ Evidência, nos sistemas da operadora, da realização de cirurgia e/ou radioterapia nos serviços indicados pela operadora; ☐ Registros que demonstrem a data da solicitação e a data de início do tratamento, com o prazo de liberação do procedimento; ☐ Relatórios de contas médicas ou faturas contendo a cobertura do tratamento local nos serviços participantes da Linha de Cuidado.	

3.5.6	A operadora deve pactuar como os Serviços de Atenção Oncológica participantes da Linha de Cuidado para o Câncer de Colo de Útero a adoção de protocolo clínico atualizado, baseado em evidências científicas, para a condução do tratamento sistêmico. Interpretação:	Essencial
	A operadora deve pactuar com os serviços da rede de atenção oncológica a adoção de protocolo clínico que oriente o tratamento sistêmico do câncer de colo de útero.	
	O câncer de colo de útero é uma neoplasia maligna potencialmente prevenível e geralmente tratável em estágios iniciais, por meio de rastreamento adequado, diagnóstico precoce e tratamento oportuno. É uma das neoplasias ginecológicas mais incidentes em mulheres em idade reprodutiva e seu tratamento pode incluir abordagens locais ou sistêmicas, conforme o estágio da doença. De acordo com o INCA (2022), as indicações terapêuticas se organizam da seguinte forma: ☐ Estádios iniciais: tratamento cirúrgico;	
	☐ Tumores localmente avançados: radioterapia com quimioterapia concomitante; ☐ Doença metastática ou recorrente: quimioterapia, com possibilidade de associação à imunoterapia. O tratamento sistêmico deve constar no Plano de Cuidado Individualizado da paciente e ser realizado em tempo oportuno, sempre que indicado pelo médico assistente. A quimioterapia é utilizada como adjuvante ao tratamento local para melhorar os desfechos clínicos e, nos casos avançados, como abordagem paliativa.	
	A imunoterapia também pode ser considerada em situações específicas, de acordo com critérios clínicos e laboratoriais definidos no protocolo pactuado. A decisão terapêutica é de responsabilidade do médico assistente e deve estar em conformidade com o protocolo clínico pactuado com a operadora, considerando:	
	☐ Estadiamento da doença; ☐ Características histopatológicas e moleculares do tumor; ☐ Risco de progressão ou recidiva; ☐ Idade e condição funcional da paciente; ☐ Presença de comorbidades;	
	☐ Estado nutricional; ☐ Status da menopausa; ☐ Objetivos terapêuticos (curativo, adjuvante, paliativo). O protocolo clínico pactuado deve apresentar critérios objetivos, atualizados e embasados em evidências científicas, que orientem a conduta assistencial conforme o perfil clínico de cada paciente.	



	Além do tratamento medicamentoso, o protocolo deve incluir diretrizes para: ☐ Avaliação prévia da tolerância clínica e risco de toxicidade; ☐ Indicação de suporte nutricional, farmacológico e multiprofissional; ☐ Inserção de cuidados paliativos, quando aplicável;	
	☐ Apoio psicossocial durante o tratamento. O protocolo pactuado deve conter as referências científicas utilizadas, com previsão de atualizações periódicas, sempre que houver novas recomendações baseadas em evidências. Para pontuação neste item, a operadora deve:	
	☐ Pactuar com sua rede de atenção oncológica protocolo clínico atualizado e baseado em evidências científicas para o tratamento sistêmico do câncer de colo de útero incluindo as referências científicas que o fundamentam; ☐ A pactuação deve ser formalmente registrada em contrato, aditivo ou documento equivalente e deve abranger toda a rede assistencial (própria, contratada ou referenciada); ☐ Pactuar a atualização do protocolo clínico sempre que houver mudanças nas diretrizes clínicas.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ Existência do protocolo clínico pactuado no capítulo específico do Plano Estruturado da Linha de Cuidado para o Câncer de Colo de Útero; ☐ Contratos, aditivos ou documentos similares firmados entre a operadora e os serviços da rede oncológica, contendo a pactuação do protocolo sistêmico;	
	☐ Inclusão do tratamento sistêmico (quimioterapia e/ou imunoterapia) no Plano de Cuidado Individualizado das pacientes; ☐ Registros nos sistemas da operadora que demonstrem a realização do tratamento sistêmico pelos serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado; ☐ Datas de solicitação e de início do tratamento, demonstrando o cumprimento do prazo de liberação; ☐ Relatórios de contas médicas ou faturas que evidenciem a cobertura do tratamento sistêmico pelos serviços vinculados à Linha de Cuidado.	
3.5.7	A operadora deve pactuar com Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado o acompanhamento pós-tratamento do câncer de colo de útero. Interpretação:	Essencial
	O acompanhamento clínico das pacientes no período pós-tratamento deve ser realizado de forma estruturada, contínua e individualizada, conforme protocolo clínico baseado em evidências científicas pactuado entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial.	
	A forma do seguimento é responsabilidade do médico assistente, devendo ser definida com base nas condições clínicas da paciente, tipo e extensão da doença, tratamento realizado e demais fatores relevantes. A conduta deve estar alinhada ao protocolo pactuado, respeitando as particularidades de cada caso. O protocolo clínico deve orientar:	
	☐ A frequência das consultas de seguimento; ☐ A indicação individualizada de exames complementares; ☐ As estratégias para detecção precoce de recidivas ou complicações; ☐ A promoção de hábitos de vida saudáveis. Segundo o INCA (2024), recomenda-se:	
	☐ Do 1º ao 2º ano: consultas a cada 3 ou 4 meses; ☐ Do 3º ao 5º ano: consultas semestrais; ☐ A partir do 6º ano: consultas anuais. Complementarmente, o acompanhamento deve promover a adoção de práticas de autocuidado, como: ☐ Alimentação saudável e adequada;	
	☐ Atividade física regular; ☐ Apoio à saúde mental; ☐ Cessação do tabagismo, quando necessário. A solicitação de exames deve ser fundamentada em critérios clínicos e sintomas apresentados, evitando condutas automáticas ou desvinculadas do quadro da paciente.	
	É essencial que os protocolos sejam atualizados periodicamente à luz de novas evidências científicas e diretrizes assistenciais nacionais ou internacionais. Para pontuar neste item, a operadora deve: ☐ Pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial protocolo clínico atualizado para o acompanhamento pós-tratamento do câncer de colo de útero;	



	☐ Garantir que a pactuação esteja formalizada por contrato, aditivo contratual ou documento equivalente, aplicável à rede própria, contratada, credenciada ou referenciada; ☐ Prever a atualização do protocolo sempre que houver mudanças nas recomendações clínicas. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar:	
	☐ A inclusão do protocolo de acompanhamento no Plano Estruturado da Linha de Cuidado para o Câncer de Colo de Útero; ☐ Documentos contratuais ou similares que comprovem a pactuação com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial; ☐ Registros nos sistemas da operadora demonstrando a realização do seguimento clínico; ☐ Faturas e relatórios de contas médicas que evidenciem a cobertura do acompanhamento pelas unidades ambulatoriais participantes da Linha de Cuidado.	
3.5.8	A operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado a oferta de grupos de apoio psicossocial para pacientes com câncer de colo de útero. Interpretação:	Complementar
	Os grupos de apoio psicossocial constituem estratégia complementar e relevante no cuidado integral das pacientes oncológicas, com impacto positivo sobre a qualidade de vida, adesão ao tratamento e promoção do autocuidado (MENEZES; AVELINO, 2016; VINCHA, SANTOS; CERVATO-MANCUSO, 2017). A participação nesses espaços deve ser voluntária e respeitar a condição clínica e emocional da paciente, sendo conduzida com base em metodologias reconhecidas e por profissional de saúde capacitado.	
	A operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial que compõem esta Linha de Cuidado a oferta de grupos de apoio psicossocial voltados especificamente às pacientes com câncer de colo de útero, utilizando abordagens estruturadas e fundamentadas na literatura científica.	
	As modalidades de grupos podem incluir, dentre outros: ☐ Grupos operativos, que favorecem a escuta ativa, o compartilhamento de experiências e a construção coletiva de estratégias de enfrentamento (BLEGER, 1979/2003; PICHON-RIVIÈRE, 1983/2000; CASTANHO, 2017); ☐ Rodas de conversa, que promovem um espaço dinâmico e participativo para expressão emocional, troca de saberes e apoio mútuo (VINCHA, SANTOS; CERVATO-MANCUSO, 2017);	
	☐ Grupos de orientação nutricional e práticas educativas em saúde, voltadas à promoção de hábitos saudáveis e ao autocuidado; ☐ Grupos virtuais ou híbridos, com uso de tecnologias digitais para educação em saúde, como vídeos, fóruns, plataformas de encontros e conteúdos interativos (MENEZES; AVELINO, 2016). Essas ações devem possibilitar: ☐ Escuta qualificada das necessidades das pacientes;	
	☐ Compartilhamento de vivências e fortalecimento de vínculos; ☐ Promoção da saúde mental e do bem-estar; ☐ Estímulo à adoção de comportamentos saudáveis. Independentemente da abordagem metodológica, os grupos devem: ☐ Ser conduzidos por profissional capacitado e familiarizado com a técnica utilizada;	
	☐ Estar alinhados ao protocolo assistencial e com o plano de cuidado da paciente; ☐ Contar com infraestrutura, planejamento, objetivos definidos e mecanismos de avaliação. A realização pode ocorrer de forma presencial, remota ou híbrida, desde que respeitados os princípios de qualidade, acessibilidade, acolhimento e segurança. Para pontuar neste item, a operadora deve:	
	☐ Pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial a oferta de grupos de apoio psicossocial destinados às pacientes com câncer de colo de útero; ☐ Pactuar que os grupos sejam conduzidos por profissionais capacitados, com base em metodologias reconhecidas na literatura; ☐ Especificar a oferta e a cobertura formalmente em contrato, aditivo contratual ou documento equivalente, válido para rede própria, contratada ou referenciada.	



	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ A inclusão da oferta de grupos de apoio psicossocial no capítulo específico do Plano Estruturado da Linha de Cuidado para o Câncer de Colo de Útero (item 1.1.1);	
	☐ Contratos, aditivos ou documentos equivalentes firmados entre a operadora e os serviços ambulatoriais, contendo a pactuação da oferta e cobertura dos grupos; ☐ Registros administrativos ou assistenciais sobre a realização de atividades presenciais ou remotas; ☐ Faturas, relatórios ou visitas amostrais que evidenciem a efetiva execução e cobertura dos grupos de apoio nos serviços participantes da Linha de Cuidado.	
3.5.9	A operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado a oferta de terapias baseadas nas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) para pacientes com câncer de colo de útero. Interpretação:	Excelência
	As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), reconhecidas no contexto das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) pela OMS, são abordagens terapêuticas que buscam promover a saúde, prevenir agravos e apoiar a recuperação, por meio de recursos que consideram a integralidade do cuidado, a escuta acolhedora e o fortalecimento de vínculos (BRASIL, 2024; D'ALESSANDRO et al., 2023).	
	O SUS incorporou essas práticas à sua estrutura a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), lançada pelo MS em 2006 e atualizada em 2015, alinhando-se às diretrizes da OMS e das Conferências Nacionais de Saúde (BRASIL, 2015). No contexto oncológico, a Oncologia Integrativa é definida como um campo de cuidado centrado no paciente, baseado em evidências, que utiliza práticas corporais e mentais, produtos naturais e modificações de estilo de vida em conjunto com os tratamentos convencionais, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e os desfechos clínicos (WITT et al., 2017).	
	De acordo com o Comitê de Oncologia Integrativa do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIn), com apoio do INCA e da OPAS, essas práticas contribuem significativamente para a humanização do cuidado oncológico, oferecendo suporte físico, emocional e social às pacientes com câncer de colo de útero. Entre as práticas reconhecidas e com aplicabilidade em oncologia, destacam-se: ☐ Aromaterapia;	
	☐ Musicoterapia; ☐ Arteterapia; ☐ Meditação; ☐ Yoga; ☐ Acupuntura;	
	☐ Reiki; ☐ Fitoterapia. (GARCIA; RODRIGUES, 2021) Essas terapias podem ser ofertadas de forma presencial, remota ou híbrida, quando couber, desde que conduzidas por profissional de saúde capacitado e devidamente alinhadas ao Plano de Cuidado Individualizado da paciente.	
	Os benefícios atribuídos às MTCI incluem: ☐ Redução de estresse e sintomas crônicos; ☐ Melhoria da qualidade de vida; ☐ Promoção do equilíbrio físico, emocional e mental;	
	☐ Apoio ao sistema imunológico; ☐ Estímulo à autonomia e ao autocuidado (BRASIL, 2024). Para pontuar neste item, a operadora deve: ☐ Pactuar com os Serviços Ambulatoriais de Atenção Oncológica a oferta e cobertura de práticas baseadas nas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) para pacientes com câncer de colo de útero;	
	☐ Garantir que as práticas sejam conduzidas por profissionais capacitados e com métodos reconhecidos; ☐ Formalizar essa pactuação por contrato, aditivo contratual ou documento equivalente, aplicável à rede própria, contratada ou referenciada; ☐ Pactuar a atualização periódica das práticas ofertadas, conforme diretrizes científicas e políticas nacionais de saúde. Formas de Verificação de Evidências:	



	A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ A previsão da oferta de MTCl no Plano Estruturado da Linha de Cuidado para o Câncer de Colo de Útero (item 1.1.1); ☐ Contratos, aditivos ou documentos similares que comprovem a pactuação entre a operadora e os serviços ambulatoriais para oferta de MTCl; ☐ Evidências de realização e remuneração das práticas, como contas médicas, faturas, recibos ou notas fiscais; ☐ Visitas amostrais (presenciais ou remotas) que confirmem a realização das práticas MTCl nos serviços participantes da Linha de Cuidado.	
3.5.10	A operadora deve monitorar o tempo entre a confirmação do diagnóstico de câncer de colo de útero e o início do tratamento local, assegurando que esse período não exceda, em média, 30 (trinta) dias corridos. Interpretação:	Excelência
	A definição do tratamento local para o câncer de colo de útero é prerrogativa do médico assistente e deve ser realizada de forma oportuna, com início o mais breve possível após a confirmação diagnóstica. A decisão do tratamento deve ser pautada na condição clínica da paciente, o protocolo pactuado, baseado em evidências e as preferências da paciente, em um modelo humanizado.	
	A operadora é responsável por autorizar os procedimentos necessários e garantir acesso tempestivo aos serviços assistenciais, evitando atrasos que comprometam a continuidade do cuidado. O tempo oportuno é aquele em que a intervenção apresenta maior efetividade clínica e benefícios para a paciente (PROADESS, 2011; JCAHO apud PROADESS, 2011). O início precoce do tratamento está associado a melhores desfechos clínicos e maior probabilidade de cura, especialmente em estágios iniciais (INCA, 2013).	
	No contexto do SUS, a Portaria MS/GM nº 1.220/2014 determina o prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento oncológico após a confirmação diagnóstica. Entretanto, para fins desta certificação, recomenda-se que a operadora mantenha o tempo médio entre o laudo anatomopatológico e o início do tratamento local inferior a 30 dias corridos, conforme boas práticas assistenciais (BRASIL, 2022; INCA, 2013).	
	As variações do tempo para o início do tratamento local são decorrentes de fatores clínicos como estadiamento, características tumorais, idade da paciente, status menopausal e comorbidades. O planejamento adequado do fluxo assistencial e a priorização de casos oncológicos, por meio do modelo de Fluxo Rápido ("Fast Track"), conforme item 1.1.8, são estratégias recomendadas para assegurar para assegurar o resultado desejável desse monitoramento.	
	Adicionalmente, é imprescindível destacar que a operadora deve cumprir integralmente o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, bem como os prazos máximos de atendimento definidos na Resolução Normativa nº 566/2022, que regulamenta o tempo máximo para a realização dos serviços ou procedimentos autorizados após solicitação médica.	
	A RN nº 566/2022 trata especificamente dos prazos máximos de atendimento a partir da solicitação formal do procedimento ou do evento em saúde, entretanto, este item de verificação tem por objetivo avaliar o tempo total do ciclo do cuidado, que se inicia na data do laudo histopatológico com a confirmação diagnóstica e termina no início efetivo do tratamento local (cirurgia ou radioterapia). Este prazo não se confunde com os prazos estabelecidos na Resolução Normativa nº 566/2022. Para pontuar neste item, a operadora deve:	
	☐ Monitorar o macro indicador "Tempo entre a confirmação diagnóstica de câncer e o início do tratamento"; ☐ Assegurar que o tempo médio anual entre o diagnóstico anatomopatológico de câncer de colo de útero e o início do tratamento local não ultrapasse 30 dias corridos; ☐ Garantir o cumprimento dos prazos máximos definidos pela RN nº 566/2022 e dos procedimentos constantes no Rol da ANS, sem prejuízo às diretrizes de tempo oportuno previstas nesta certificação;	
	☐ Implementar estratégias para autorizações e fluxos assistenciais ágeis, garantindo a efetivação do tratamento conforme indicado pelo médico assistente; ☐ Utilizar a fórmula de cálculo definida na ficha técnica do macro indicador, descrita no Capítulo 12 deste Manual. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar:	



	☐ A previsão no Plano Estruturado da Linha de Cuidado para o Câncer de Colo de Utero (item 1.1.1), quanto ao monitoramento do tempo entre diagnóstico e início do tratamento; ☐ O resultado do macro indicador, demonstrando que o tempo médio anual entre a confirmação do diagnóstico e o início do tratamento local não ultrapassa 30 dias; ☐ Relatórios operacionais, sistemas de controle, <i>dashboards</i> ou planilhas que documentem o acompanhamento do tempo do ciclo de cuidado.	

Referências Requisito 3.5:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Projeto OncoRede.: A (re)organização da rede de Atenção Oncológica na saúde suplementar**. 2016 Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2023

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Resolução Normativa (RN) nº 566, de 29 de dezembro de 2022**, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Disponível em:< <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDMOMQ==>>. Acesso em: 07 out. 2024

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **Radiation Therapy for Cervical Cancer**. 2021. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/treating/radiation.html>>. Acesso em: 13 dez. 2022.

ARENDS, J. ET AL. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. **Clin. Nutr.** 36, 1187-1196 (2017).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 3, de 7 de março de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. 2024. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html>. Acesso em 04 jun. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.348, de 2 de junho de 2022**. Dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1348_03_06_2022.html. Acesso em 08 dez. 2023.

BRASPEN - SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; SBOC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. **Diretrizes para terapia nutricional em oncologia**. São Paulo: BRASPEN/SBOC, 2021.

CARLI, F.; SCHEEDE-BERGDAHL, C. Prehabilitation to enhance perioperative care. **Anesthesiology Clinics**, 33(1): 17-33, 2015.

DRONKERS, J. J. et al. The association of pre-operative physical fitness and physical activity with outcome after scheduled major abdominal surgery. **Anaesthesia**, 68(1): 67-73, 2013.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Rastreo, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero**. - São Paulo, 2017. Disponível: <<https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/05Z-ZDIAGNOYSTICOZRASTREIOZEZTRATAMENTOZOZDOZCAyNCERZDEZCOLOZDEZUyTERO.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2024

HÉBUTERNE, X. et al. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. **JPEN J. Parenter. Enteral Nutr.** 38, 196-204 (2014).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Consenso nacional de nutrição oncológica**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 182p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Prazo para a saúde. O desafio de atender a paciente oncológico no tempo oportuno**. 2013. Disponível em:<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media_root/rrc-23-capa-a-reducao-da-espera.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Deteção Precoce do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em:<<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoc-do-cancer>>. Acesso em: 12 dez. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Informe Técnico nº 442 - Pré-habilitação: preparo pré-operatório para cirurgia oncológica**. Rio de Janeiro: INCA, 2024a.

KERN, K. A.; NORTON, J. A. Cancer cachexia. **JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition**, Thorofare, v. 12, n. 3, p. 286-298, may/jul. 1988.

KORTEBEIN, P. ET AL. Outcomes of inpatient rehabilitation for older adults with debility. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, 87(2): 118-125, 2008.

KOH, W.J. et al. NCCN GUIDELINES®: Cervical Cancer, Version 3.2019. **Journal of the National Comprehensive Cancer Networ** k, v. 17, n. 1, p. 64-84, 2019. Disponível em: <<https://jnccn.org/view/journals/jnccn/17/1/article-p64.xml>>. Acesso em 14 dez. 2022.

LI, Z., CHEN, W., LI, H., ZHAO, B., & CHINESE ONCOLOGY NUTRITION SURVEY GROUP. Nutrition support in hospitalized cancer patients with malnutrition in China. **Asia Pac. J. Clin. Nutr.** 27, 1216-1224 (2018).

LIONTOS, M. ET AL. Systemic therapy in cervical cancer: 30 years in review, **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, v. 137, p. 9-17, 2019. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1040842818303408>>. Acesso em: 13 dez. 2022.



MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde , 2011. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em 12 jun. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE(MS). **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. : il. Disponível em:< <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

MORAES, EN. **Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde** [livro eletrônico] : aplicações do IVCF-20 e do ICOPE - Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa / Edgar Nunes de Moraes, Priscila R. Rabelo Lopes. - Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2023. 110 p. : il. Disponível em: <<file:///E:/ans%20docs%20importantes/Manual-de-Avaliacao-Multidimensional-da-Pessoa-Idosa-para-a-Atencao-Primaria-a-Saude.-Aplicacoes-do-IVCF-20-e-do-ICOPE-1.pdf>>. Acesso em 09 jun. 2025.

SANTA MINA, D. et al. The effect of meeting physical activity guidelines for cancer survivors on quality of life following radical prostatectomy. **Journal of Cancer Survivorshi** p, 8(2): 190-198, 2014.

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (SECTICS). Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico**. Relatório de Recomendação Protocolos e Diretrizes (Preliminar). Brasília, DF, 2024. Disponível em: < Relatório preliminar - Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico >. Acesso em: 15 mai. 2025.

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (SECTICS). Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC. Relatório de Recomendação Produto. **Testagem Molecular para Detecção de HPV e rastreamento do câncer do colo do útero** (Preliminar). Brasília, DF, 2023. Disponível em < [relatorio_cp_testagem-molecular-deteccao-hpv_65_2023.pdf](relatorio_cp_testagem-molecular-deteccao-hpv_65_2023.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2025.

SERKIES, K.; JASSEM, J. Systemic therapy for cervical carcinoma - current status. **Chinese Journal of Cancer Research**, v. 30, n. 2, p.209-221, 2018. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5953957/>> . Acesso em: 13 dez. 2022.

THE CANCER ATLAS. **Management & treatment** . 2019, Disponível em: < <https://canceratlas.cancer.org/taking-action/management-and-treatment/>>. Acesso em; 03 ago. 2021.

3.6 Atenção Domiciliar - Linha de Cuidado Câncer de Colo de Útero

Requisito que avalia a disponibilização da atenção domiciliar, incluindo seus três níveis, para os pacientes com Câncer de Colo de Útero.

3.6.1	A operadora deve estabelecer pactuação com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e/ou Hospitalar quanto à adoção de fluxos e protocolos clínicos específicos para a indicação da Atenção Domiciliar em pacientes com câncer de colo do útero. Interpretação	Essencial
	A Atenção Domiciliar representa uma estratégia fundamental no cuidado oncológico, por permitir a continuidade da assistência terapêutica, a promoção da qualidade de vida e o acolhimento humanizado no ambiente domiciliar. Sua implementação é especialmente relevante para pacientes com câncer de colo do útero, diante das intercorrências clínicas frequentes, sintomas incapacitantes e necessidades prolongadas de suporte clínico, funcional e psicossocial, tanto em fases curativas quanto paliativas.	
	Essa modalidade de cuidado está respaldada por diretrizes nacionais, como a Portaria GM/MS nº 825/2016, que define os níveis de atenção domiciliar no âmbito do SUS, e a Portaria GM/MS nº 3.005/2024, que atualiza o Programa Melhor em Casa. Também se fundamenta na RDC ANVISA nº 11/2006, que regulamenta os serviços de atenção domiciliar no país.	
	Para os fins desta certificação, devem ser contempladas as seguintes modalidades de Atenção Domiciliar: ☐ AD1 - Atenção Domiciliar Básica: voltada para pacientes com baixa complexidade clínica e necessidade de cuidados pontuais e acompanhamento periódico. ☐ AD2 - Atenção Domiciliar Intermediária: indicada para pacientes com complexidade clínica moderada, que demandam cuidados frequentes e suporte multiprofissional contínuo.	
	☐ AD3 - Internação Domiciliar: indicada para pacientes com alta complexidade, cuja condição clínica exige substituição da internação hospitalar. Os fluxos assistenciais e protocolos clínicos pactuados entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica devem abranger essas três modalidades, com a indicação pautada em avaliação criteriosa da equipe multiprofissional. A recomendação para Atenção Domiciliar deve partir do médico assistente, considerando as dimensões clínicas, funcionais e psicossociais da paciente, conforme protocolos previamente pactuados.	



	A seleção da modalidade deve decorrer de avaliação multidimensional da equipe multiprofissional, considerando: ☐ Estabilidade clínica e evolução da doença; ☐ Grau de dependência funcional;	
	☐ Complexidade terapêutica exigida; ☐ Comorbidades e risco de intercorrências; e ☐ Condições sociais, familiares e contextos de vulnerabilidade. A avaliação deve ser apoiada pelo uso de escalas clínicas padronizadas, tais como: ☐ Palliative Performance Scale (PPS);	
	☐ Karnofsky Performance Status (KPS); ☐ Edmonton Frail Scale (EFS); ☐ IVCF-20 - Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional da Pessoa Idosa. A modalidade indicada deve ser formalmente registrada e justificada no Plano de Cuidado Individualizado e devidamente documentada no prontuário da Atenção Domiciliar.	
	Critérios clínicos específicos para indicação de AD em câncer de colo do útero: ☐ Dor pélvica persistente ou intensa, refratária ao manejo ambulatorial; ☐ Sangramentos vaginais persistentes com impacto funcional e risco de anemia; ☐ Fístulas vesico vaginais ou reto-vaginais que exijam cuidados clínicos frequentes; ☐ Incontinência urinária e/ou fecal com necessidade de manejo e cuidados locais;	
	☐ Metástases ósseas, hepáticas ou pulmonares com comprometimento funcional; ☐ Efeitos colaterais graves do tratamento, como proctite actínica, cistite actínica, náuseas intensas, mucosite e desidratação; ☐ Cuidados pós-operatórios de histerectomia radical com necessidade de suporte domiciliar para reabilitação motora e orientação clínica; ☐ Períodos interciclos de radioterapia ou quimioterapia, com suporte clínico domiciliar indicado; ☐ Imunossupressão com risco aumentado de infecções hospitalares;	
	☐ Alta precoce hospitalar, com plano terapêutico definido e possibilidade de continuidade dos cuidados no domicílio. Critérios clínico funcionais e psicossociais adicionais: ☐ Fragilidade clínica, poli patologias e dependência para atividades da vida diária, especialmente em pacientes idosas; ☐ Necessidade de cuidados paliativos com manejo intensivo de sintomas físicos, sofrimento psíquico ou espiritual; ☐ Condições de terminalidade, nas quais o cuidado domiciliar promove conforto, acolhimento, autonomia e suporte ao luto familiar;	
	☐ Barreiras à locomoção (físicas, cognitivas ou emocionais); ☐ Presença de sobrecarga familiar ou ausência de rede de apoio; ☐ Situações de vulnerabilidade psicossocial e necessidade de apoio psicossocial estruturado. A assistência deve ser coordenada por equipe multiprofissional qualificada, assegurando abordagem integral, com suporte clínico, funcional, psicológico e social.	
	Para cumprimento deste item, a operadora deve: ☐ Dispor de fluxos e protocolos clínicos formalizados, com critérios técnicos específicos para a indicação de Atenção Domiciliar em pacientes com câncer de colo do útero; ☐ Pactuar com os serviços da linha de cuidado oncológico o uso de escalas clínicas padronizadas; ☐ Disponibilizar estrutura operacional capaz de ofertar as três modalidades de AD (AD1, AD2 e AD3).	
	Formas de Verificação de Evidências: ☐ Existência de protocolos clínicos pactuados com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e/ou Hospitalar; ☐ Evidência do uso de escalas clínicas padronizadas (PPS, KPS, ESAS, IVCF-20); ☐ Registros em sistemas de faturamento da operadora demonstrando a cobertura de serviços de AD; ☐ Contratos ou documentos equivalentes com os Serviços de Atenção Oncológica e de Atenção Domiciliar.	
3.6.2	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD3) a pacientes com câncer de colo do útero, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Interpretação	Essencial
	A Atenção Domiciliar Tipo 3 (AD3), ou internação domiciliar, representa o nível mais elevado de complexidade assistencial no ambiente domiciliar. Essa modalidade é voltada a pacientes com condições clínicas instáveis, em fase avançada da doença ou em cuidados paliativos intensivos, que demandam acompanhamento clínico frequente, intervenções de alta complexidade e suporte multiprofissional permanente.	



	No contexto do câncer de colo do útero, a AD3 é especialmente indicada para pacientes em estágio avançado da doença, com metástases, dor pélvica intensa, sangramentos vaginais refratários, fístulas urinárias ou intestinais, quadros de obstrução intestinal, fraqueza profunda, comprometimento funcional severo, além de necessidades de suporte clínico intensivo, como analgesia complexa, nutrição parenteral, oxigenoterapia e sedação paliativa. Conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 825/2016, atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, as principais características da AD3 são:	
	☐ Indicação: Pacientes com alta complexidade clínica, que, em condições habituais, requereriam internação hospitalar; ☐ Perfil clínico: Exigem cuidados contínuos, tecnologias assistenciais, acompanhamento multiprofissional intensivo e intervenções clínicas complexas, como: administração de antibióticos e analgésicos por via endovenosa contínua, controle de dor com bomba de infusão, hidratação venosa, oxigenoterapia, cuidados com estomas e fístulas, e suporte em cuidados paliativos avançados; ☐ Objetivo: Substituir a internação hospitalar, garantindo assistência integral, humanizada, segura e centrada na paciente em seu domicílio;	
	☐ Pré-requisitos: Condições domiciliares adequadas e presença de cuidador ou suporte familiar estruturado. A indicação da AD3 deve estar embasada em avaliação multiprofissional integrada e seguir protocolo clínico previamente pactuado, contemplando critérios clínicos, funcionais e psicossociais. É recomendada a utilização de escalas clínicas padronizadas para embasar a tomada de decisão e acompanhar a evolução: ☐ <i>Performance Scale (PPS)</i>;	
	☐ <i>Karnofsky Performance Status</i>; (KPS) ☐ <i>Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)</i>; ☐ <i>IVCF-20</i>- Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional da Pessoa Idosa. A definição da AD3 deve estar claramente documentada, justificada no Plano de Cuidado Individualizado e registrada no Prontuário da Atenção Domiciliar, com reavaliações periódicas considerando a progressão clínica e a adequação do domicílio.	
	Para cumprimento deste item, a operadora deve: ☐ Dispor de protocolo clínico formalizado, com critérios técnicos e funcionais bem definidos para a indicação de AD3 em pacientes com câncer de colo do útero; ☐ Garantir a elaboração e atualização do Plano de Cuidado Individualizado, com base em avaliação multiprofissional qualificada; ☐ Monitorar indicadores assistenciais que avaliem: controle de sintomas, manejo da dor, reinternações evitadas e satisfação da paciente e da família;	
	☐ Firmar contrato ou documento equivalente com os SAD, assegurando a formalização das responsabilidades assistenciais para essa linha de cuidado. Este item visa assegurar qualidade, segurança e integralidade à atenção domiciliar de alta complexidade, promovendo conforto, dignidade e redução de hospitalizações em pacientes com câncer de colo do útero em estágio avançado. Formas de Verificação de Evidências	
	A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ Existência de protocolo clínico pactuado com os SAD para pacientes com câncer de colo do útero; ☐ Presença de equipe multiprofissional qualificada nos SAD envolvidos; ☐ Registros nos sistemas de faturamento ou prontuários, demonstrando o uso de AD3 por pacientes com esta neoplasia; ☐ Relatórios assistenciais com indicadores de desfecho clínico e evidências de cuidados paliativos intensivos ou terminalidade.	
3.6.3	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD2) a pacientes com câncer de colo do útero, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Interpretação	Essencial
	A modalidade AD2 constitui-se como estratégia relevante no cuidado oncológico domiciliar de média complexidade, voltada à continuidade terapêutica, com necessidade de intervenções clínicas frequentes, monitoramento próximo e suporte multiprofissional sistemático. No contexto do câncer de colo do útero, essa modalidade é especialmente indicada para pacientes que apresentam instabilidades clínicas moderadas, efeitos adversos do tratamento, necessidade de curativos ou suporte nutricional e funcional, mas que não requerem internação hospitalar.	
	Conforme as diretrizes da Portaria GM/MS nº 825/2016, atualizadas pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, a Atenção Domiciliar Tipo 2 (AD2) é indicada para atendimento domiciliar de complexidade intermediária ou moderada. ☐ Indicação: Pacientes com complexidade clínica moderada, com necessidade de cuidados frequentes, como administração de medicações por via parenteral, manejo de complicações decorrentes da radioterapia e da quimioterapia, ou reabilitação funcional;	



	☐ Perfil clínico: Pacientes com sintomas persistentes, como dor pélvica moderada, sangramento vaginal, diarreia, náuseas, fístulas ou linfedema de membros inferiores; ☐ Periodicidade: Visitas regulares com acompanhamento por equipe multiprofissional, considerando planos de cuidado individualizados; ☐ Objetivo: Evitar descompensações clínicas e hospitalizações, promovendo cuidado contínuo e suporte integral no domicílio; ☐ Requisitos: Ambiente domiciliar seguro e presença de cuidador ou rede de apoio.	
	A indicação da AD2 deve ser respaldada por protocolo clínico pactuado e decorrente de avaliação multidimensional pela equipe multiprofissional, considerando variáveis clínicas, funcionais e psicossociais da paciente. A utilização de escalas clínicas padronizadas, como o <i>Karnofsky Performance Status</i>, <i>Palliative Performance Scale (PPS)</i>, <i>Edmonton Frail Scale (EFS)</i> e <i>IVCF-20</i>, é recomendada para apoiar a estratificação de risco, o planejamento do cuidado e a definição da frequência de visitas, conforme item 4.6.1 desta certificação.	
	A operadora deve garantir a oferta da modalidade AD2 sempre que houver indicação formal do médico assistente. A justificativa técnica da AD2 deve estar descrita no Plano de Cuidado Individualizado e registrada de forma atualizada no Prontuário da Atenção Domiciliar. A permanência na AD2 deve ser periodicamente reavaliada com base na evolução clínica da paciente, na resposta terapêutica e nas condições do ambiente domiciliar. Para atendimento a este item, a operadora deve:	
	· Dispor de protocolo clínico formalizado, com critérios objetivos e bem definidos para a indicação de AD2 para pacientes com câncer de colo do útero; · Assegurar a elaboração e atualização do Plano de Cuidado Individualizado com base em avaliação da equipe multiprofissional; · Monitorar os resultados assistenciais com indicadores de qualidade, como: controle de sintomas, adesão ao plano terapêutico, reinternações evitáveis e satisfação da paciente e família;	
	· Estabelecer contrato ou instrumento equivalente com os SAD indicados para integrar essa Linha de Cuidado, assegurando a formalização das responsabilidades assistenciais. Este item visa garantir qualidade, segurança e continuidade da assistência domiciliar de média complexidade para pacientes com câncer de colo do útero, assegurando atenção qualificada, tempestiva e baseada em protocolos clínicos padronizados, alinhados às diretrizes nacionais vigentes.	
	Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ A existência de protocolo clínico pactuado com os SAD indicados para esta Linha de Cuidado; ☐ A presença de equipe multiprofissional nos SAD indicados; ☐ Sistemas de faturamento e contas médicas demonstrando a utilização de AD2 para pacientes com câncer de colo do útero.	



3.6.4	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD1) a pacientes com câncer de colo do útero, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar. Interpretação	Excelência
	A modalidade AD1 representa uma estratégia essencial no cuidado oncológico domiciliar, direcionada à continuidade da assistência, ao acolhimento no ambiente familiar e à promoção da qualidade de vida em pacientes clinicamente estáveis. No contexto do câncer de colo do útero, essa modalidade é especialmente indicada para situações de baixa complexidade clínica, que requeiram intervenções pontuais ou acompanhamento periódico, sem necessidade de monitoramento intensivo.	
	Conforme as diretrizes estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 825/2016 e atualizadas pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, a Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1) tem as seguintes características: ☐ Indicação: Pacientes com baixa complexidade clínica.	
	☐ Perfil: Estáveis clinicamente, com necessidade de intervenções pontuais, como curativos em feridas cirúrgicas, controle de sintomas leves decorrentes do tratamento, orientação sobre medicações ou acompanhamento clínico de condição controlada. ☐ Periodicidade: Visitas menos frequentes, conforme plano de cuidado individualizado. ☐ Objetivo: Evitar deslocamentos desnecessários, facilitando a continuidade do cuidado e reduzindo a demanda ambulatorial; manter o acompanhamento no domicílio com segurança.	

	A indicação da AD1 deve estar respaldada por protocolos clínicos estabelecidos e resultar de uma avaliação multiprofissional estruturada, considerando critérios clínicos, funcionais e psicossociais. O uso de escalas clínicas padronizadas, como o Karnofsky Performance Status, Palliative Performance Scale (PPS), Edmonton Frail Scale (EFS) e IVCF-20, pode ser incorporado para apoiar a estratificação de risco e o planejamento do cuidado individualizado, conforme diretrizes do item 4.6.1 desta certificação.	
	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD1) a pacientes com câncer de colo do útero, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar, sempre que houver indicação expressa do médico assistente. A indicação da modalidade AD1 deve estar formalmente descrita e tecnicamente fundamentada no Plano de Cuidado Individualizado e registrada no Prontuário da Atenção Domiciliar. A permanência na modalidade AD1 deve ser reavaliada periodicamente, considerando a evolução do quadro clínico, a funcionalidade da paciente e as demais vulnerabilidades envolvidas.	
	Para cumprir este item, a operadora deve: ☐ Dispor de protocolo clínico formalizado, com critérios objetivos para a indicação da Atenção Domiciliar - AD1 em pacientes com câncer de colo do útero; ☐ Garantir a elaboração e atualização do Plano de Cuidado Individualizado, com base em avaliação multiprofissional;	
	☐ Monitorar os resultados assistenciais por meio de indicadores de qualidade, tais como: controle de sintomas, satisfação das usuárias e prevenção de reinternações evitáveis; ☐ Estabelecer contrato ou documento similar com os SAD indicados para participar desta Linha de Cuidado. Esse item busca assegurar a qualidade e segurança da AD1 no cuidado de pacientes com câncer de colo do útero, promovendo práticas clínicas baseadas em evidências e protocolos estruturados.	
	Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A existência de protocolo clínico pactuado com os SAD indicados para participar desta Linha de Cuidado; ☐ Existência de Equipes multiprofissionais nos SAD indicados para participar desta Linha de Cuidado; ☐ Verificação de sistemas de contas médicas, que demonstrem a utilização de SAD para paciente com câncer de colo do útero na modalidade AD1.	
3.6.5	A operadora deve monitorar o indicador Proporção de beneficiárias com Câncer de Colo de Útero em Atenção Domiciliar, estratificado por modalidade (AD1, AD2 e AD3), como componente estratégico da Linha de Cuidado. Interpretação	Complementar
	A Atenção Domiciliar (AD) configura-se como uma estratégia relevante no cuidado oncológico de mulheres com câncer de colo de útero, especialmente diante das múltiplas fases do tratamento, possíveis efeitos adversos e evolução clínica complexa. A AD contribui para a continuidade terapêutica, o acolhimento humanizado e a preservação da qualidade de vida, sobretudo fora do ambiente hospitalar.	
	A sua indicação deve estar fundamentada em protocolo clínico formalizado, pactuado com os Serviços de Atenção Oncológica e os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), com base em avaliação multiprofissional estruturada e prescrição do médico assistente. O processo de avaliação deve considerar o estágio clínico da doença, presença de comorbidades, dependência funcional, sintomas persistentes (como dor pélvica intensa, fístulas, sangramentos recorrentes, fadiga severa) e condições psicossociais.	
	A definição da modalidade (AD1, AD2 ou AD3) deve constar no Plano de Cuidado Individualizado, com reavaliações periódicas conforme a evolução clínica. Nesse contexto, torna-se fundamental que a operadora realize o monitoramento contínuo do indicador, estratificado por modalidade, a fim de avaliar:	
	☐ A adequação da assistência domiciliar às necessidades clínicas e sociais da beneficiária; ☐ A coerência entre a prescrição e a execução assistencial; ☐ A organização e resolubilidade da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero. O indicador deve ser apurado anualmente, com coleta de dados realizada mensalmente, permitindo: · Identificação de variações na demanda e complexidade dos casos;	



	· Revisão oportuna das modalidades ofertadas conforme reclassificação clínica; · Tomada de decisão baseada em evidências para o aprimoramento da linha de cuidado. Para o cumprimento deste item, a operadora deve: · Monitorar mensalmente o indicador de proporção de beneficiárias com câncer de colo de útero em AD, estratificado por tipo (AD1, AD2, AD3); · Garantir que alterações de modalidade durante o cuidado sejam registradas e justificadas conforme a evolução clínica;	
	· Utilizar os dados do indicador para fins de planejamento, gestão e qualificação da Linha de Cuidado Oncológico, especialmente no eixo da atenção domiciliar. Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditoria poderá verificar:	
	· A inclusão do indicador no Plano Estruturado da Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero, conforme item 1.1.1 da certificação; · A existência de sistema informatizado ou método sistemático de monitoramento da AD, com capacidade de gerar o indicador por modalidade; · A relação de beneficiárias em atenção domiciliar, com Planos de Cuidado Individualizados e registros multiprofissionais atualizados; · Relatórios consolidados de indicadores assistenciais, evidenciando a efetividade, segurança e alinhamento da atenção prestada com as diretrizes assistenciais previstas.	
3.6.6	A operadora deve monitorar, de forma sistemática, o indicador "Taxa de Infecção na Atenção Domiciliar (AD)", estratificado por modalidade de AD (AD1, AD2 e AD3), no âmbito desta Linha de Cuidado. Interpretação	Excelência
	A Atenção Domiciliar (AD) representa uma estratégia assistencial fundamental para pacientes oncológicos, ao permitir a continuidade do cuidado, o acolhimento no ambiente familiar e a promoção da qualidade de vida, principalmente em situações de fragilidade clínica. A prestação desse cuidado deve ser realizada conforme protocolos clínicos pactuados com os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), mediante indicação formal do médico assistente e acompanhamento multiprofissional qualificado.	
	Diante da complexidade dos pacientes em AD, especialmente os que utilizam dispositivos invasivos ou apresentam imunossupressão, torna-se essencial o monitoramento da taxa de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS). De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as IRAS compreendem infecções adquiridas durante o cuidado, diretamente associadas a intervenções clínicas, dispositivos ou à própria organização dos serviços de saúde, e sua ocorrência pode ser evitada com medidas de prevenção eficazes.	
	Nesse contexto, a segurança do paciente, entendida como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano associado ao cuidado em saúde, deve ser um eixo central da assistência domiciliar. O acompanhamento da taxa de infecção é, portanto, um indicador crítico de qualidade e segurança da atenção prestada.	
	Um dos pilares da prevenção de IRAS, inclusive na Atenção Domiciliar, é a higienização correta das mãos, considerada a medida isolada mais eficaz na prevenção de infecções. Mesmo no domicílio, a prática da higiene das mãos deve ser rigorosamente adotada por todos os envolvidos no cuidado, incluindo familiares e cuidadores informais. A capacitação da equipe e da rede de apoio sobre os cinco momentos da higienização das mãos, conforme diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), é indispensável para garantir a efetividade da prevenção.	
	A operadora deve, portanto, implementar mecanismos de monitoramento contínuo da taxa de infecção, com coleta mensal e apuração anual do indicador, permitindo a análise por modalidade de AD. A detecção de agravos clínicos relacionados a infecções deve desencadear ações corretivas e preventivas, com revisão de protocolos e requalificação das equipes envolvidas. Para o cumprimento deste item, a operadora deve: · Monitorar mensalmente a Taxa de Infecção na Atenção Domiciliar, estratificada por tipo de AD;	
	· Pactuar protocolos clínicos e fluxos assistenciais que prevejam a prevenção e vigilância de IRAS no ambiente domiciliar; · Pactuar com o SAD a previsão de capacitação contínua da equipe multiprofissional e dos cuidadores sobre segurança do paciente, especialmente medidas de controle de infecção; · Pactuar com o SAD a promoção da adoção sistemática da higienização das mãos antes e após qualquer contato com o paciente ou com materiais de cuidado;	



	Formas de Obtenção de Evidências A equipe de auditoria poderá verificar: · Existência de protocolo clínico com diretrizes específicas para prevenção, detecção e notificação de infecções na AD; · Sistema de monitoramento da AD com evidências da apuração do indicador; · Documentos que comprovem a previsão de capacitação das equipes e familiares em medidas de prevenção, incluindo higienização das mãos.	
Referência Requisito 3.6: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Regulamento técnico dos serviços de atenção domiciliar. Brasília: ANVISA, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em: 08 jul. 2025. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016 . Define os níveis de atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.htm>. Acesso em: 08 jul. 2025. BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria GM/MS nº 3.005, de 27 de dezembro de 2023 . Atualiza diretrizes do Programa Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-27-de-dezembro-de-2023-532173905. Acesso em: 08 jul. 2025. D'ALESSANDRO, G. et al. Saúde integrativa no SUS: fundamentos e aplicações . Brasília: CONASS, 2023. GARCIA, A. C. B. B. F.; RODRIGUES, C. V. M. Saúde integrativa no cuidado do câncer. Curitiba: Appris, 2021. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) . 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>. Acesso em: 18 out. 2024. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 18 out. 2024. WITT, C. M. et al. A comprehensive definition for Integrative Oncology. JNCI Monograph s, v. 2017, n. 52, lgx012, 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/jncimono/article/2017/52/lgx012/4617827?login=false>. Acesso em: 18 out. 2024.		
3.7 Cuidados Paliativos e Cuidados de fim de vida - Linha de Cuidado Câncer de Colo de Útero Requisito que avalia a disponibilização de Cuidados Paliativos e Cuidados de Fim de Vida para pacientes com Câncer de Colo de Útero.		
3.7.1	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, os serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado dispõem de equipe multiprofissional dedicada aos cuidados paliativos . Interpretação:	Essencial
	O câncer de colo de útero pode ser prevenido pelo rastreamento e vacinação contra o HPV e é um câncer de evolução lenta. Essas características favorecem prevenção e diagnóstico, e, conseqüentemente, tratamento. Ainda assim, segundo o INCA,em 2020, ocorreram 6.627óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa ajustadade mortalidade por este câncer de 4,60/100 mil mulheres (INCA, 2021). Em 2021, ocorreram 6.606 óbitos, equivalendo a 6% dos casos de morte por câncer em mulheres. NR Nacif: Começar um item sobre cuidados paliativos com o tema VACINAÇÃO pode levar a confundir em leitura rápida vacina com cuidado paliativo. Entendo que a nova enunciação proposta torna mais clara a evolução do raciocínio de prevenção até paliativo.	
	A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece os princípios e conceitos de cuidados paliativos desde 1990 como um modelo inovador de cuidado em saúde. O conceito foi atualizado em 2002 e prevê que os cuidados paliativos se constituem em uma assistência promovida por equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida por meio da prevenção e alívio do sofrimento; da identificação precoce; avaliação precisa; tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002; Gomes et al., 2016; D'Alessandro et al., 2023; INCA, 2024; Brasil/MS, 2024).	
	Esses cuidados devem ser iniciados o mais precocementepossível e oferecidos por uma equipe interdisciplinar que atua em conjunto com o tratamento curativo. O objetivo é empregar todos os esforços necessários para garantir um melhor controle dos sintomas. (WHO, 2002; OPAS, 2024; INCA, 2024; D'ALESSANDRO ET AL., 2023) Em 2024, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM/MS 3.681/2024, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do SUS, o que reforça a relevância dessa abordagem no país.	
	Entretanto, no senso comum, os cuidados paliativos, frequentemente, ainda estão associados apenas à fase final de vida, o que se constitui em uma visão ultrapassada. Na literatura atual, os cuidados paliativos são compreendidos de forma ampla, e na prática clínica, tem havido um crescente reconhecimento da importância dessa abordagem na saúde. Os cuidados paliativos devem ser oferecidos em conjunto com tratamentos curativos ou modificadores da doença(D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	



	Compreende-se como doença grave e ameaçadora à vida qualquer condição aguda ou crônica, ou diversas situações de saúde associadas a alta mortalidade, que comprometem a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa. Esses casos podem resultar em sintomas debilitantes ou na necessidade de tratamentos que gerem dependência de cuidados, além de potencial sobrecarga para o cuidador responsável (KELLEY, 2014; D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Nesse contexto, as doenças que ameaçam a vida, independentemente da possibilidade de reversão ou da utilização de tratamentos curativos, demandam uma abordagem que considere o cuidado integral e complexo, respeitando a totalidade da vida do paciente e reconhecendo seu sofrimento, assim como o de seus familiares (D'ALESSANDRO ET AL., 2023; INCA, 2024; BRASIL/MS, 2024).	
	Assim, os cuidados paliativos não devem ser oferecidos apenas na fase de final de vida, mas, sim, como uma abordagem complementar, estando presentes desde o início do processo de doença que ameaça a vida. Dessa forma, à medida que a doença progride, os cuidados paliativos podem passar a ser utilizados de forma mais intensiva e tornar-se, até mesmo, exclusivos (INCA, 2022; D'ALESSANDRO ET AL., 2023; BRASIL/MS 2024).	
	O conceito mais atual de cuidados paliativos inclui a disponibilização dessa abordagem em todos os níveis de atenção - primário, secundário e terciário. Isso inclui uma variedade de serviços, como atenção básica, ambulatorial, hospitalar, de urgência e emergência e domiciliar (D'Alessandro et al., 2023; INCA, 2024; Brasil/MS, 2024), que devem ser integrados à jornada do paciente em todos os seus níveis. A experiência da doença deve ser compreendida de maneira integral, abordando todos os aspectos de forma holística, incluindo a dimensão espiritual (WHO; 2007).	
	Seguem os princípios que fundamentam o conceito de cuidados paliativos na atenção ao paciente com câncer (D'ALESSANDRO ET AL., 2023; MS/2024; INCA, 2024; WHO; 2007): · Alívio de Sintomas : proporcionar alívio para dor e outros sintomas angustiantes, como astenia, anorexia e dispneia, além de gerenciar emergências oncológicas.	
	· Aceitação da Vida e da Morte : reafirmar a vida e a morte como processos naturais, permitindo que pacientes e familiares enfrentem esses momentos com dignidade. · Abordagem Holística : integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao cuidado clínico do paciente, promovendo um atendimento mais completo. · Equilíbrio na Morte : garantir que não se apresse nem se adie o processo de morte, respeitando o tempo de cada paciente.	
	· Unidade de Tratamento : a abordagem deve compreender o paciente e sua família como uma unidade, reconhecendo a importância do suporte familiar no processo de cuidado. · Viver Ativamente : proporcionar um sistema de suporte que ajude os pacientes a viverem da forma mais ativa possível até o final de suas vidas. · Equipe Interdisciplinar : utilizar uma abordagem interdisciplinar para identificar e atender às necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte durante o luto.	
	· Decisões Éticas : as decisões relacionadas à assistência e tratamentos médicos devem ser fundamentadas em princípios éticos, respeitando a autonomia e os desejos do paciente. · Comunicação Eficaz : uma comunicação adequada entre a equipe de saúde, pacientes e familiares é fundamental para esclarecer dúvidas, promover a adesão ao tratamento e facilitar a aceitação da proximidade da morte.	
	Essas diretrizes visam criar um ambiente que favoreça o bem-estar e a qualidade de vida, mesmo em momentos desafiadores e para garantir um cuidado que respeite a dignidade do paciente e a complexidade da experiência da doença. A abordagem dos cuidados paliativos é fundamental no tratamento do câncer, sobretudo considerando que, constatou-se que 80% do total estimado de pessoas no mundo que necessitam dessa abordagem têm acesso limitado até mesmo a intervenções básicas para o controle da dor (KNAUL ET AL., 2018; D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Para atender a este item, a operadora deve assegurar a cobertura dos cuidados paliativos realizados por uma equipe multidisciplinar nos serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, serviços de atenção domiciliar, assim como nos Serviços Hospitalares designados a integrar esta Linha de Cuidado. A oferta e a cobertura de cuidados paliativos devem ser claramente especificadas em contrato ou em documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, serviços de atenção domiciliar e dos Serviços Hospitalares que participam dessa Linha de Cuidado, independentemente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada da operadora.	



	Formas de Obtenção de Evidências : A equipe de auditores poderá verificar: ·A descrição detalhada das estratégias dos Cuidados Paliativos no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 para esta Linha de Cuidado. ·O Sistema de Informação da operadora que demonstre o monitoramento das pacientes em Cuidados Paliativos para esta Linha de Cuidado. ·O sistema de contas médicas da operadora que demonstre a cobertura de cuidados paliativos a pacientes com câncer de colo de útero.	
	·O relatório de visita anual presencial ou à distância da operadora aos serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado. ·Os contratos, de forma amostral, prevendo a disponibilização de equipes de cuidados paliativos nos serviços de atenção oncológica ambulatorial, serviços de atenção domiciliar ou serviços hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado. A equipe de auditores poderá, a seu critério, realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, aos serviços de atenção oncológica ambulatorial, serviços de atenção domiciliar ou serviços hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	

3.7.2	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado utilizam ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos. Interpretação:	Essencial
	Os estudos apontam que existem marcadores gerais que estão associados a um prognóstico desfavorável, independentemente da doença subjacente. A literatura oferece diversas ferramentas que auxiliam na avaliação do prognóstico em patologias comuns no contexto dos cuidados paliativos (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	A utilização de ferramentas de triagem para identificar pacientes que necessitam de suporte e cuidados paliativos é essencial para garantir que mais pessoas se beneficiem da abordagem, permitindo intervenções precoces e não apenas na fase final da doença (WPCA e WHO, 2020; D'ALESSANDRO ET AL., 2023). A operadora deve assegurar que os serviços de atenção oncológica designados para participar desta certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero adotem uma ferramenta validada e traduzida para o português do Brasil.	
	Dentre as principais ferramentas disponíveis na literatura, destaca-se o <i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool</i> (SPICT-BRTM), que foi inicialmente descrito em 2010 (BOYD ET AL, 2010) e aprimorado em 2014 (HIGHET, 2014) e tem como objetivo identificar, de forma holística, as necessidades do paciente, promovendo a tomada de decisão compartilhada sobre os objetivos e o planejamento avançado de cuidados (D'ALESSANDRO ET AL., 2023). Essa ferramenta tem como vantagem o fato de já ter sido traduzida e validada para o português do Brasil.	
	A SPICT-BRTM foi desenvolvida com base nos seguintes princípios fundamentais (D'ALESSANDRO ET AL., 2023): ·Simplicidade: facilita a compreensão e a aplicação. ·Objetividade: foca em indicadores claros e diretos. ·Indicadores de fácil identificação: permite a rápida detecção das necessidades dos pacientes. ·Indicadores clínicos de doenças avançadas baseados em evidências: fundamentam-se em dados confiáveis para melhor avaliação.	
	·Promoção de cuidados paliativos precoces: incentiva a integração dos cuidados paliativos em paralelo às intervenções curativas. ·Linguagem acessível: garante que a ferramenta seja compreensível para todos os profissionais de saúde envolvidos. Esses elementos tornam a SPICT-BRTM uma ferramenta útil para o manejo de pacientes oncológicos, facilitando a identificação precoce da necessidade de cuidados paliativos. O SPICT-BRTM é aplicável em diferentes contextos clínicos, como atenção primária, instituições de longa permanência, ambulatórios especializados e serviços hospitalares (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	A ferramenta é dividida em duas partes: a primeira inclui indicadores clínicos gerais, enquanto a segunda se concentra em indicadores específicos, conforme a doença de base, permitindo uma avaliação abrangente e direcionada (HIGHET, 2014; D'ALESSANDRO ET AL., 2023). Vale destacar que a identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos não contraindica necessariamente o uso de tratamentos modificadores de doença, desde que esses contribuam para a melhoria da qualidade de vida do paciente (D'ALESSANDRO ET AL., 2023; BRASIL/MS, 2024; INCA, 2024).	



	Embora o SPICT-BRTM não seja uma ferramenta prognóstica, estudos indicam que a presença de duas condições de declínio geral pode estar associada a um risco aumentado de óbito nos próximos 12 meses. (PESSINI E BERTACHINI, 2012; D'ALESSANDRO, 2023). Essa informação reforça a importância de um manejo cuidadoso e individualizado, que considere tanto os tratamentos curativos quanto o suporte paliativo (WOOLFIED ET AL, 2019; D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Para ilustrar, segue quadro com o SPICT-BRTM: Para pontuar neste item, os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, os Serviços de Atenção Domiciliar, e os Serviços Hospitalares indicados pela operadora para participarem desta Linha de Cuidado devem adotar este ou outro instrumento com o mesmo objetivo, desde que esteja traduzido e validado para o português do Brasil, ou que tenha sido desenvolvido e validado no Brasil.	
	A operadora deve prever nos contratos ou documentos similares com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, os Serviços de Atenção Domiciliar, e os Serviços Hospitalares indicados pela operadora para participarem desta Linha de Cuidado adoção de ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	
	☐ A previsão da indicação de serviços de atenção oncológica que ofereçam cuidados paliativos e utilizem ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero. ☐ A previsão, nos documentos de pactuação entre a operadora e os serviços e atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero, da adoção de ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos.	
	☐ O Relatório anual da visita anual realizada pela operadora serviços de atenção oncológica ambulatorial, os serviços de atenção domiciliar, e hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado, demonstrando a adoção de escalas de avaliação prognóstica. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos serviços de atenção oncológica ambulatoriais, domiciliares e hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
3.7.3	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participarem desta Linha de Cuidado oferecem cuidados de fim de vida Interpretação	Essencial
	Os cuidados de fim de vida são essenciais quando o prognóstico indica a proximidade do término da vida. A avaliação prognóstica é um processo multifatorial e a comunicação do prognóstico deve ser feita de forma individualizada com o paciente e/ou sua família (WPCA e WHO, 2020; D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	A identificação precoce dos pacientes que podem se beneficiar da abordagem de cuidados paliativos (CP) é um grande desafio. Essa identificação é preconizada desde 2014 pelo <i>Worldwide Hospice Palliative Care Alliance</i> , para possibilitar que a integração entre Cuidados Paliativos e medidas modificadoras de doença ocorra no momento inicial da identificação das doenças ameaçadoras de vida (WPCH e WHO; 2020). A avaliação correta e a identificação da demanda por Cuidados Paliativos pode ser realizada, inicialmente, por profissional não especialista e, de acordo com a progressão da doença, deve-se associar a abordagem da equipe multiprofissional em Cuidados Paliativos (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Abordar a questão do fim de vida é um desafio ainda maior, tanto para os profissionais de saúde quanto para pacientes e familiares. A preocupação com incertezas prognósticas não deve ser um obstáculo para discutir o tema. É importante reconhecer que nem todos os pacientes desejam ou estão em condições de receber informações detalhadas sobre seu prognóstico. Assim, a comunicação sobre a avaliação prognóstica deve ser feita de forma individualizada e cuidadosa, levando em conta as necessidades e preferências de cada paciente e sua família (WPCA e WHO, 2020; D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	A fase final de vida é caracterizada por uma deterioração progressiva da funcionalidade, um aumento da carga sintomática e uma maior demanda por cuidados, devido à progressão da doença. Esse estágio geralmente está associado a um tempo de sobrevivência estimado reduzido, tornando ainda mais crucial o suporte adequado para o paciente e sua família (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	





Essa fase é frequentemente marcada por um aumento significativo do sofrimento físico, incluindo aumento da intensidade da dor, além de importantes desafios nos aspectos social, psicológico e espiritual. Esse contexto demanda uma abordagem abrangente e sensível para atender às necessidades do paciente e de sua família (CARDOSO, 2012; D'ALESSANDRO ET AL, 2023). Quando a avaliação cuidadosa do prognóstico indica terminalidade e são oferecidos cuidados de fim de vida, é essencial que pacientes e familiares estejam bem-informados sobre (MATTOS, 2022; MURPHY, 2000; KUTNER, 2009):		
· o(s) diagnóstico(s); · o prognóstico; · as opções terapêuticas disponíveis, levando em consideração os diagnósticos e o prognóstico, incluindo os riscos e benefícios de cada alternativa. Os cuidados paliativos modernos são estruturados em graus de complexidade que se somam para oferecer um cuidado integral e ativo ao paciente, tais como (D'ALESSANDRO ET AL., 2023; BRASIL/MS, 2024):		
· Cuidados Paliativos Gerais: devem ser iniciados assim que o paciente recebe o diagnóstico de uma doença que ameaça à vida em progressão. ☐ Nesses casos, o foco é atuar em todas as dimensões dos sinais e sintomas que possam surgir, promovendo alívio e melhorando a qualidade de vida desde o início do tratamento. · Cuidados Paliativos Específicos: são indicados para pacientes nas últimas semanas ou nos últimos seis meses de vida, quando fica evidente que há um declínio progressivo da condição.		
☐ Nessa fase, as intervenções se concentram em proporcionar conforto e suporte intensivo, respeitando as necessidades e desejos do paciente. Essas duas abordagens garantem que os cuidados paliativos sejam adaptados ao estágio da doença e às necessidades individuais, sempre priorizando o bem-estar e a dignidade do paciente. Nos Cuidados Paliativos Específicos, voltados para o período de final de vida, todo o esforço deve ser direcionado para que o paciente mantenha sua autonomia, preservando seu autocuidado e permanecendo próximo de seus entes queridos (BRASIL/MS, 2024).		
Como os cuidados de final da vida referem-se aos últimos dias ou às últimas 72 horas de vida, é importante proporcionar conforto e dignidade ao paciente e à família nesse momento delicado. O reconhecimento desta fase é complexo, porém é extremamente necessário para o planejamento do cuidado e preparo do paciente e sua família para perdas e óbito (BRASIL/MS, 2024). Segue quadro com o detalhamento das ações de acordo com o grau de complexidade dos Cuidados Paliativos.		
Cuidados paliativos gerais	Cuidados paliativos especializados	
Manejo básico da dor e sintomas gerais	Manejo da dor ou outros sintomas de déficit controle	
Manejo básico da depressão e ansiedade	Suporte em casos de depressão mais complexa, luto complicado e angústia existencial	
Discussões básicas sobre: prognóstico, objetivos do tratamento, sofrimento físico, emocional, espiritual e social	Assistência na resolução de conflitos em relação a objetivos ou métodos de tratamento entre os próprios familiares, entre equipes e familiares ou entre diferentes equipes	
Acolhimento psicossocial aos familiares	Assistência na resolução de casos de possível futilidade terapêutica	
Fonte: Manual de Cuidados Paliativos do MS, 2023, adaptado de Quill et al. (2013) Apesar da disseminação mais recente dos cuidados paliativos, alguns pacientes podem passar por um processo de morte prolongado, enfrentando sofrimento significativo enquanto recebem tratamentos invasivos e muitas vezes indesejados. Para evitar essa situação, é fundamental reconhecer a fase final da vida de maneira oportuna. Esse reconhecimento permite um manejo mais adequado da terminalidade, promovendo uma abordagem que priorize o conforto e a qualidade de vida do paciente e de seus familiares (STEINHAUSER ET AL; 2000; D'ALESSANDRO ET AL, 2023).		
Apesar de diversos estudos indicarem que a maioria das pessoas no mundo prefere falecer em casa, uma parte significativa ainda morre em hospitais. Nesse contexto, a literatura aponta para o uso excessivo de medidas agressivas no fim da vida e para baixa utilização de cuidados de final de vida nesta fase (BROWNLEE, ET AL., 2017).		
Para isso, é essencial abordar o sofrimento por meio do controle de sintomas e de discussões abertas e empáticas com os pacientes e/ou familiares. Os objetivos do cuidado de final de vida devem ser alinhados aos valores e desejos dos pacientes e de seus familiares, garantindo que as intervenções respeitem suas preferências e promovam o bem-estar (HUI ET AL; 2015; NEUBERGER ET AL., 2016; D'ALESSANDRO ET AL., 2023)		

	O ideal é que as discussões sobre as preferências de cuidado para o fim de vida se iniciem antes do período crítico da doença, porque nas últimas semanas ou meses de vida, muitos pacientes enfrentam uma progressiva piora funcional. No entanto, no processo, é fundamental oferecer a oportunidade de revisar e ajustar essas decisões, permitindo que pacientes e familiares reafirmem ou modifiquem o plano de cuidado conforme a necessidade (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	A maioria dos pacientes e dos profissionais de saúde compartilham as mesmas ideias sobre o que seja um bom fim de vida (STEINHAUSER, 2000): ·Adequado controle da dor, dispneia e ansiedade.	
	·Higiene corporal apropriada. ·Preparação para a morte. ·Ter pessoas queridas por perto. ·Não morrer sozinho. ·Ser respeitado.	
	·Manter a dignidade. ·Sentir-se cuidado como uma pessoa integral. Após a análise prognóstica de terminalidade, é fundamental instituir os cuidados de fim de vida, que podem ser realizados em diversos contextos, como hospitais, atenção domiciliar ou <i>hospices</i>, conforme a indicação clínica. A decisão sobre o local e a abordagem deve ser tomada de forma compartilhada com o paciente e/ou seus familiares (BRASIL/MS, 2024).	
	Para atender a esse item de verificação, a operadora deve garantir a cobertura para os cuidados paliativos com suporte especializado para cuidados de fim de vida, quando indicado. Além disso, o contrato ou documento similar deve incluir a previsão de que os serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares designados pela operadora para esta Linha de Cuidado contem com equipes capacitadas para a realização desses cuidados. Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: ·A descrição detalhada das estratégias de cobertura de cuidados paliativos com oferecimento de suporte especializado para cuidados de fim de vida disponibilizados a pacientes com câncer de colo de útero no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1. ·O sistema de informação da operadora que demonstre a oferta e a cobertura de cuidados paliativos que oferecem suporte especializado para cuidados de fim de vida.	
	·Evidências de remuneração de cuidados paliativos, incluindo os cuidados de fim de vida, podendo ser verificadas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros. ·A previsão nos contratos ou documentos similares de pactuação entre a operadora e os serviços e atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero, do oferecimento e cobertura de suporte especializado para cuidados de fim de vida.	
	·O Relatório da visita anual presencial ou à distância realizada pela operadora aos serviços de atenção oncológica ambulatorial, serviços de atenção domiciliar e hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado, demonstrando o oferecimento de suporte especializado para cuidados de fim de vida. Realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos serviços de atenção oncológica ambulatorial, serviços de atenção domiciliar e hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
3.7.4	Os serviços Ambulatorial, Serviços de Atenção Domiciliar e Hospitalares de Atenção Oncológica indicados para participar desta Certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero utilizam escalas de avaliação prognóstica. Interpretação:	Complementar
	O uso de escalas de avaliação prognóstica é um recurso valioso, especialmente porque nem sempre os profissionais de saúde encontram-se preparados para realizar essa avaliação e comunicar o prognóstico a pacientes e familiares. Essas escalas são fundamentais para identificar o estado de saúde dos pacientes e orientar as intervenções mais apropriadas, garantindo um cuidado mais efetivo (KRAWCZYK ET AL., 2016; D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Quando se deparam com a dificuldade de avaliar o prognóstico, os profissionais podem recorrer a atalhos mentais (heurísticas), o que frequentemente resulta em vieses significativos. Muitas vezes, os profissionais tendem a superestimar o prognóstico de seus pacientes, especialmente o médico responsável, devido ao vínculo estabelecido.	
	Essa superestimação pode distorcer o julgamento e levar a práticas como distanásia ou obstinação terapêutica, que se referem ao prolongamento artificial do processo de morrer, resultando em sofrimento sem benefícios tangíveis para o paciente. Essa abordagem pode gerar um descompasso entre os objetivos do tratamento e as necessidades reais do paciente, aumentando o sofrimento em vez de proporcionar conforto. (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	



	Assim, é recomendável que o médico assistente compartilhe sua avaliação prognóstica com colegas e outros profissionais da equipe de saúde. Além disso, deve combinar sua impressão clínica com a utilização de escalas de avaliação prognóstica validadas na literatura. Essa abordagem ajuda a evitar a superestimação do prognóstico, facilitando uma avaliação mais precisa e uma melhor tomada de decisão (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Seguem alguns marcadores gerais de pior prognóstico, independentemente da patologia subjacente: · Infecções recorrentes e de difícil tratamento (como pneumonia, pielonefrite e sepse). · Piora significativa da ingesta alimentar, incluindo perda não intencional de peso superior a 10% nos últimos seis meses, hipoalbuminemia ou disfagia com aspiração.	
	· Perda de funcionalidade, resultando em maior dependência de terceiros para atividades básicas da vida diária. Nos casos de câncer, a avaliação prognóstica possui várias particularidades. De modo geral, tumores metastáticos, especialmente aqueles que afetam órgãos considerados "nobres", como pulmão, fígado e sistema nervoso central, estão associados a prognósticos menos favoráveis. Além disso, a perda de funcionalidade é um fator crítico: quanto maior a perda de funcionalidade, maior a probabilidade de toxicidade relacionada ao tratamento e menor a expectativa de sobrevida. (D'ALESSANDRO ET AL., 2023; INCA, 2022; DF, 2018).	
	Quando a avaliação cuidadosa do prognóstico indica terminalidade, é essencial oferecer cuidados de fim de vida aos pacientes (INCA, 2022; D'ALESSANDRO ET AL., 2023). Essa discussão é importante para todos os envolvidos. Para que possam tomar decisões informadas e alinhadas à sua história de vida e valores, é fundamental que os pacientes e seus familiares compreendam os seguintes tópicos: (MURPHY, 2000; KUTNER ET AL., 2009; D'ALESSANDRO ET AL., 2023) · o(s) diagnóstico(s);	
	· o prognóstico; · a terapêutica disponível de acordo com seus diagnósticos e o prognóstico informados, incluindo os riscos e benefícios de cada opção terapêutica. Para cumprir esse item de verificação, a operadora deve prever a adoção de escalas de avaliação prognóstica validadas nos contratos ou documentos similares dos prestadores de serviços ambulatoriais, domiciliares e hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero. Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: · A previsão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero da indicação de serviços ambulatoriais, domiciliares e hospitalares de atenção oncológica que adotem escalas de avaliação prognóstica validadas. · A previsão da adoção de escalas de avaliação prognóstica validadas nos contratos ou documentos similares de pactuação entre a operadora e os serviços ambulatoriais, domiciliares e hospitalares de atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero.	
	· O Relatório da visita anual realizada pela operadora aos serviços ambulatoriais, domiciliares e hospitalares de atenção oncológica indicados para participar desta Linha de Cuidado, demonstrando a adoção de escalas de avaliação prognóstica. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos serviços de atenção oncológica ambulatoriais, domiciliares e hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	



3.7.5	Os serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Serviços de Atenção Domiciliar e os Hospitais de indicac oferecem apoio espiritual às pacientes com câncer de colo de útero, quando for classificado como doença Interpretação
	Segundo a OMS, a espiritualidade está no escopo da abordagem de cuidados paliativos (CP). Assim, esta dim com doença ameaçadora de vida (WPCA e WHO, 2020; PUCHALSKI ET AL, 2009; D'ALESSANDRO, 2023). Essa abordagem se justifica visto que a espiritualidade é uma das dimensões do ser humano, entendida com "um aspecto intrínseco e dinâmico da humanidade, através do qual o indivíduo busca significado, sentido e tr mesmo, com a família, com os outros, a comunidade, a sociedade, a natureza e o que é significativo e sagrad
	É importante diferenciar espiritualidade de religiosidade. A religiosidade envolve a expressão da espiritualida tradições, rituais, crenças, práticas, normas e celebrações em comum (EVANGELISTA, 2016; STEINHAUSER A espiritualidade é pessoal e diz respeito à conexão com o sentido, propósito e transcendência da vida, através momento, com o universo e o sagrado, sendo essa manifestada através de religiões ou não(SAPORETTI,ET AL
	Nesse contexto, o sagrado é subjetivo e pode ser encontrado na religião, na arte, na música, em projetos de v meio da solidariedade(CHERNY, 2015; EVANGELISTA, 2016; STEINHAUSER AT AL, 2017; D'ALESSANDRO ET A
	À medida que a doença ameaçadora de vida avança, os pacientes podem buscar a espiritualidade, tanto con recurso de enfrentamento, buscando ter fé, sentindo que viveram a vida de forma plena, tendo esperança, pe paz com os outros, com a divindade e com o sagrado (SAPORETTI, ET AL, 2008; STEINHAUSER AT AL, 2017, E 2023).

	Assim, a dimensão espiritual deve fazer parte da abordagem de pacientes com doença ameaçadora de vida plano de cuidado como qualquer outra questão (PUCHALSKI ET AL., 2009).
	Existem várias barreiras que foram identificadas, que dificultam a abordagem da espiritualidade dos paciente (EVANGELISTA ET AL. 2016; BEST; D'ALESSANDRO ET AL, 2023): ·Desconhecimento dos profissionais sobre o conceito de espiritualidade e como abordá-lo; ·Preocupação em relação a instituir pontos de vista religiosos;
	·Ideia de que abordar esse tema não é importante ou que não faz parte do escopo de trabalho; ·Falta de tempo na assistência ou de apoio institucional. Outra dificuldade nessa abordagem, está relacionada com a definição do que é espiritualidade, conceito con- intrinseco à experiência humana e que envolve a busca de cada um por sentido na vida e transcendência (D', 2017).
	Para cumprir este item, a operadora deve oferecer cobertura para os cuidados paliativos, incluindo a assistên- serviços ambulatoriais oncológicos, serviços de atenção domiciliar e serviços hospitalares indicados para pa- cuidados paliativos, incluindo assistência espiritual, quando indicado. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:
	·A previsão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1 para a Linha de Cuidado do Câncer de colo de útero ambulatoriais, serviços de atenção domiciliar e hospitalares que contam com equipe interdisciplinar para rea- assistência espiritual. ·A pactuação por meio de contrato ou documento similar assinado entre a operadora e os serviços ambulatoriais de atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero da realização de cuidados palia-
	·O Sistema de Contas Médicas, faturas, entre outros, onde conste a remuneração das equipes de cuidados pa- ·O Relatório da visita anual realizada pela operadora aos serviços ambulatoriais, serviços de atenção domicili- para participar desta Linha de Cuidado. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos serviço- hospitalares de atenção oncológica indicados para participar desta Linha de Cuidado.

Referências Bibliográficas:

BEST M., BUTOW P., OLVER I. Why do we find it so hard to discuss spirituality? A qualitative exploration of attitudinal
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5039480/>

BLEGER, J. **Temas de psicologia: Entrevista e grupos** (2a ed.). Martins Fontes, 2003 (Trabalho original publicado em
BOYD K, MURRAY SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. **BMJ** [Internet]. 2010. Disponível em:
Acesso em 04 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SECTICS/MS nº 3, de 7 de março de 2024**. Disponível em <<https://in.gov.br/e-2024-547020584>>. Acesso em: 16 maio 2025.

BROWNLEE S, CHALKIDOU K, DOUST J, ELSHAUG AG, GLASZIOU P, HEATH I, et al. Evidence for overuse of me-
<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28077234/>>. Acesso em 04 jul. 2025.

CARDOSO MG. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor.In: Carvalho RT, Parsons HA, organizators. **Manual de C**
2012. p.113-22. Disponível em <http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-p>

CASTANHO, P. Sobre a questão da tarefa no grupo: Aspectos psicanalíticos e psicossociais. In T. S. Emidio, & M. Y. Ok
com famílias e grupos na universidade (pp. 87-101). **Cultura Acadêmica** , 2017.

CHERNY NI. **The problem of suffering and the principles of assessment in palliative medicine** . In: Cherny N, Fallon
Textbook of paliative medicine. New York: Oxford University Press; 2015. p. 35-48.

D'ALESSANDRO, MPS et al. **Manual de cuidados paliativos** - 2. ed. Sao Paulo: Hospital Sirio-Libanês; Ministerio da Sa-
DF. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Protocolo de atenção à saúde: limite de viabilidade em Neonatologia**. [Int
Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Limite+de+Viabilidade+em+Neonatologia.p>
t=1648646097907>. Acesso em:20 mar. 2024.

EVANGELISTA CB, LOPES ME, COSTA SF, BATISTA PS, BATISTA JB, OLIVEIRA AM. Cuidados paliativos e espiritualidad
2016 [cited 2023 Jul 11];69(3). Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/TY7ydpbDpBhnfBDmh5nH36b/?la>
GOMES, A.L.Z.; OTHERO, M.B. Cuidados paliativos. Estudos Avançados, n, 30, v. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/>>. Acesso em 07 dez. 2023.

HIGHET G, CRAWFORD D, MURRAY AS, BOYD K. Development and evaluation of the supportive and palliative care ir
2014. Disponível em:<https://spcare.bmj.com/content/4/3/285>.

HUI D, DEV R, BRUERA E. The Last Days of Life: Symptom Burden and Impact on Nutrition and Hydration in Cancer P
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792116/pdf/nihms762191.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Cuidados Paliativos** (internet). Disponí-
br/assuntos/cancer/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em: 25 mar. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Cuidados paliativos em oncologia: ori**
Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartilhas/ci>
comunitarios-de>. Acesso em 25 mar., 2024.

KELLEY, AS. Defining "Serious Illness". **J Palliat Med** , 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/251153>
KNAUL FM, FARMER PE, KRAKAUER EL, LIMA L, BHADELIA A, JIANG KX, et al. Alleviating the access abyss in palliativ
coverage: the Lancet Commission report. **Lancet** [Internet]. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
KRAWCZYK M, GALLAGHER R. Communicating prognostic uncertainty in potential end-of life contexts: experiences
2023 Mar 16];15:59. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4941030/>>. Acesso em: 25 ma

KUTNER JS, KILBOURN KM. Bereavement: addressing challenges faced by advanced cancer patients, their caregive
<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19913188/>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

MATTOS DW, CARVALHO IS. **Assistência à fase final de vida e processo ativo de morte** . In: Ferreira EA, Barbosa SM,
Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2022. p.185-8.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Cuidados paliativos na unidade de atenção primária** (internet). Disponível em:< [https://mama/unidade-de-atencao-primaria/acompanhamento/cuidados-paliativos-aps](https://mama.unidade-de-atencao-primaria/acompanhamento/cuidados-paliativos-aps)>.Acesso em:20 mar. 2024.

MURPHY P, KRELING B, KATHRYN E, STEVENS M, LYNN J, DULAC J. Description of the SUPPORT intervention. Study risks of treatments. **J Am Geriatr Soc** [Internet]. 2000 [cited 2023 Mar 16];48(5 Suppl):154-61. Disponível em: <<https://>> 2024.

NEUBERGER RB. The liverpool care pathway: what went right and what went wrong.Br. J. Hosp. Med [Internet]. 2016. Acesso em: 25 mar. 2024.

OMS, Cuidados Paliativos, (internet), 2024. Disponível em: <<https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>>. /

PESSINI L, BERTACHINI L. **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações** Centro Universitário Sao Camilo; 2012. Capítulo 1, Conhecendo o que são os cuidados paliativos: conceitos fundame

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal** . (6ª edição). Editora Martins Fontes, 2000 (Trabalho original publicado em 1

PUCHALSKI CM, FERRELL B, VIRANI R, OTIS-GREEN S, BAIRD P, BULL J, et al. Improving the quality of spiritual care a conference. **J. Palliat. Med** [Internet]. 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26874317_Improving_the_Quality_of_Spiritual_Care_as_a_Dimension_c> Acesso em: 15 mai. 2025.

QUILL TE, ABERNETHY AP. Generalist plus specialist palliative care - creating a more sustainable model.N. **Engl. J. M** <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1215620>>. Acesso em: 15 mai. 2025.

SAPORETTI LA. SOMUS: formas de conexão [Internet].2020 [cited 2023 Jul 11]. Available from: <<https://irp-cdn.multiscreensite.com/d917b1b0/files/uploaded/SOMUS%20formas%20de%20conexa%CC%83o.pdf>>. Acesso e

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (SECT Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Úr **Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para** Recomendação Protocolos e Diretrizes (Preliminar). Brasília, DF, 2024. Disponível em: < Relatório preliminar - Diretriz Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico >. Acesso

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (SECT Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Úr **Produto. Testagem Molecular para Detecção de HPV e rastreamento do câncer do colo do útero** (Preliminar). Bras deteccao-hpv_65_2023.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2025.

STEINHAUSER KE, CHRISTAKIS NA, CLIPP EC, MCNEILLY M, MCINTYRE L, TULSKY JA. Factors considered importat a providers. **JAMA** [Internet]. 2000. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/193279>>. Ace

STEINHAUSER KE, FITCHETT G, HANDZO GF, JOHNSON KS, KOENIG HG, PARGAMENT KI, et al. State of the science c measurement, and outcomes. **J Pain Symptom Manage** [Internet]. 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.c>> mai. 2025.

WOOLFIED A, MITCHELL G, KONDALSAMY-CHENNAKESAVAN S, SENIOR H. Predicting those who are at risk of dying case-control general practice chart analysis. **J. Palliat. Med** [Internet]. 2019. Disponível em: <https://www.liebertpub.c>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective pr** <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guideline**: <https://iris.who.int/handle/10665/42494>

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA) AND WHO. **Global atlas of palliative care** [Internet]. London: WP <[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_glo](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_glo)> 15 mai. 2025.

Dimensão 4. Linha de Cuidado do Câncer de Próstata

DIMENSÃO 4 - LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

A Dimensão 4 tem por objetivo avaliar a operadora no que tange a definição, organização e implementação da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata em todo o ciclo do cuidado.

4.1 Organização e Estruturação Técnica da Operadora na Linha de Cuidado Câncer de Próstata

Este requisito tem como objetivo avaliar a organização técnica da operadora e de sua rede prestadora de serviços oncológicos para oferecer um cuidado integral e de qualidade aos pacientes na Linha de Cuidado do Câncer de Próstata

4.1.1	A operadora estabelece um capítulo específico no Plano Estruturado detalhando a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata Interpretação: No Plano Estruturado, a operadora deverá informar quais as Linhas de Cuidado serão abordadas na Certificação. Caso a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata seja priorizada, a operadora elaborará um capítulo específico sobre o tema, que deverá detalhar de forma organizada as ações de implementação da referida linha de cuidado, que serão desenvolvidas por uma equipe multiprofissional de saúde.	Essencial
	O documento deverá funcionar como um como um instrumento de gestão, servindo de guia para a implementação e a qualificação da atenção ao câncer de próstata na operadora. O capítulo específico deverá conter os seguintes conteúdos sobre a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata: ☐ Objetivos da Linha de Cuidado; ☐ Justificativa técnica para implementação da Linha de Cuidado;	
	☐ Cobertura assistencial prevista pela operadora (a cobertura mínima obrigatória para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata , definida no item 4.1.2 deste requisito); ☐ Estratégias de ação para:	

	☐ Promoção da Saúde; ☐ Prevenção do Câncer de Próstata; ☐ Detecção Precoce;	
	☐ Diagnóstico precoce; ☐ Diagnóstico; ☐ Estadiamento; ☐ Tratamento e Reabilitação; ☐ Cuidados Paliativos;	
	☐ Cuidados de Fim de Vida; e ☐ Os serviços de saúde de atenção oncológica indicados para participar desta certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Próstata. As ações previstas na Linha de Cuidado do Câncer de Próstata devem considerar o cuidado integral e coordenado ao longo de toda a jornada do paciente.	
	Observa-se que este Plano estruturado e seu conteúdo devem ser atualizados conforme as evidências científicas disponíveis e as recomendações de Diretrizes Clínicas ou Protocolos Terapêuticos específicos, sempre que necessário.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A existência documentada do capítulo específico para a Linha de cuidado de Câncer de Próstata no Plano Estruturado. ☐ O documento deve estar disponível tanto na sede da operadora (em meio físico e digital) como nas suas diferentes unidades, caso existam (em meio físico e/ou digital).	
4.1.2	A Operadora estabelece o número de beneficiários de acordo com a cobertura mínima estabelecida para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata. Interpretação A cobertura populacional mínima para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata deve considerar a estimativa de incidência da doença no Brasil, bem como a população de homens da carteira de beneficiários da operadora.	Essencial
	De acordo com o INCA (2022), o número estimado de casos novos para câncer de próstata para cada ano do triênio de 2023 a 2025 foi de 71.730 casos, com taxa de incidência estimada de 67,86 casos a cada 100 mil homens em 2023. Assim, a cobertura mínima obrigatória para esta Linha de Cuidado deve ser ajustada a cada auditoria de certificação, utilizando como parâmetro a última estimativa de incidência média nacional de câncer de próstata divulgada pelo INCA e a última atualização dos dados da operadora no SIB (Sistema de Informações de Beneficiários) disponíveis na Sala de Situação no portal da ANS na data da auditoria.	
	O estabelecimento de uma cobertura mínima obrigatória para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata busca garantir que as boas práticas, padronizadas neste manual, alcancem um número significativo de beneficiários, promovendo um impacto positivo no cuidado prestado aos pacientes com câncer de próstata pelas operadoras, assim justificando a obtenção de um selo de qualidade nesta área de atenção.	
	Para esclarecer a regra para o estabelecimento da cobertura mínima obrigatória, foi utilizada, a título ilustrativo, a estimativa mais atual divulgada pelo INCA no Documento: <i>Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil</i> (INCA, 2022) e o número de beneficiários por operadora obtido por meio do SIB referente ao ano de 2023, extraído em abril de 2024. A estimativa mais recente de incidência para o câncer de próstata para o ano de 2023, divulgada pelo INCA, foi de 67,86 casos novos a cada 100 mil homens no país.	
	Considerando os dados disponíveis no SIB/ANS, existiam 678 operadoras do seguimento Médico Hospitalar com registro ativo na ANS e com beneficiários ativos na carteira. De acordo com o SIB de abril de 2024, referente a julho de 2023, o número de homens em operadoras variou de 01, em operadoras muito pequenas, até 3.604.935 milhões de homens na maior operadora do setor (ANS, 2024). De acordo com o SIB, em 2023, 94,54% das operadoras do segmento Médico Hospitalar tinham até 100 mil homens em suas carteiras e apenas 5,46% das operadoras contavam com mais de 100 mil homens (ANS, 2024).	
	A cobertura mínima para esta Linha de Cuidado deverá ser calculada da seguinte maneira: - Para os itens de verificação relacionados à promoção da saúde - letramento em saúde e prevenção do câncer de próstata, a regra para o estabelecimento da cobertura mínima será calculada com base no percentual do número total de homens da carteira de beneficiários da operadora. - Para os itens de verificação referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao seguimento, será utilizado um percentual baseado na estimativa de casos novos e casos em seguimento.	
	Na ocasião da auditoria de certificação deverá ser calculada a cobertura mínima com base na última estimativa de incidência para o câncer de próstata publicada pelo INCA e conforme última atualização dos dados da operadora no Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) disponíveis na Sala de Situação no portal da ANS na data da auditoria.	



	· Serviços de Diagnóstico por Imagem (Ex. Ressonância Nuclear Magnética - RNM multi paramétrica da próstata, biópsia guiada por ultrassonografia, entre outros) para o câncer de próstata, conforme especificado no item 1.2.4 deste Manual); · Laboratórios de Anatomopatologia; · Serviços de Terapia Antineoplásica; · Serviços de Radioterapia;	
	· Serviços Hospitalares de referência devem dispor de infraestrutura adequada para suporte aos pacientes com câncer de próstata para a realização de internações, tratamento, incluindo os procedimentos cirúrgicos e o manejo de intercorrências oncológicas; ☐ Serviços de Atenção Domiciliar. A operadora deve indicar os serviços de pronto atendimento, assim como os de urgência e emergência para pacientes com câncer de próstata, dentre os hospitais e clínicas designados como participantes desta Linha de Cuidado.	
	Os serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado devem atuar de forma integrada, em rede, organizando-se de acordo com o estabelecido no requisito 1.2 deste Manual. A operadora deverá pactuar com a sua rede de atenção oncológica ao câncer de próstata, a inclusão dos serviços nesta certificação, condicionada ao cumprimento dos critérios estabelecidos neste Manual. Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: · A especificação da relação dos serviços de saúde indicados para participarem desta Linha de Cuidado do Câncer de Próstata no Plano Estruturado, conforme estabelecido neste item de verificação, incluindo as devidas atualizações, quando aplicável; · Se as informações relativas aos serviços de saúde indicados para participarem da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata estão de acordo com o modelo de "Formulário de Especificação de Rede de Atenção Oncológica para Certificação da Operadora" disponível no capítulo 11 deste Manual.	
	· A existência de contrato formal estabelecido entre a operadora e os serviços da rede de atenção para Linha de Cuidado do Câncer de Próstata, indicada como participante desta Certificação.	

	· Os documentos de cobrança e as faturas referentes aos atendimentos realizados por beneficiários na rede de atenção para Linha de Cuidado do Câncer de Próstata, indicada pela operadora como participante desta Certificação. · Por amostragem, Relatórios de Visita Técnica - presencial ou virtual realizados pela operadora, com periodicidade anual, nos serviços indicados para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata nesta Certificação.	
4.1.4	A operadora divulga em seu portal os serviços de atenção oncológica que participam da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata de acordo com o plano contratado. Interpretação:	Essencial
	A operadora informa em seu portal na internet quais serviços de atenção oncológica estão incluídos na certificação da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata, sem prejuízo das obrigações estabelecidas pela Resolução Normativa - RN nº 486/2022 (ANS, 2022) e quaisquer alterações que possam ocorrer.	
	As operadoras disponibilizam redes diferenciadas para a cobertura de consultas, eventos e procedimentos em saúde, de acordo com o produto ou plano contratado. Portanto, é importante que o beneficiário tenha acesso às informações sobre o que é oferecido para o seu plano específico no âmbito desta Linha de Cuidado.	
	Para o cumprimento deste item, a divulgação deve estar obrigatoriamente disponível no portal da operadora na internet, podendo, adicionalmente, ser também divulgada em aplicativos para dispositivos móveis. As informações referentes à rede de serviços participantes da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata devem ser disponibilizadas conforme o tipo de serviço por plano contratado, de acordo com o especificado no item 1.2.4 deste Manual:	
	☐ Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial; ☐ Serviços de Diagnóstico por Imagem (Ex. Ressonância Nuclear Magnética - RNM multiparamétrica da próstata, biópsia guiada por ultrassonografia, entre outros) para o câncer de próstata. ☐ Laboratórios de Anatomopatologia; ☐ Serviços de Terapia Antineoplásica;	
	☐ Serviços de Radioterapia; Serviços Hospitalares de referência devem dispor de infraestrutura adequada para suporte aos pacientes com câncer de próstata para a realização de internações, tratamento, incluindo os procedimentos cirúrgicos e o manejo de intercorrências oncológicas. Devem ser destacados, dentre os hospitais e serviços de atenção oncológica ambulatoriais indicados pela operadora, aqueles que oferecem serviço de pronto atendimento e serviços de urgência e emergência.	



	Sempre que houver alterações, tais como inclusão, exclusão e substituição de prestadores de serviços participantes desta Linha de Cuidado, essas informações devem ser divulgadas de forma compreensível e de fácil acesso. A operadora deverá manter os dados da rede de atenção da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata atualizados. Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: ☐ Se as informações relativas aos serviços de saúde indicados para participarem da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata estão de acordo com o modelo de "Formulário de Especificação de Rede de Atenção Oncológica para Certificação da Operadora" disponível no capítulo 11 deste Manual.	
	☐ As especificação da relação dos serviços de saúde indicados para participarem desta Linha de Cuidado do Câncer de Próstata no Plano Estruturado, conforme estabelecido neste item de verificação, incluindo as devidas atualizações, quando aplicável; ☐ A existência de contrato formal estabelecido entre a operadora e os serviços da rede de atenção para Linha de Cuidado do Câncer de Próstata, indicada como participante desta Certificação.	
	☐ Os documentos de cobrança e as faturas referentes aos atendimentos realizados por beneficiários na rede de atenção da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata, indicada pela operadora como participante desta Certificação. ☐ Por amostragem, Relatórios de Visita Técnica - presencial ou virtual - realizadas pela operadora, com periodicidade anual, nos serviços indicados para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata nesta Certificação.	
4.1.5	Os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar da Certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Próstata contam com selo do Programa de Acreditação e Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia (PACQ-SBP) . Interpretação:	Excelência
	A Acreditação em Saúde é um processo periódico e voluntário conduzido por uma organização independente, que avalia se um estabelecimento cumpre requisitos técnicos e de segurança previamente definidos, demonstrando competência e excelência no atendimento ao usuário.	
	O PACQ-SBP é um programa de acreditação baseado em requisitos que busca verificar o cumprimento de processos e procedimentos essenciais para a segurança dos pacientes e colaboradores (SBP, 2021). Segundo a SBP (2021), o programa tem como objetivo avaliar a conformidade e a rastreabilidade das amostras, a adequação das instalações, a manutenção dos equipamentos e os procedimentos internos de segurança. Além disso, abrange o sistema de qualidade do laboratório como um todo, incluindo requisitos de gestão da qualidade, procedimentos e processos laboratoriais, recursos humanos e gestão administrativa.	
	O PACQ-SBP é uma acreditação reconhecida pelo QUALISS da ANS, que divulga nominalmente os prestadores de serviços de saúde que obtiverem acreditação ou certificação de acordo com os critérios estabelecidos no Programa. O QUALISS é uma iniciativa da ANS que visa aprimorar a qualidade dos serviços de saúde na Saúde Suplementar brasileira, que tem como objetivo:	
	· Estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde. · Aumentar a disponibilidade de informações sobre os prestadores de serviços de saúde. · Auxiliar os pacientes a fazerem escolhas mais conscientes e proativas em relação à sua saúde.	
	Para cumprir esse item, os Laboratórios de Anatomopatologia indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado devem contar com certificado PACQ-SBP da Sociedade Brasileira de Patologia ou outra Acreditação similar voltada para este tipo de estabelecimento de saúde, desde que reconhecida pelo Programa QUALISS da ANS.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A existência do certificado vigente do Programa de Acreditação e Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia (PACQ-SBP) dos Laboratórios de Anatomopatologia indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado ou outra acreditação similar desde que reconhecida pelo QUALISS da ANS.	
4.1.6	Os Hospitais indicados pela Operadora para participar da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata contam com certificado de Acreditação reconhecida pelo Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS da ANS. Interpretação:	Excelência



	A Acreditação em Saúde é um processo periódico e voluntário conduzido por uma organização independente, que avalia se um estabelecimento cumpre requisitos técnicos e de segurança previamente definidos, demonstrando competência e excelência no atendimento ao usuário. O QUALISS da ANS divulga nominalmente os hospitais que obtiverem o certificado de acreditação acordo com critérios estabelecidos na RN 510/2022 (ANS, 2022b) ou as Certificações divulgadas pela ANS.	
	O QUALISS é uma iniciativa da ANS que visa aprimorar a qualidade dos serviços de saúde na Saúde Suplementar brasileira e tem como objetivos (ANS, 2024): ·Estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde. ·Aumentar a disponibilidade de informações sobre os prestadores de serviços de saúde. ·Auxiliar os pacientes a fazerem escolhas mais conscientes e proativas em relação à sua saúde.	
	Para cumprir este item, os hospitais indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado devem possuir certificado de Acreditação ou de Certificação, conforme os critérios estabelecidos pela ANS. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·A existência do certificado de Acreditação reconhecido pela ANS dos hospitais indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado.	

4.1.7	A operadora monitora os resultados dos Indicadores assistenciais para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata. Interpretação:	Excelência
	A operadora deve monitorar o desempenho da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata por meio dos indicadores assistenciais, listados neste item de verificação, de forma complementar aos macro indicadores, previstos no item 1.3.1. Há uma grande diversidade de indicadores, constantes da literatura científica da área, que podem favorecer o processo de tomada de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação da atenção à saúde.	
	A avaliação e o monitoramento da atenção à saúde por meio de indicadores oferecem subsídios para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde.	
	Foram selecionados indicadores assistenciais hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata, considerados importantes para o monitoramento da qualidade da atenção à paciente com câncer de próstata na atenção hospitalar pelo Projeto Consórcio de Indicadores hospitalares, parceria entre a ANS e o Hospital Moinhos de Vento - HMV por meio do PROADI/SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde) para o componente hospitalar da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata.	
	O monitoramento desses indicadores deve ser realizado pela operadora e pelo próprio prestador hospitalar indicado para participar desta Linha de Cuidado, não havendo a necessidade de envio à ANS, mas poderão ser solicitados a qualquer tempo por requerimento de informação à operadora. A atenção à saúde se consubstancia na rede de atenção, de modo que é primordial que seja estabelecida uma troca sistemática de informação entre a operadora e a sua rede prestadora de serviços de saúde na área de atenção oncológica participantes desta Linha de Cuidado.	
	Segue a lista de indicadores hospitalares que devem ser monitorados pela operadora para o câncer de próstata. As respectivas fichas técnicas constam no Capítulo 12 deste Manual: 1. Percentual de pacientes com relatório patológico completo e padronizado da prostatectomia. 2. Percentual de pacientes cujo relatório patológico da prostatectomia com linfadenectomia pélvica inclui o número de linfonodos ressecados.	
	3. Percentual de pacientes com câncer de próstata com registro de estadiamento TNM (pós-operatório) no prontuário. 4. Taxa de complicações cirúrgicas agudas em pacientes submetidos a prostatectomia. 5. Tempo de permanência hospitalar em pacientes que foram submetidos a prostatectomia. Esses indicadores devem ser coletados pelos prestadores hospitalares indicados para esta Linha de Cuidado e reportados às operadoras, de modo a subsidiar os processos de gestão tanto no âmbito dos próprios hospitais quanto da operadora.	
	A partir da identificação de práticas que impactaram positivamente o cuidado em saúde, podem ser adotadas ações que estimulem e favoreçam a consolidação e ampliação do seu alcance na rede assistencial da operadora. Por outro lado, se identificada a necessidade, a operadora deve estabelecer medidas corretivas caso não tenha alcançado o impacto pretendido na qualidade e segurança da atenção à paciente com câncer de próstata. Assim, a operadora deve utilizar as informações obtidas a partir do monitoramento dos indicadores e os resultados de sua avaliação para a realização do planejamento e para a gestão da atenção na Linha de Cuidado do Câncer de Próstata.	



	Os resultados do monitoramento e da avaliação, bem como o respectivo plano de ação com as eventuais medidas de ajustes, devem retroalimentar o Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1. A forma de envio de dados deverá ser estabelecida em contrato ou documento similar firmado entre a operadora e os prestadores de serviços hospitalares indicados para participar da Certificação na Linha de Cuidado, respeitadas as regras da LGPD.	
	Os contratos ou documentos similares devem ser estabelecidos entre a operadora e os prestadores, independentemente de serem integrantes da rede própria, contratada ou referenciada. Formas de Verificação de Evidência: A equipe de Auditores poderá verificar:	
	· Se o Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1, prevê o monitoramento e a avaliação dos Indicadores hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata. · Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais indicados como participantes da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata nesta Certificação, mencionando o envio de dados para o cálculo dos Indicadores.	
	· Se a operadora recepcionou os dados transmitidos pelos hospitais indicados, possibilitando o cálculo dos indicadores hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata. Os auditores, poderão ainda, identificar a existência de documento ou relatório informatizado com os resultados do monitoramento e da avaliação dos indicadores, bem como a existência de plano de ação a partir dos resultados identificados, quando indicado.	
Referências Bibliográficas do Requisito 4.1: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde . Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1 >. Acesso em: 04 out. 2024.		
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa ANS nº 486, de 29 de março de 2022a . Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa - RN Nº 190, de 30 de abril de 2009 e a RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respetivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da saúde suplementar. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0486_31_03_2022.html >. Acesso em: 14 out. 2024.		
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa ANS nº 510, de 30 de março de 2022b . Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS; revoga as Resoluções Normativas nº 405, de 09 de maio de 2016 e nº 421, de 23 de março de 2017, e dá outras providências. Disponível em: < https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDE2OQ== >. Acesso em: 14 out. 2024. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Deteccção precoce do câncer . Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf >. Acesso em 15 jun. 2022.		
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf >. Acesso em: 07 dez. 2023. COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (CBR). Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (PADI). Norma do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem . 2022. Disponível em: < https://padi.org.br/wp-content/uploads/2023/12/Norma-Padi-Versao-5.1.pdf >. Acesso em: 24 out. 2024.		
LANGLEY, G. J. et al. Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho profissional . 1.ed. Campinas, SP: Ed. Mercado de Letras, 2011. PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO EM DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (PADI). PADI: guia do Programa de Acreditação para Diagnóstico de Imagem . Disponível em:< ">https://qualyteam.com/pb/blog/voce-sabe-o-que-e-padi-descubra-aqui/#:~:text=O%20PADI%20%C3%A9%20um%20referencial,foi%20publicada%20%C3%A9%20de%202022.> >. Acesso em: 04 out. 2024.		
PRESTES, A. et al. Manual do gestor hospitalar . Brasília, DF: Federação Brasileira de Hospitais, 2019. Disponível em: < https://fbh.com.br/wp-content/uploads/2020/11/MANUAL-FBH_web.pdf >. Acesso em: 07 dez. 2023. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA (SBP). Programa de Acreditação e Controle da Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia - PACQ-SBP. Manual de Acreditação - MAC. Disponível em: < https://pacq.sbp.org.br/wp-content/uploads/2024/03/PACQ-MAC-MANUAL-DO-PROGRAMA-DE-ACREDITACAO-VERSAO-1.3-2021-17-09-2021.pdf >. Acesso em: 06 de nov. 2024.		
TANCREDI, F. B. et al. Planejamento em Saúde . São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania). V. 2 TORRES, E. F.; MAZZONI, A. A. Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade. Ci.Inf. , Brasília, DF, v. 33, n. 2, p. 152-160, aug. 2004. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/ci/a/pjwPPLYPk3YnmQ3zFH8SFJ/?lang=pt >. Acesso em: 07 dez. 2023.		



4.2. Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer de Próstata Requisito direcionador para avaliação da Estratégia de Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer de Próstata, incluindo as ações de comunicação e educação em saúde.		
4.2.1	A operadora deve garantir a disponibilização de material educativo voltado ao letramento em saúde no contexto da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata, com foco na promoção da saúde, prevenção e detecção precoce. Interpretação:	Essencial
	O câncer de próstata é uma neoplasia de origem multifatorial, com maior incidência em homens idosos (INCA, 2023). Os principais fatores de risco incluem: envelhecimento; histórico familiar de neoplasias como câncer de próstata, ovário, mama (em homens e mulheres jovens), colorretal, endometrial e pancreático (NCCN, 2024); obesidade, associada a formas mais agressivas da doença (INCA, 2020); e exposições ocupacionais a substâncias carcinogênicas, como aminas aromáticas, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, fuligem e dioxinas (INCA, 2020).	
	Parte desses fatores é modificável, o que reforça o papel estratégico da promoção da saúde como medida de prevenção primária (INCA, 2019). Nesse contexto, o letramento em saúde é fundamental, pois capacita os indivíduos a acessar, compreender e utilizar informações relacionadas à saúde para tomar decisões mais informadas (WHO, 1998; NUTBEAM, 2000; IM, 2004).	
	Quanto à detecção precoce, o rastreamento populacional do câncer de próstata não é recomendado no Brasil, devido à ausência de evidências robustas de que os benefícios superem os riscos (INCA, 2023; BRASIL, 2024). No entanto, o rastreamento individualizado pode ser indicado com base em avaliação clínica, especialmente em homens com risco aumentado, como aqueles com mutações BRCA1/2 ou com histórico familiar relevante (NCCN, 2024; USPSTF, 2018). Nesses casos, deve-se promover a tomada de decisão compartilhada, garantindo alinhamento entre as evidências clínicas e os valores e preferências do paciente (VIDAL et al., 2022).	
	A decisão compartilhada é um processo colaborativo, ético e centrado no paciente, que envolve comunicação explícita e utilização de ferramentas clínicas de apoio à decisão (INCA, 2021). Essa abordagem contribui para a autonomia do indivíduo e a qualificação do cuidado, sobretudo em situações de incerteza sobre riscos e benefícios.	
	O letramento em saúde é uma estratégia indispensável para a promoção da equidade, da prevenção e do autocuidado. A operadora deve assegurar que o material educativo seja atualizado, acessível e adequado ao público-alvo, como parte integrante da linha de cuidado do câncer de próstata. Essa iniciativa fortalece a atenção oncológica e amplia a participação ativa dos beneficiários na gestão de sua saúde.	
	Assim, as estratégias de letramento em saúde são indispensáveis para:	
	☐ Reduzir as inequidades em saúde; ☐ Melhorar os desfechos clínicos; ☐ Estimular o autocuidado e a prevenção; e	
	☐ Apoiar a tomada de decisões informadas sobre o rastreamento e o tratamento. Público-alvo: ☐ Beneficiários; ☐ Pacientes e familiares; e ☐ Público em geral.	
	Conteúdo mínimo do material educativo: I. Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer de próstata : ☐ Prática regular de atividade física; ☐ Alimentação saudável e controle do peso corporal; ☐ Cessação do tabagismo;	
	☐ Redução do consumo de bebidas alcoólicas; ☐ Redução da exposição a agentes químicos carcinogênicos; ☐ Educação sobre fatores de risco genéticos e comportamentais (INCA, 2019). II. Detecção Precoce: Rastreamento e Diagnóstico precoce : ☐ Informação explícita sobre o rastreamento populacional;	
	☐ Orientações sobre rastreamento individualizado, incluindo seus riscos e benefícios; ☐ Identificação de grupos de maior risco (histórico familiar, idade, mutações BRCA); ☐ Reconhecimento precoce de sinais e sintomas, como alterações no padrão urinário, hematúria e disfunção erétil, que devem motivar a busca imediata por avaliação médica; ☐ Orientações sobre quando e onde procurar atendimento médico;	
	☐ Encaminhamento aos serviços de referência da operadora para esta linha de cuidado para garantir o encaminhamento oportuno. (INCA, 2022;2023) Formato e acessibilidade dos materiais: As informações devem ser obrigatoriamente disponibilizadas no portal institucional da operadora, em local de fácil acesso: Cartilhas e manuais (digitais ou impressos); Vídeos educativos, vídeo aulas, <i>podcasts</i> , <i>lives</i> e palestras.	



	Adicionalmente, os conteúdos podem ser divulgados por meio de: ☐ Redes sociais; ☐ Aplicativos para dispositivos móveis. Todos os materiais devem atender a critérios de usabilidade, acessibilidade e objetividade, considerando a diversidade de perfis dos usuários, incluindo pessoas com deficiência, bem como as variações socioculturais (TORRES; MAZZONI, 2004).	
	Ressalta-se que o material educativo é uma ferramenta essencial, mas não substitui a orientação clínica individualizada, que deve ocorrer durante a consulta médica e incluir informações sobre estadiamento, opções terapêuticas e encaminhamentos, tanto de forma verbal quanto escrita. Além disso, observa-se que o conteúdo deve ser atualizado conforme evidências científicas disponíveis sempre que necessário. Forma de Verificação de evidências:	
	A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ A existência e acessibilidade dos materiais educativos no portal institucional e em aplicativos da operadora; ☐ A existência de manuais, cartilhas, vídeos, <i>podcast</i> e outros recursos de comunicação; ☐ Evidências de ações de divulgação, como postagens em redes sociais ou envio de materiais via aplicativos; ☐ A conformidade dos conteúdos com os tópicos definidos neste Manual.	

4.2.2	A operadora deve assegurar a disponibilização de material educativo voltado ao letramento em saúde de seus beneficiários com foco na confirmação diagnóstica, tratamento, efeitos colaterais e seguimento clínico. Interpretação:	Essencial
	O câncer de próstata é uma neoplasia de origem multifatorial, com maior incidência entre homens idosos (INCA, 2023). Os fatores de risco incluem envelhecimento, histórico familiar de neoplasias - como câncer de próstata, ovário, mama (em homens e mulheres jovens), colorretal, endometrial e pancreático (NCCN, 2024) -, obesidade (INCA, 2020) e exposições ocupacionais a substâncias carcinogênicas, como aminas aromáticas e dioxinas (INCA, 2020). Parte desses fatores é modificável, o que reforça a importância da promoção e da educação em saúde como estratégias para a prevenção primária (INCA, 2019).	
	O letramento em saúde promove a capacitação das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde no cotidiano, com o objetivo de promover e manter a saúde ao longo da vida (WHO, 1998; NUTBEAM, 2000; IOM, 2004). Essa habilidade vai além da simples leitura de materiais, envolvendo a capacidade de tomar decisões informadas, participar do planejamento do cuidado e compreender riscos, benefícios e alternativas terapêuticas.	
	Na atenção oncológica, o letramento em saúde é uma ferramenta estratégica para a qualificação e a disponibilização sistemática de conteúdos educativos, objetivos e acessíveis. Ele fortalece a capacidade de tomada de decisão dos pacientes, melhora os desfechos clínicos e promove a participação ativa e consciente dos beneficiários na gestão do autocuidado, configurando-se como uma estratégia indispensável para:	
	☐ Reduzir as inequidades em saúde; ☐ Melhorar os desfechos clínicos; ☐ Estimular o autocuidado e a prevenção;	
	☐ Apoiar a tomada de decisão compartilhada sobre rastreamento, tratamento e seguimento. A operadora deve, portanto, garantir que os materiais disponibilizados ampliem o conhecimento dos beneficiários, promovendo autonomia e maior engajamento no cuidado oncológico. Público-alvo: ☐ Beneficiários da operadora;	
	☐ Pacientes e seus familiares; ☐ Público em geral. O material educativo deve abordar tópicos relacionados ao diagnóstico e estadiamento do câncer de próstata, fornecendo explicações objetivas sobre os exames utilizados, incluindo a dosagem de PSA, o exame de toque retal e os exames de imagem. Destaca-se a biópsia prostática como exame fundamental para auxiliar no diagnóstico e no encaminhamento para a confirmação anatomopatológica do câncer de próstata (INCA, 2023).	
	Deve-se ressaltar a importância do estadiamento da doença - por meio de avaliação clínica, anatomopatológica e por imagem - como etapa essencial para definir com precisão o tipo de tratamento mais adequado ao perfil e à condição clínica do paciente, com base em suas preferências (NCCN, 2024). Além disso, é fundamental destacar o seguimento pós-tratamento.	
	Conteúdo mínimo do material educativo : ☐ Exames diagnósticos e confirmação anatomopatológica; ☐ Estadiamento e planejamento terapêutico; ☐ Modalidades de tratamento e seus efeitos colaterais;	



	☐ Cuidados paliativos e cuidados de fim de vida; ☐ Acompanhamento clínico (seguimento); ☐ Serviços disponíveis na rede e fluxo de encaminhamento; ☐ Estratégias de priorização da autorização de procedimentos oncológicos por meio do Via Rápido Oncológico ou <i>Fast Track</i> adotado pela central de atendimento da operadora;	
	☐ Navegação do cuidado e apoio ao paciente; ☐ Estratégias para reduzir barreiras sociais, culturais e comunicacionais, reduzindo estigmas sobre a doença. Formato e Acessibilidade : ☐ As informações devem ser obrigatoriamente disponibilizadas no portal institucional da operadora, em local de fácil acesso: cartilhas e manuais (impressos e digitais); vídeos educativos, <i>podcasts</i>, <i>lives</i>, palestras e vídeo aulas;	
	☐ Adicionalmente, as informações podem ser divulgadas por aplicativos para dispositivos móveis e redes sociais; ☐ O conteúdo deve estar atualizado com base nas diretrizes clínicas vigentes e seguir critérios de: - o Objetividade e linguagem acessível; - o Usabilidade, para facilitar o uso por diferentes perfis de usuários;	
	o Acessibilidade, com atenção à inclusão de pessoas com deficiência (TORRES; MAZZONI, 2004). O material educativo é um instrumento complementar, e não substitui a orientação clínica individualizada, que deve ser realizada durante a consulta por profissional de saúde, incluindo explicações sobre diagnóstico, estadiamento, tratamento, efeitos colaterais e encaminhamentos, de forma verbal e escrita. Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A existência e acessibilidade dos materiais educativos no portal da operadora e nos aplicativos móveis; ☐ A produção de manuais, cartilhas, vídeos, podcasts, vídeo aulas e outros recursos; ☐ Evidências de divulgação e ações de comunicação, como postagens em redes sociais e campanhas em plataformas digitais; ☐ A conformidade dos conteúdos com os tópicos exigidos neste item.	

4.2.3	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial disponibilizam material educativo para o letramento em saúde sobre o Câncer de Próstata para e familiares Interpretação:	Essencial
	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado são responsáveis por divulgar informações em saúde sobre o câncer de próstata. Esses conteúdos devem abranger tópicos como promoção da saúde, prevenção, rastreamento individual, navegação do cuidado, diagnóstico e estadiamento, sinais e sintomas da doença, tratamentos e efeitos colaterais, cuidados paliativos e cuidados de fim de vida. O objetivo principal é melhorar o letramento em saúde de pacientes e familiares, promovendo sua participação ativa no cuidado.	
	O material educativo deve ser elaborado baseado em evidências científicas, deve estar atualizado e direcionado especialmente para pacientes e familiares, além do público em geral. As informações podem ser disponibilizadas por meio de cartilhas, manuais, vídeos, podcasts e postagens em redes sociais, dentre outros formatos.	
	As informações devem estar acessíveis tanto em formato impresso quanto digital. Quando em formato digital, devem ser disponibilizadas através do portal institucional do serviço. Adicionalmente, podem ser divulgadas por meio de aplicativos para dispositivos móveis ou redes sociais. Os serviços podem empregar diferentes técnicas de interação educativa remota, como vídeos, palestras, curso online e organização de grupos online com temas específicos.	
	Os conteúdos digitais devem seguir critérios básicos de qualidade como: usabilidade, ou seja, a facilidade de uso desse produto para um usuário que não esteja familiarizado com ele e acessibilidade, ou seja, diversidade dos usuários e as peculiaridades da interação com o produto, seja por preferência dos usuários, por restrições à qualidade do equipamento utilizado, por existência de necessidades educativas especiais (TORRES; MAZZONI, 2004) ou por necessidade de tecnologias assistivas.	



	O conteúdo do material educativo deve abordar no mínimo os tópicos já no item 4.2.1. A linguagem das informações deve ser compreensível e acessível a fim de otimizar o entendimento de pacientes e seus familiares. É fundamental que o material oriente sobre promoção da saúde, prevenção, rastreamento individual, navegação do cuidado, diagnóstico e estadiamento, sinais e sintomas da doença, tratamentos e efeitos colaterais, cuidados paliativos e cuidados de fim de vida, pois a forma de comunicação pode influenciar positivamente ou negativamente o desfecho clínico. Além disso, é necessário minimizar os estigmas sociais relacionados ao câncer.	
	As informações precisam ser atualizadas sempre que houver mudanças nas diretrizes assistenciais da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata. É importante destacar que nenhum material didático substitui a orientação personalizada feita por um profissional de saúde durante a consulta e os encaminhamentos necessários, tanto de forma verbal quanto escrita.	
	Para cumprir este item, os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado devem disponibilizar as informações em saúde, independentemente de serem estabelecimentos de saúde autônomos ou serviços localizados em hospitais. Além disso, esses serviços devem fornecer as informações, independentemente de serem parte da rede própria, contratada ou referenciada da operadora.	
	A disponibilização de material educativo voltado ao letramento em saúde deve estar prevista nos contratos ou documentos similares entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado. Essa formalização assegura que a educação em saúde seja promovida de maneira consistente e acessível, contribuindo para a qualidade do cuidado e o envolvimento dos beneficiários na prevenção e no tratamento.	
	Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores pode verificar	
	☐ Na área do portal da internet, nos aplicativos para dispositivos móveis e nas redes sociais dos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para esta Linha de Cuidado, a existência e a disponibilidade das informações, conforme descrito na Interpretação deste item de verificação. ☐ De forma amostral, os contratos firmados entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado, a fim de assegurar que os tópicos de divulgação de informações educativas estejam devidamente formalizados.	
	☐ A existência de manuais e cartilhas, impressos ou digitais que abordem os temas relacionados ao câncer de próstata disponibilizados pelos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado. ☐ A existência de palestras, <i>lives</i>, vídeos <i>epodcasts</i> direcionados a pacientes e familiares que abordem os temas relacionados ao câncer de próstata, disponibilizados pelos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
4.2.4	Os Serviços de Terapia Antineoplásica disponibilizam material educativo para o letramento em saúde sobre o Câncer de Próstata para pacientes e familiares Interpretação:	Complementar
	Os Serviços de Terapia Antineoplásica indicados para participar desta Linha de Cuidado são responsáveis por divulgar informações em saúde sobre o câncer de próstata. Esses conteúdos devem abranger tópicos como promoção da saúde, prevenção, rastreamento individual, navegação do cuidado, diagnóstico e estadiamento, sinais e sintomas da doença, tratamentos e efeitos colaterais, cuidados paliativos e cuidados de fim de vida. O objetivo principal é melhorar o letramento em saúde de pacientes e familiares, promovendo sua participação ativa no cuidado.	
	O material educativo deve ser elaborado baseado em evidências científicas, deve estar atualizado e direcionado especialmente para pacientes e familiares, além do público em geral. As informações podem ser disponibilizadas por meio de cartilhas, manuais, vídeos, <i>podcast</i> e postagens em redes sociais, dentre outros formatos.	
	As informações devem estar acessíveis tanto em formato impresso quanto digital. Quando em formato digital, devem ser disponibilizadas através do portal institucional do serviço. Adicionalmente, podem ser divulgadas por meio de aplicativos para dispositivos móveis ou redes sociais. Os serviços podem empregar diferentes técnicas de interação educativa remota, como vídeos, palestras, curso <i>online</i> e organização de grupos <i>online</i> com temas específicos.	
	Os conteúdos digitais devem seguir critérios básicos de qualidade como: usabilidade, ou seja, a facilidade de uso desse produto para um usuário que não esteja familiarizado com ele e acessibilidade, ou seja, diversidade dos usuários e as peculiaridades da interação com o produto, seja por preferência dos usuários, por restrições à qualidade do equipamento utilizado, por existência de necessidades educativas especiais (TORRES;MAZZONI, 2004) ou por necessidade de tecnologias assistivas.	



	O conteúdo do material educativo deve abordar no mínimo os tópicos já no item 4.2.1. A linguagem das informações deve ser compreensível e acessível a fim de otimizar o entendimento de pacientes e seus familiares. É fundamental que o material oriente sobre promoção da saúde, prevenção, rastreamento individual, navegação do cuidado, diagnóstico e estadiamento, sinais e sintomas da doença, tratamentos e efeitos colaterais, cuidados paliativos e cuidados de fim de vida, pois a forma de comunicação pode influenciar positivamente ou negativamente o desfecho clínico. Além disso, é necessário minimizar os estigmas sociais relacionados ao câncer.	
	As informações precisam ser atualizadas sempre que houver mudanças nas diretrizes assistenciais da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata. É importante destacar que nenhum material didático substitui a orientação personalizada feita por um profissional de saúde durante a consulta e os encaminhamentos necessários, tanto de forma verbal quanto escrita.	
	Para cumprir este item, os Serviços de Terapia Antineoplásica indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado devem disponibilizar as informações em saúde, independentemente de serem estabelecimentos de saúde autônomos ou serviços localizados em hospitais. Além disso, esses serviços devem fornecer as informações, independentemente de serem parte da rede própria, contratada ou referenciada da operadora.	
	A disponibilização de material educativo voltado ao letramento em saúde deve estar prevista nos contratos ou documentos similares entre a operadora e os Serviços de Terapia Antineoplásica participantes desta Linha de Cuidado. Essa formalização assegura que a educação em saúde seja promovida de maneira consistente e acessível, contribuindo para a qualidade do cuidado e o envolvimento dos beneficiários na prevenção e no tratamento.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá:	
	☐ Realizar consultas amostrais na área do portal da internet, nos aplicativos para dispositivos móveis e nas redes sociais dos Serviços de Terapia Antineoplásica indicados para esta Linha de Cuidado, a fim de verificar a existência e a disponibilidade das informações, conforme descrito na Interpretação deste item de verificação. ☐ Examinar, de forma amostral, os contratos firmados entre a operadora e os Serviços de Terapia Antineoplásica participantes desta Linha de Cuidado, a fim de assegurar que os tópicos de divulgação de informações educativas estejam devidamente formalizados.	
	☐ Verificar, de forma amostral, a existência de manuais e cartilhas, impressos ou digitais que abordem os temas relacionados ao câncer de próstata disponibilizados pelos Serviços de Terapia Antineoplásica indicados para participar desta Linha de Cuidado. ☐ Verificar, de forma amostral, a existência de palestras ,lives, vídeos epodcasts direcionados a beneficiários e ao público em geral que abordem os temas relacionados ao câncer de próstata, disponibilizados pelos Serviços de Terapia Antineoplásica indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
4.2.5	Os Serviços de Radioterapia disponibilizam material educativo para o letramento em saúde sobre o Câncer de Próstata para pacientes e familiares. Interpretação:	Complementar
	Os Serviços de Radioterapia indicados para participar desta Linha de Cuidado são responsáveis por divulgar informações em saúde sobre o câncer de próstata. Esses conteúdos devem abranger tópicos como promoção da saúde, prevenção, rastreamento individual, navegação do cuidado, diagnóstico e estadiamento, sinais e sintomas da doença, tratamentos e efeitos colaterais, cuidados paliativos e cuidados de fim de vida. O objetivo principal é melhorar o letramento em saúde de pacientes e familiares, promovendo sua participação ativa no cuidado	
	O material educativo deve ser elaborado baseado em evidências científicas, deve estar atualizado e direcionado especialmente para pacientes e familiares, além do público em geral. As informações podem ser disponibilizadas por meio de cartilhas, manuais, vídeos, podcast e postagens em redes sociais, dentre outros formatos. As informações devem estar acessíveis tanto em formato impresso quanto digital.	
	Quando em formato digital, devem ser disponibilizadas através do portal institucional do serviço. Adicionalmente, podem ser divulgadas por meio de aplicativos para dispositivos móveis ou redes sociais. Os serviços podem empregar diferentes técnicas de interação educativa remota, como vídeos, palestras, curso online e organização de grupos online com temas específicos.	
	As informações devem estar acessíveis tanto em formato impresso quanto digital. Quando em formato digital, devem ser disponibilizadas através do portal institucional do serviço. Adicionalmente, podem ser divulgadas por meio de aplicativos para dispositivos móveis ou redes sociais. Os serviços podem empregar diferentes técnicas de interação educativa remota, como vídeos, palestras, curso online e organização de grupos online com temas específicos.	





	Os conteúdos digitais devem seguir critérios básicos de qualidade como: usabilidade, ou seja, a facilidade de uso desse produto para um usuário que não esteja familiarizado com ele e acessibilidade, ou seja, diversidade dos usuários e as peculiaridades da interação com o produto, seja por preferência dos usuários, por restrições à qualidade do equipamento utilizado, por existência de necessidades educativas especiais (TORRES; MAZZONI, 2004) ou por necessidade de tecnologias assistivas.	
	O conteúdo do material educativo deve abordar no mínimo os tópicos já no item 4.2.1. A linguagem das informações deve ser compreensível e acessível a fim de otimizar o entendimento de pacientes e seus familiares. É fundamental que o material oriente promoção da saúde, prevenção, rastreamento individual, navegação do cuidado, diagnóstico e estadiamento, sinais e sintomas da doença, tratamentos e efeitos colaterais, cuidados paliativos e cuidados de fim de vida, pois a forma de comunicação pode influenciar positivamente ou negativamente o desfecho clínico. Além disso, é necessário minimizar os estigmas sociais relacionados ao câncer.	
	As informações precisam ser atualizadas sempre que houver mudanças nas diretrizes assistenciais da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata. É importante destacar que nenhum material didático substitui a orientação personalizada feita por um profissional de saúde durante a consulta e os encaminhamentos necessários, tanto de forma verbal quanto escrita.	
	Para cumprir este item, os Serviços de Radioterapia indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado devem disponibilizar as informações em saúde, independentemente de serem estabelecimentos de saúde autônomos ou serviços localizados em hospitais. Além disso, esses serviços devem fornecer as informações, independentemente de serem parte da rede própria, contratada ou referenciada da operadora.	
	A disponibilização de material educativo voltado ao letramento em saúde deve estar prevista nos contratos ou documentos similares entre a operadora e os Serviços de Radioterapia participantes desta Linha de Cuidado. Essa formalização assegura que a educação em saúde seja promovida de maneira consistente e acessível, contribuindo para a qualidade do cuidado e o envolvimento dos beneficiários na prevenção e no tratamento. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá:	
	· Realizar consultas amostrais na área do portal da internet, nos aplicativos para dispositivos móveis e nas redes sociais dos Serviços de Radioterapia indicados para esta Linha de Cuidado, a fim de verificar a existência e a disponibilidade das informações, conforme descrito na Interpretação deste item de verificação. · Examinar, de forma amostral, os contratos firmados entre a operadora e os Serviços de Radioterapia participantes desta Linha de Cuidado, a fim de assegurar que os tópicos de divulgação de informações educativas estejam devidamente formalizados.	
	· Verificar, de forma amostral, a existência de manuais e cartilhas, impressos ou digitais que abordem os temas relacionados ao câncer de próstata disponibilizados pelos Serviços de Radioterapia indicados para participar desta Linha de Cuidado. · Verificar, de forma amostral, a existência de palestras, <i>lives</i>, vídeos <i>epodcasts</i> direcionados a beneficiários e ao público em geral que abordem os temas relacionados ao câncer de próstata, disponibilizados pelos Serviços de Radioterapia indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
Referências Bibliográficas do Requisito 4.2: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de próstata: Conheça o que aumenta o risco, como é feito o diagnóstico, o tratamento e as estratégias para detecção precoce do câncer de próstata. 2023. Disponível em: < https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/prostata >. Acesso em: 06 nov. 2024. TORRES, E. F.; MAZZONI, A. A. Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade. Ci.Inf. , Brasília, DF, v. 33, n. 2, p. 152-160, aug. 2004. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/ci/a/pjwPPLyPk3YnmQ3zFHz8SFJ/?lang=pt >. Acesso em: 07 dez. 2023. VIEIRA, G.S.; SOUZA, C.G.; BERMUDEZ, X. P. D. Entre o estigma e a saúde: itinerários de pacientes com câncer de próstata. Saúde debate , 48 (142), 2024. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/sdeb/a/X5pWhMdP7 pHpQwNWsH9QQHs/# >. Acesso em: 07 nov. 2024.		
4.3 Estratégias para a Detecção Precoce - Câncer de Próstata Requisito avaliador de ações da Operadora a seus beneficiários e familiares no estabelecimento de estratégias para a detecção precoce do Câncer de Próstata.		
4.3.1	A operadora deve pactuar, com a rede de atenção primária e os profissionais envolvidos no cuidado (médicos de família, clínicos e urologistas), protocolo clínico formalizado para o rastreamento individualizado do câncer de próstata para indivíduos com risco habitual. Interpretação Técnica	Essencial



A operadora deve pactuar com a rede de atenção indicada para essa Linha de cuidado o rastreamento individualizado em indivíduos assintomáticos, mediante indicação do médico assistente, decisão compartilhada e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Atualmente, não há evidências científicas consistentes que justifiquem a implementação de programas de rastreamento populacional para o câncer de próstata no Brasil. O MS e o INCA não recomendam a realização sistemática e abrangente do rastreamento populacional, nem campanhas voltadas para esse fim (MS, 2023; INCA, 2023c).				
Diversos estudos demonstram que, embora o rastreamento com PSA possa aumentar a detecção de câncer, não apresenta impacto significativo na redução da mortalidade e está associado a riscos relevantes, como sobre diagnóstico, sobre tratamento, complicações urológicas, impacto negativo na qualidade de vida e sofrimento psicológico (ILIC ET AL., 2013; FENTON ET AL., 2018; HUGOSSON et al., 2019; US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2018).				
Diante disso, o MS contraindica a realização de campanhas de rastreamento populacional para o câncer de próstata, recomenda o fortalecimento das ações educativas; o rastreamento individualizado com base em decisão compartilhada e a disponibilização de informações atualizadas sobre o Câncer de próstata à população (INCA, 2025; MS, 2023). Quadro resumo - Referência às Diretrizes Nacionais e internacionais - Rastreamento Câncer de Próstata				
	Instituição	País	Diretrizes Principais	
	Ministério da Saúde / Instituto Nacional de Câncer (INCA)	Brasil	Não há rastreamento populacional. Enfatizam a decisão compartilhada para indivíduos que solicitarem rastreamento, especialmente com alto risco (histórico familiar ou raça negra), mediante PSA e exame digital retal. Contraindicam campanhas populacionais sistemáticas.	
	Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA (USPSTF)	EUA	Recomenda rastreamento individualizado para indivíduos de 55 a 69 anos, com decisão compartilhada. Contraindica rastreamento em indivíduos ³ 70 anos.	
	Sociedade Americana do Câncer (ACS)	EUA	Sugere iniciar discussões para decisão compartilhada a partir de 50 anos (risco habitual), 45 anos (alto risco) ou 40 anos (risco muito alto). Não recomenda rastreamento universal.	
	Associação Americana de Urologia (AUA)	EUA	Sugere rastreamento entre 45 - 69 anos (40-54 se alto risco), com intervalos de 2 a 4 anos. O rastreamento deve ser precedido de decisão compartilhada.	
	Academia Americana de Médicos de Família (AAFP)	EUA	Não recomenda rastreamento rotineiro com PSA. Sugere decisão colaborativa para homens entre 55 - 69 anos. Contraindica o exame digital retal como ferramenta isolada de rastreamento.	
	Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC)	EUA	Não recomenda teste padronizado. Enfatiza o PSA, o exame digital retal e o teste PCA3, apenas mediante decisão compartilhada.	
	Força-Tarefa Canadense sobre Cuidados Preventivos de Saúde	Canadá	Contraindica rastreamento com PSA, com base na baixa relação benefício/risco.	
	Serviço Nacional de Saúde (NHS)	Reino Unido	Não há programa nacional de rastreamento. O PSA pode levar a sobre diagnóstico e tem pouco impacto na mortalidade. Estudos em andamento buscam métodos mais eficazes.	
	Associação Europeia de Urologia (EAU)	Europa	Defende rastreamento após aconselhamento médico, com início aos 50 anos (baixo risco), 45 anos (histórico familiar/afrodescendentes) ou 40 anos (mutação BRCA2). Intervalos entre 2 e 10 anos conforme risco. Contraindica testagem em homens com expectativa de vida < 15 anos.	
	Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC, 2025)	Brasil	Não recomenda o rastreamento populacional de rotina. Reforça a decisão compartilhada. Indivíduos a partir de 45 a 50 anos - a cada 2 a 4 anos. Em casos de risco elevado, anual, indivíduos a partir de 40 anos, portadores de mutações germinativas, história familiar positiva e ancestralidade negra.	



	Fonte: INCA, 2025 Assim, no contexto desta Certificação, recomenda-se a adoção de protocolo clínico para rastreamento individualizado do câncer de próstata para indivíduos com risco habitual, com base na decisão compartilhada, respeitando o direito do paciente à informação e à autonomia.	
	Esse protocolo deve recomendar: ☐ Discussão formal com o paciente sobre os riscos e benefícios da investigação; ☐ Idade a partir de 45 anos, mediante decisão compartilhada; ☐ Periodicidade conforme indicação do médico assistente, mediante decisão compartilhada;	
	☐ Registro da decisão compartilhada entre médico e paciente; ☐ Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ☐ Quando indicado: dosagem de antígeno prostático específico (PSA) e exame digital retal (EDR). Além disso, os profissionais de saúde devem fornecer orientação sobre: ☐ Fatores de risco modificáveis, como obesidade, sedentarismo, dieta rica em gordura e tabagismo;	
	☐ Histórico familiar de câncer de próstata e mutações genéticas como a BRCA2; ☐ Manifestações clínicas iniciais e sintomas que podem surgir, como disúria, hematúria ou jato urinário fraco. Para cumprir esse item a operadora deve elaborar o Plano Estruturado da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata contendo: ☐ A definição da diretriz para rastreamento individualizado para o câncer de próstata para indivíduos com risco habitual;	
	☐ Pactuação de Protocolo formalizado com a rede assistencial (atenção primária, clínicos e urologistas); ☐ Previsão da decisão compartilhada e registro do TCLE no prontuário; ☐ Atualização periódica com base nas evidências mais recentes; e ☐ Disponibilização de materiais educativos sobre rastreamento e autocuidado para os beneficiários. Formas de Verificação de Evidências	
	A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ A existência do protocolo para indivíduos com risco habitual formalizado no Plano Estruturado; ☐ Contratos ou instrumentos equivalentes com a rede assistencial; ☐ Materiais informativos oferecidos aos beneficiários com base nas diretrizes; e - Evidências de ações de capacitação profissional e atualização técnica.	
4.3.2	A operadora de saúde deve pactuar com a rede de atenção primária e com médicos de família, clínicos e urologistas protocolo clínico baseado em evidências para o rastreamento individualizado do câncer de próstata em indivíduos com risco aumentado. Interpretação:	Essencial
	O atendimento a este item exige que a operadora disponha de um protocolo clínico formalizado e pactuado com a rede assistencial, que defina de forma objetiva e estruturada os critérios e condutas para o rastreamento do câncer de próstata em homens com risco aumentado. Esse protocolo deve ser fundamentado nas melhores evidências científicas disponíveis, ter caráter individualizado e estar orientado pela prática da decisão compartilhada, formalizada por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (INCA, 2015; MS, 2023).	
	O rastreamento individualizado deve ser direcionado a indivíduos com fatores de risco específicos, tais como: =>Idade entre 40 e 75 anos associada a:	
	☐ História familiar de câncer de próstata metastático, câncer de mama masculino, ovário, pâncreas, colorretal ou endometrial em idade precoce (NCCN, 2024); ☐ Mutações germinativas de alto risco (<i>BRCA2, BRCA1, ATM, CHEK2</i>, entre outros) (NCCN, 2025); ☐ Etnia negra/afrodescendente, considerando que as disparidades observadas se relacionam a determinantes sociais de saúde e não apenas à genética (NCCN, 2025);	
	☐ Doença prostática prévia ou câncer de próstata diagnosticado precocemente (SBOC, 2025). O protocolo deve prever: ☐ Avaliação clínica individualizada com estratificação de risco; ☐ Exames de rastreamento indicados: PSA e exame digital retal (EDT) (INCA, 2023c); ☐ Encaminhamento para aconselhamento genético, em casos com histórico sugestivo de síndromes hereditárias (NCCN, 2024);	

	☐ Rastreamento periódico anual para indivíduos com risco elevado, conforme diretrizes nacionais e internacionais (SBOC, 2025; EAU apud AUA ET AL., 2024); ☐ Decisão compartilhada documentada, garantindo que o paciente compreenda os benefícios, limitações e potenciais efeitos adversos dos exames e tratamentos (LU ET AL., 2022).	
	Além disso, o protocolo deve incluir: ☐ Informações educativas sobre prevenção, fatores de risco, sinais e sintomas clínicos, como dificuldade para urinar, nictúria, jato urinário fraco, hematúria e disfunção erétil - manifestações inespecíficas que requerem avaliação médica (INCA, 2021); ☐ Discussão aberta sobre os riscos do rastreamento, como ansiedade, resultados falso-positivos, necessidade de biópsias invasivas e risco de tratar tumores indolentes (FENTON ET AL., 2018; SCHWARTZ ET AL., 2005);	
	☐ Garantia de um processo de cuidado centrado na pessoa, respeitando preferências, valores e o contexto individual (LU ET AL., 2022). É importante destacar que as principais diretrizes, como a do INCA, (2025), do MS (2023), do <i>United States Preventive Services Task Force</i> (USPSTF, 2018), e outras entidades internacionais como EAU, NCCN e AUA, não recomendam o rastreamento populacional sistemático, justamente pelos riscos envolvidos. Em vez disso, indicam a avaliação individualizada com base no risco, sempre mediada por decisão informada.	
	Por fim, o protocolo e sua pactuação devem estar explicitamente descritos no capítulo da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata do Plano Estruturado da certificação, contendo: Critérios de risco aumentado; Fluxogramas assistenciais; Estratégias de decisão compartilhada;	
	Registro do TCLE; Evidência da pactuação com a rede credenciada. A operadora deverá pactuar, por meio de contrato ou documento similar, com a rede de atenção primária - incluindo médicos de família -, bem como com clínicos e urologistas, um protocolo clínico baseado em evidências para o rastreamento individualizado do câncer de próstata em indivíduos com risco aumentado.	

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A previsão no Plano Estruturado no capítulo sobre a Linha de Cuidado do Câncer de próstata do protocolo de rastreamento individualizado de pacientes com risco aumentado para o câncer de próstata, mediante decisão compartilhada e assinatura de TCLE.	
☐ A avaliação amostral dos contratos com a rede de prestadores de serviços, garantindo que o protocolo de acompanhamento esteja formalizado. A verificação, nos materiais educativos, de informações específicas sobre o rastreamento individualizado de pacientes com risco aumentado de câncer de próstata.	



4.3.3	A operadora pactua com sua rede de serviços de atenção primária, clínicas e urologistas um protocolo de investigação para o diagnóstico precoce de câncer de próstata em homens com sinais e sintomas suspeitos. Interpretação	Essencial
	A operadora estabelece contratos ou documentos similares com sua rede de serviços de atenção primária, clínicas especializadas e urologistas, prevendo a utilização de um protocolo de investigação para o diagnóstico precoce do câncer de próstata em homens com sinais e sintomas suspeitos. O diagnóstico precoce busca reduzir a morbidade e mortalidade do câncer de próstata, concentrando-se na identificação da doença em seus estágios iniciais por meio de uma avaliação diagnóstica imediata.	
	O câncer de próstata é uma doença silenciosa, geralmente assintomática nas fases iniciais. Contudo, sinais clínicos e sintomas relacionados a essa neoplasia estão associados principalmente à disfunção miccional, como: ☐ Polaciúria; ☐ Disúria;	
	☐ Redução da força e do calibre do jato urinário; ☐ Nictúria; ☐ Hesitação; e ☐ Sensação de repleção miccional. Em estágios avançados, podem surgir sinais adicionais, tais como:	
	☐ Hematúria; ☐ Obstrução ureteral, com consequente hidronefrose; ☐ Uremia; ☐ Menos frequentemente, sangramento retal. Nos casos em que há metástases, é comum a presença de sintomas como:	

	☐ Dor óssea; ☐ Sintomas neurológicos, incluindo dores em diferentes locais, fraqueza, distúrbios esfincterianos urinários e retais; ☐ Além da presença de fraturas patológicas (SANTOS ET AL., 2017). Elementos essenciais para o diagnóstico precoce do câncer incluem a conscientização e a busca por assistência à saúde, a avaliação clínica e diagnóstica, e o acesso ao tratamento (INCA, 2021).	
	A detecção precoce do câncer de próstata é recomendada aos 40 anos para portadores da mutação BRCA2. Também se recomenda a decisão compartilhada sobre o rastreamento do PSA a partir dos 40 anos, considerando a possibilidade de realizar o rastreamento em intervalos anuais, em vez bienais, para indivíduos com outras mutações germinativas. Indivíduos com histórico familiar suspeito de câncer devem começar a decisão compartilhada sobre o rastreamento do PSA aos 40 anos (NCCN, 2024).	
	Contudo, existem diversas barreiras que podem interferir no diagnóstico do câncer de próstata, com destaque para: ☐ Baixa compreensão quanto às manifestações clínicas da doença (PAIVA ET AL, 2011); ☐ O estigma do câncer como doença incurável, que leva a população a evitar procurar serviços de saúde; ☐ A construção social da masculinidade como elemento simbólico influenciando o comportamento e o papel dos homens na sociedade (VIEIRA ET AL, 2024; PAIVA ET AL, 2011; GOMES ET AL, 2008);	
	☐ Necessidade de atualização dos profissionais de saúde, que pode comprometer a identificação e o acompanhamento adequado dos casos de câncer (PAIVA ET AL, 2011); e ☐ Dificuldade de acesso dos beneficiários aos serviços para avaliação, investigação diagnóstica e tratamento em tempo oportuno, de forma contínua e integrada.	
	Por isso, destaca-se a importância da decisão compartilhada com o paciente no contexto do diagnóstico precoce do câncer de próstata. Esse processo deve envolver a discussão sobre os possíveis benefícios e malefícios relacionados à: ☐ Dosagem do antígeno prostático específico (PSA); ☐ Realização do exame digital trans retal (EDT);	
	☐ Adoção da vigilância ativa; ☐ Uso de exames de imagem específicos para o diagnóstico precoce, como a ressonância magnética multi paramétrica da próstata (RM multi paramétrica); ☐ Biópsia prostática guiada por ultrassonografia; ☐ Definição do tratamento e estratégias de seguimento.	
	Essas decisões devem ser tomadas de forma colaborativa entre médico e paciente, respeitando o contexto clínico individual e as preferências pessoais (NCCN, 2024; INCA, 2023; NICE, 2019). É importante que as solicitações dos exames para dar prosseguimento à investigação do diagnóstico precoce do câncer de próstata sejam priorizadas e sigam a Via rápida Oncológica ou <i>Fast Track</i>, conforme previsto no item 1.1.8 . Essa abordagem visa garantir que os pacientes recebam um atendimento ágil e eficaz, reduzindo o tempo de espera e melhorando os desfechos clínicos.	
	A definição de protocolos de referência para a investigação diagnóstica de casos suspeitos é altamente recomendada. No entanto, os estudos disponíveis ainda não permitem determinar com precisão qual seria o protocolo ideal, uma vez que essas ferramentas necessitam de maior avaliação e validação.	
	É importante destacar que um protocolo de encaminhamento para investigação diagnóstica não tem como objetivo restringir a autonomia médica, mas sim atuar como suporte para o raciocínio clínico, auxiliando na tomada de decisões com base em evidências e melhores práticas assistenciais (INCA, 2015).	
	A concordância entre os resultados dos exames e a clínica oferece segurança diagnóstica e é fundamental para o planejamento terapêutico adequado. Quando há discordância entre esses elementos é necessário intensificar a investigação diagnóstica para garantir precisão do diagnóstico. Reforça-se a necessidade de a operadora disponibilizar material , atualizado, para os beneficiários da Operadora sobre estratégias para a detecção precoce e decisão compartilhada referente ao cuidado do Câncer de Próstata, conforme explicitado no item 4.2.1	
	Para o cumprir este item, a operadora deve pactuar com sua rede assistencial participante da certificação um protocolo de diagnóstico precoce , envolvendo clínicas urológicas, serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), urologistas e oncologistas. Esse protocolo deve assegurar uma abordagem integrada, coordenada e ágil para o diagnóstico do câncer de próstata.	
	Observa-se que este protocolo deve ser atualizado conforme as evidências científicas disponíveis e as recomendações de Diretrizes Clínicas ou Protocolos Terapêuticos específicos, fornecidos pelo MS, sempre que necessário. Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditores poderá verificar:	



	☐ Se o Plano Estruturado da Certificação em Atenção Oncológica define objetivamente um protocolo de investigação diagnóstica para o câncer de próstata em beneficiários que apresentam sinais e sintomas suspeitos, além de garantir que a rede assistencial está pactuada para assegurar a celeridade na continuidade da confirmação diagnóstica; e ☐ Nos contratos, de forma amostral, a existência de pactuação de protocolo para o diagnóstico precoce do câncer de próstata com os prestadores da rede assistencial.	
4.3.4	A Operadora pactua com sua rede de prestadores de serviços de métodos diagnósticos a realização de busca ativa dos pacientes com resultados críticos de exames de detecção precoce do câncer de próstata. Interpretação :	Essencial
	A operadora deve pactuar e estabelecer rotina com sua rede de prestadores de serviços de métodos diagnósticos para a realização de busca ativa de pacientes com resultados críticos de exames de detecção do câncer de próstata. Considera-se como resultados críticos de exames , aqueles com forte suspeita ou diagnóstico estabelecido de neoplasia maligna.	
	A ultrassonografia trans retal deve ser utilizada para orientar o local de biópsia (SANTOS ET AL, 2017)e é indicada para monitorar o aumento do volume prostático que é fator preditivo de detecção precoce do câncer de próstata. A ressonância nuclear magnética multiparamétrica (RNMm), permite a definição do estadiamento do tumor (SANTOS ET AL., 2017), além de ser útil no acompanhamento dos pacientes indicados para a vigilância ativa - uma estratégia descrita na literatura para evitar os problemas relacionados ao tratamento excessivo do câncer de próstata e reduzir danos relacionados ao sobre tratamento (INCA, 2021).	
	A Operadora de planos privados de assistência à saúde é responsável pelo credenciamento e referenciamento da sua rede de prestadores de serviços. Deve garantir o referenciamento dos beneficiários a centros de diagnóstico com os quais tenham sido estabelecidos acordos formais de direcionamento de resultados críticos, imediatamente após a detecção de alterações do volume da próstata.	
	O médico assistente de ser contatado no prazo máximo de 48h, a fim de viabilizar o prosseguimento de investigação e a continuidade do cuidado em tempo oportuno, contribuindo para a melhoria do cuidado ao paciente. A Rede de Prestadores de Serviços de métodos diagnósticos, contratada ou referenciada pela operadora e responsável pela realização da ultrassonografia trans retal e/ou ressonância magnética, deverá, nos casos de detecção de alterações especialmente em pacientes submetidos ao exame registrar a notificação no sistema de informações e entrar em contato com o médico assistente do paciente cujo exame apresentou alteração.	
	Os resultados diagnósticos obtidos por ultrassonografia trans retal e/ou ressonância magnética, não devem ser considerados isoladamente, uma vez que, apresentam capacidade diagnóstica limitada. Assim, recomenda-se a associação de diferentes métodos diagnósticos para aumentar a acurácia na detecção do câncer de próstata.	
	É importante destacar que a detecção de células cancerosas indolentes na próstata pode ocasionar sobre diagnóstico - considerado um dos maiores da medicina contemporânea - por meio do qual muitos homens com doença clinicamente insignificante são aconselhados a se submeter a cirurgias radicais desnecessárias ou radioterapia.	
	Observa-se que os critérios para definição de resultados críticos dos pacientes inseridos nesta Linha de Cuidado devem estar atualizados de acordo com as evidências científicas disponíveis e com as recomendações de Diretrizes Clínicas ou Protocolos Terapêuticos específicos , fornecidos pelo MS, sempre que necessário.	
	Para pontuar nesse item a operadora deve: ☐ Definir objetivamente como se estrutura as estratégias para busca ativa dos pacientes com resultados de exames alterados; ☐ Definir no contrato com os serviços de métodos diagnósticos credenciados ou referenciados pela operadora:	
	o A garantia de treinamento e atualização dos médicos, para o reconhecimento do conceito de exames críticos em Câncer de Próstata; o A identificação resultado crítico pelo profissional do centro diagnóstico, quanto através de sistemas de informação, programados para criar alertas relativos ao resultados de exames alterados; e o Os serviços responsáveis pelos métodos diagnósticos devem comunicar os valores críticos dos exames ao médico assistente, por meio do estabelecimento de protocolos objetivos e bem definidos para a efetivação da comunicação do alerta de forma rápida e objetiva.	
	o A atualização dos dados pessoais dos pacientes e dos médicos assistentes, para que a busca ativa ocorra. ☐ Disponibilizar ao auditor o acesso: o aos dados do sistema de informações, referentes as estratégias para busca ativa dos pacientes com resultados de exames alterados; o ao registro do contrato com os prestadores de serviços colaboradores, que realizam busca ativa dos pacientes com resultados de exames alterados;	



	o a lista dos beneficiários com resultados de exames alterados, que foram contatados pelo médico assistente. o a lista dos médicos assistentes dos beneficiários com exames alterados que foram contatados para serem informados sobre a alteração do exame; e o a lista dos beneficiários com resultados de exames alterados, que foram contatados pelo médico assistente e tiveram continuidade do cuidado em tempo oportuno (refazer exames, encaminhamento para outros procedimentos).	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ Se o Plano Estruturado da Certificação em Atenção Oncológica define objetivamente estratégias para busca ativa dos pacientes com resultados de exames alterados.	
	☐ Se o contrato com os serviços de métodos diagnósticos contém: o a definição de como se estrutura as estratégias para busca ativa dos pacientes com resultados de exames alterados; o a realização de treinamento e atualização dos médicos, para o reconhecimento do conceito de exames críticos em Câncer de Próstata; o o item relativo a identificação e programação de alertas para resultado crítico (de exames alterados), seja pelo profissional do centro diagnóstico, quanto através de sistemas de informações; e	
	o a atualização dos dados pessoais dos pacientes e dos médicos assistentes, para que a busca ativa ocorra. ☐ O acesso: o aos dados do sistema de informações, referentes as estratégias para busca ativa dos pacientes com resultados de exames alterados; o ao contrato com os prestadores de serviços colaboradores, que realizam busca ativa dos pacientes com resultados de exames alterados;	
	o A lista dos beneficiários com resultados de exames alterados, que foram contatados pelo médico assistente; o A lista dos médicos assistentes dos beneficiários com exames alterados que foram contatados para serem informados sobre a alteração do exame; e o A lista dos beneficiários com resultados de exames alterados, que foram contatados pelo médico assistente e tiveram continuidade do cuidado em tempo oportuno (refazer exame, encaminhamento para outros procedimentos).	
4.3.5	A operadora pactua com sua rede de prestadores de serviços de saúde protocolo para indicação do aconselhamento genético voltado a pacientes com história familiar que aponta para predisposição hereditária para o câncer de próstata. Interpretação :	Excelência



A operadora deve pactuar com a sua rede de atenção oncológica o encaminhamento de homens com potencial de risco de hereditariedade do câncer de próstata a consultas com aconselhamento genético. Esse encaminhamento deve estar sempre integrado ao Plano de Cuidado Individualizado e ocorrer durante o acompanhamento clínico individualizado, no contexto de um processo de decisão compartilhada com o paciente.
O Câncer de Próstata é uma doença heterogênea, causada por eventos frequentes, como fusões reguladas por andrógenos do gene <i>ERG</i> e de outros membros da família <i>ETS</i> (<i>E-26 transformation-specific</i>), ou mutações recorrentes de <i>SPOP</i> e, em outros casos, por aberrações genômicas menos comuns. Concomitantemente, mutações ou expressão gênica anormal associadas a genes clássicos, como <i>TP-53</i>, <i>PTEN</i>, <i>BRCA1</i> e <i>BRCA2</i> podem contribuir para o desenvolvimento desse câncer. Indivíduos com mutações nos genes <i>BRCA1</i> e <i>BRCA2</i> apresentam maior risco de desenvolver câncer de próstata sendo essas mutações associadas a subtipos mais agressivos e a menores taxas de sobrevivência (BORGES ET AL., 2021)
Os subtipos mais frequentes de câncer de próstata apresentam fusões dos genes da família <i>ETS</i>, que ocorrem em 50% dos casos, além das mutações, principalmente nos genes <i>ERG</i>, <i>SPOP</i>, <i>CHD1</i> e <i>BRCA1</i> e/ou <i>BRCA2</i> (BORGES ET AL., 2021)
O teste multigenico de linha germinativa, que inclui pelo menos os genes <i>BRCA2</i>, <i>ATM</i>, <i>CHEK2</i>, <i>BRCA1</i>, <i>RAD51D</i>, <i>PALB2</i>, <i>ATR</i>, <i>NBN</i>, <i>PMS2</i>, <i>GEN1</i>, <i>MSH2</i>, <i>MSH6</i>, <i>RAD51C</i>, <i>MRE11A</i>, <i>BRIP1</i>, <i>FAM175A</i>, <i>HOXB13</i> e <i>TP53</i> (NCCN, 2025) é recomendado (NCCN, 2024). O aconselhamento genético pós teste é fortemente recomendado quando uma mutação da linha germinativa (variante patogênica ou provavelmente patogênica) for identificada. O teste em cascata para os familiares é fundamental para informar o risco de câncer familiar em toda a família.
Esse aconselhamento genético também é indicado quando há histórico familiar positivo, mesmo que não sejam detectadas variantes patogênicas ou quando são identificadas apenas variantes da linha germinativa de significância incerta. Nesses casos, o objetivo é garantir a compreensão precisa das implicações familiares, além de revisar a necessidade de testes adicionais e/ou estratégias de acompanhamento. Os pacientes devem manter a equipe de saúde informada sobre qualquer atualização no histórico familiar de câncer (NCCN, 2024).
Indivíduos com mutações nos genes supressores tumorais <i>BRCA1</i> (<i>Breast cancer1</i>) e <i>BRCA2</i> (<i>Breast cancer2</i>) apresentam maior risco de desenvolver câncer de próstata em formas mais agressivas, com taxas mais elevadas de recorrência e mortalidade, início mais comum em jovens, maior frequência de comprometimento linfonodal e metástase à distância. As mutações germinativas heterozigóticas no gene <i>BRCA2</i> podem causar efeitos deletérios nos alelos funcionantes, especialmente quando expostos a medicamentos, radioterapia ionizante e agentes químicos mutagênicos (Borges et al, 2021).

Importante atentar que, embora a realização de testes genéticos para identificação de risco de câncer tenha aumentado substancialmente nos últimos anos, ainda persistem lacunas relevantes quanto à interpretação dos resultados e à continuidade do cuidado integrado e integral. A cobertura obrigatória do exame genético deve estar em conformidade com as Diretrizes de Utilização (DUT) para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar, conforme estabelecido no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (Resolução Normativa - RN ANS Nº 536, de 2022).
Para fins desta Certificação, o aconselhamento genético pode ser realizado por profissionais capacitados, como médicos urologistas, oncologistas ou onco geneticistas. Para pontuar nesse item, a operadora deve definir de maneira objetiva como se estrutura o protocolo de encaminhamento de pacientes com potencial de risco de hereditariedade a consultas para o aconselhamento genético, integrado ao plano de cuidado.
Devem constar nos contratos com a rede prestadora a pactuação de um protocolo para o encaminhamento à realização de aconselhamento genético de pessoas com risco de hereditariedade para o câncer de próstata. A operadora deve disponibilizar um documento escrito com as informações e assinatura do médico assistente e do beneficiário referente à decisão compartilhada.
Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ De forma amostral, os contratos ou documentos similares com os prestadores de serviço participantes desta certificação com a previsão do protocolo de encaminhamento para realização do aconselhamento genético.
☐ O sistema de informação da operadora que identifica os beneficiários que realizaram o aconselhamento genético. ☐ O sistema de contas médicas para atestar o faturamento das consultas para aconselhamento genético. ☐ A previsão no plano estruturado da certificação em atenção oncológica o protocolo que define objetivamente o encaminhamento de pacientes com risco de hereditariedade para o câncer de próstata para realização de aconselhamento genético.
Referências Bibliográficas do Requisito 4.3: ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE UROLOGIA (AUA); AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS); AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS (AAFP); CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC); NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS); EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY (EAU); SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). Diretrizes oficiais e documentos consultados em 2024.
BORGES, A. O. et al. Alterações moleculares no desenvolvimento do câncer de próstata. Research, Society and Development, v. 10, n. 16, e539101623969, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/23969/21189/287635>. Acesso em: 11 nov. 2024. INCA, Detecção Precoce, 2025. Disponível em https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/prostata GOMES, R et al. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. Ciênc. saúde coletiva 13 (1). Fev 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Rvd3n4yJFK76Y76XfwZBPsd/>. Acesso em: 08 nov. 2024.
FENTON, J. J., et al. Prostate Cancer Screening: A Review of Current Recommendations. JAMA, 2018. HUGOSSON, J., et al. Mortality Results from the Göteborg Randomised Population-Based Prostate-Cancer Screening Trial. The Lancet Oncology, 2019. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) . Ministério da Saúde. Detecção precoce do câncer de próstata: orientações para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2015a.
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) . Ministério da Saúde. Posicionamento do Ministério da Saúde/INCA sobre integralidade da saúde do homem no contexto do novembro Azul . Rio de Janeiro: INCA, 2015b. Disponível em:<https://www.inca.gov.br/publicacoes/notas-tecnicas/posicionamento-do-ministerio-da-saude-inca-sobre-integralidade-da-saude> Acesso em: 25 jun. 2024. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) . Ministério da Saúde. Publicações. Cartilhas. Câncer de próstata: Vamos falar sobre isso? 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: INCA, 2019a. Disponível em:<https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartilhas/cancer-de-prostata-vamos-falar-sobre-isso>. Acesso em: 08 nov. 2024.
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) . Ministério da Saúde. Publicações. Infográficos. Apoio à decisão no rastreamento do câncer de próstata. Rio de Janeiro: INCA, 2019b. Disponível em:<https://www.inca.gov.br/publicacoes/infograficos/ferramenta-de-apoio-decisao-no-rastreamento-do-cancer-de-prostata>. Acesso em: 08 nov. 2024. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) . Ministério da Saúde. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. - 6. ed. rev. atual. - Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro_abc_6ed_0.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2024
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) . Ministério da Saúde. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de próstata. Rio de Janeiro: INCA, 2023. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Detecção Precoce do Câncer . Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>. Acesso em: 25 maio 2024.



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) . Ministério da Saúde. **Diretrizes atualizadas para rastreamento individualizado do câncer de próstata**. Rio de Janeiro: INCA, 2025.

LU, Y. et al. Shared decision making in prostate cancer screening and treatment: a review. **JAMA Oncology** , 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **NOTA TÉCNICA Nº 9/2023-COSAH/CGACI/DGCI/SAPS/MS** . Disponível em:<notatecnica_rastreio_cancer_de_prostata_2023a.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Próstata**. Brasília: MS, 2023b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Nota técnica de Recomendação pelo não rastreamento populacional do câncer de próstata**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Acesso em: 10 jun. 2025.

MOTTET, N. et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer-2020 Update. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. **European Urology**, v. 79, n. 2, p: 243-262, 2021.Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0302283820307697?via%3Dihub>>. Acesso em 17 out. 2024.

MUSSI, T. C. A ressonância magnética multiparamétrica de próstata nos dias atuais. *Einstein*, v. 16, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/eins/a/GjCKpBNCw5V49QDLF64ZWCB/?lang=pt>> .Acesso em: 27 set. 2022.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). Guidelines Version 2.2024 . **Prostate Cancer Early Detection** . Disponível em: <<https://www.nccn.org/home>>. Acesso em 08 nov. 2024.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH CARE EXCELLENCE (NICE). **Prostate cancer: diagnosis and management** . NICE guideline.Nice guideline,2019.Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng131/resources/prostate-cancer-diagnosis-and-management-pdf-66141714312133>>. Acesso em: 08 nov 2024.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). *Clinical Practice Guidelines in Oncology: Prostate Cancer Early Detection*. Version 2. Fort Washington, PA: NCCN, 2024.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). *Clinical Practice Guidelines in Oncology: Prostate Cancer*. Version 1. Fort Washington, PA: NCCN, 2025.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). **Clinical Practice Guidelines in Oncology: Prostate Cancer Early Detection. Version 2**. Fort Washington, PA: NCCN, 2024.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). **Clinical Practice Guidelines in Oncology: Prostate Cancer. Version 1**. Fort Washington, PA: NCCN, 2025.

PAIVA, E.P.; MOTTA, M.C.S.; GRIEP, R.H. Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 19 (1). Fev 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/FBmLqZBqjH3Tr6V8x6KCrMs/?lang=pt#ModalTutors>>. Acesso em: 08 nov. 2024.

SANTOS, F. S.*et al.* Câncer de próstata: uma breve revisão atualizada.*Acta méd. (Porto Alegre)*; 38(2): [7], 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883329/ca_de_prostata-finalb_rev.pdf>.Acesso em: 08 nov. 2024.

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde.Nota técnica de Recomendação pelo não rastreamento populacional do câncer de próstata.Brasília: 2023. Acesso em: 10/06/2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). Diretrizes para Tratamentos Oncológicos - Próstata Doença Localizada, 2025. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcglclefindmkaj/[https:// sboc.org.br/images/Diretrizes-2025/pdf/Diretrizes-SBOC-2025---Prostata-localizado-v8-FINAL.pdf](https://sboc.org.br/images/Diretrizes-2025/pdf/Diretrizes-SBOC-2025---Prostata-localizado-v8-FINAL.pdf)>. Acesso em: 08 nov. 2024.

SCHWARTZ, L. M., et al. The Role of Expectations in Patients' Reporting of Symptoms and Side Effects. **Medical Decision Making** , v. 25, n. 1, p. 57-64, 2005.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Final recommendation statement: prostate cancer screening. Rockville: U.S. Preventive Services Task Force, **JAMA** , 319(18):1901-1913,2018. Disponível em: <<https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/document/RecommendationStatementFinal/prostate-cancer-screening>>. Acesso em: 24 ago. 2022.

VIDAL, E. I. O et al. Posicionamento da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos.Cad. **Saúde Pública** 38 (9),2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/JH99CDHVZVLMhHjv8XjTSzm/?lang=pt#>>. Acesso em 08 nov. 2024.

VIEIRA, G.S.; Souza, C.G.; Bermudéz, X. P. D. Entre o estigma e a saúde: itinerários de pacientes com câncer de próstata. **Saúde debate** 48 (142), 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/X5pWhMdP7pHpQwNWsH9QQHs/#>>. Acesso em 07 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guide to cancer early diagnosis** . World Health Organization, 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254500>>. Acesso em: 30 jun. 2025.

4.4 Diagnóstico - Câncer de Próstata

Requisito que avalia as ações da operadora na organização do cuidado aos beneficiários com suspeita diagnóstica de Câncer de Próstata, o acesso à exames de diagnóstico e o encaminhamento para o tratamento efetivo e em tempo oportuno.

4.4.1	A operadora deve assegurar o encaminhamento, em tempo oportuno, de indivíduos com resultados suspeitos para câncer de próstata aos Laboratórios de Anatomopatologia que adotam padrões técnicos pactuados . Interpretação:	Essencial



	A confirmação diagnóstica do câncer de próstata é realizada por meio do exame anatomopatológico do material prostático obtido via biópsia, sendo a forma definitiva de estabelecer o diagnóstico da neoplasia (INCA, 2023). A indicação para biópsia deve ser feita pelo médico assistente, com base em critérios clínicos e laboratoriais, como:	
	▣ Idade; ▣ História familiar e fatores de risco; ▣ Alterações no PSA;	
	▣ Resultado do toque retal; ▣ Achados de imagem, como a ressonância magnética da próstata. Os pacientes com suspeita clínica e/ou laboratorial devem ser encaminhados de forma célere para laboratórios de anatomopatologia designados pela operadora e integrados à linha de cuidado oncológico, para realização do exame de confirmação diagnóstica. A operadora deve assegurar que os laboratórios referenciados:	
	Adotem relatórios padronizados, incluindo o Gleason Score, conforme recomendações das diretrizes clínicas vigentes; Estejam integrados em rede com os serviços ambulatoriais de atenção oncológica e com os serviços hospitalares de referência vinculados à Linha de Cuidado, garantindo a continuidade e integralidade do cuidado. O laudo anatomopatológico deve seguir padronização técnica, incluindo: ▣ A descrição detalhada do achado histológico;	
	▣ A graduação do tumor segundo o Sistema de Gleason, que classifica o grau de agressividade da neoplasia e fornece subsídios essenciais para a definição do tratamento (NCCN, 2024). ▣ As solicitações de exames anatomopatológicos para confirmação diagnóstica do câncer de próstata devem ser inseridas na Via Rápida ou Fast Track Oncológico, conforme estabelecido no item 1.1.10 do Manual, garantindo celeridade na definição diagnóstica e início do tratamento, com impacto positivo sobre os desfechos clínicos.	
	Para o cumprimento deste item, a operadora deverá: ▣ Referenciar os pacientes com resultados suspeitos para a realização do exame anatomopatológico em tempo oportuno nos laboratórios indicados para participar da Linha de Cuidado; ▣ Garantir que os laboratórios indicados emitam laudos padronizados que adotem o Sistema Gleason de Classificação como parâmetro obrigatório;	
	▣ Pactuar a padronização dos Laudos com os laboratórios de Anatomopatologia por meio de contratos ou documentos similares. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar: ▣ A existência, no Plano Estruturado, de serviços referenciados para realização de exames anatomopatológicos voltados à confirmação diagnóstica;	
	▣ Contratos, convênios ou documentos similares que comprovem a pactuação com os laboratórios indicados; ▣ O sistema de informação da operadora com dados consolidados dos exames realizados nos serviços de referência; ▣ O sistema de contas médicas, faturamento ou equivalente, para rastreamento dos exames realizados nos serviços indicados; ▣ Visitas técnicas, presenciais ou remotas, aos serviços referenciados, a critério da equipe de auditoria, para verificação da conformidade técnica, estrutural e dos fluxos de atendimento.	
4.4.2	A Operadora deve incluir na autorização inicial de exame anatomopatológico, a pré-autorização do exame imuno histoquímico para o diagnóstico completo do câncer de próstata quando indicado pelo médico assistente. Interpretação :	Essencial
	Para garantir diagnóstico oportuno, preciso e integral do câncer de próstata, é indispensável que, no momento da autorização do exame anatomopatológico, a operadora inclua a pré- autorização do exame imuno histoquímico, sempre que houver solicitação clínica fundamentada do médico assistente. Essa medida assegura a continuidade do processo diagnóstico, em tempo oportuno, reduzindo barreiras administrativas e promovendo decisões terapêuticas mais rápidas e baseadas em evidências (HAMMOND ET AL., 2020; HENRY ET AL., 2019).	



A autorização deve estar prevista na Via Rápida de autorização "Fast Track" oncológico, estabelecido na árvore de atendimento do SAC da operadora.

A inclusão da pré-autorização do exame imuno histoquímico propicia celeridade ao diagnóstico e a definição dos fatores prognósticos indispensáveis para tomada de decisão, viabilizando assim, o melhor resultado do cuidado em saúde.



O diagnóstico de Câncer de Próstata necessariamente depende de exame anatomopatológico. A imuno-histoquímica também desempenha uma função relevante. Este último exame utiliza um painel específico de anticorpos que permitem definir o perfil molecular tumoral, tendo assim papel fundamental em prognosticar o Câncer de Próstata e predizer benefício a terapia sistêmica (MAGI-GALLUZZI, 2018; ALMEIDA ET AL., 2007). Esta medida garante ao serviço de patologia de que não haverá glosas dos exames caso respeite o critério da autorização (presença de carcinoma) e evitará atrasos diagnósticos e consequentemente do início do tratamento dos pacientes com câncer de próstata.		
Todo exame anatomopatológico compatível com neoplasia de próstata invasiva ou "in situ" permite que o serviço de patologia inicie o painel imuno-histoquímico, enquanto a autorização final seja liberada durante esse processo. Tal medida garante ao serviço de patologia de que não haverá glosas dos exames caso respeite o critério da autorização (presença de carcinoma) e evitará atrasos diagnósticos e consequentemente do início do tratamento dos pacientes com câncer de próstata.		
O tratamento excessivo é um desafio no cuidado ao Câncer de Próstata, desse modo, é importante saber quais pacientes precisarão de tratamento invasivo, já que possuem tumores agressivos, e quais apresentariam a doença indolente. Como existe muita heterogeneidade do Câncer de Próstata, fatores prognósticos clássicos, como PSA sérico, estadiamento patológico e escore de Gleason não são suficientemente precisos para diferenciar de maneira confiável, os cânceres indolentes dos agressivos. Assim, biomarcadores de prognóstico molecular podem ser ferramentas essenciais no manejo clínico desse tipo de câncer (MAIA ET AL., 2022; ALMEIDA ET AL., 2007).		
Embora os achados microscópicos continuem sendo o padrão-ouro para o diagnóstico de carcinoma prostático, casos difíceis podem se beneficiar de estudos imuno-histoquímicos. A ausência de células basais, um critério importante em que o diagnóstico do Câncer de Próstata é fundamentado, pode dificultar a avaliação de cortes teciduais de rotina e pode precisar confirmação por marcadores imuno-histoquímicos, principalmente quando se trata de um número limitado de glândulas atípicas (MAGI-GALLUZZI, 2018).		
A aparência das células basais pode variar substancialmente: células secretoras cortadas tangencialmente e fibroblastos estromais podem mimetizar células basais. Além disso, células tumorais distorcidas e esmagadas em pequenos focos de câncer podem mimetizar células basais.		
A autorização prévia do exame imuno-histoquímico deve ser emitida juntamente com a autorização de exame anatomopatológico para que seja realizada imediatamente, sempre que indicada. Esta medida garante ao serviço de patologia de que não haverá glosas dos exames, caso seja respeitado o critério da autorização prévia, que é a presença de câncer de próstata. Esse procedimento evita atrasos diagnósticos e consequentemente o início tardio do tratamento dos pacientes com câncer de próstata. Para cumprir este item, a operadora deve:		
· Fornecer conjuntamente a autorização do exame anatomopatológico e a pré-autorização do exame imuno-histoquímico. A operadora deve dar cobertura exame imuno-histoquímico, quando indicado, de acordo com o protocolo pactuado. · Pactuar com a rede de laboratórios de anatomopatologia os critérios para a realização do exame imuno-histoquímico. Possíveis Formas de Verificação de Evidências:: A equipe de auditores poderá verificar:		
· Os contratos ou documentos similares entre a operadora e os Laboratórios de Anatomopatologia que estabelecem o protocolo de realização do exame de imuno-histoquímica após o exame anatomopatológico. · No sistema de informações da operadora a cobertura do exame imuno-histoquímico para o diagnóstico completo do câncer de próstata. · Os critérios estabelecidos pela operadora para a autorização do exame anatomopatológico e para a pré-autorização da análise imuno-histoquímica referente ao câncer de próstata.		
· A data de autorização do exame anatomopatológico e a data pré autorização do exame imuno-histoquímico. · E comparar a data da autorização da análise imuno-histoquímica e pré-autorização da análise imuno-histoquímica e realização da análise imuno-histoquímica para conformação diagnóstica para o câncer de próstata. · As faturas e sistema de contas médicas, com o registro da data do pagamento do exame anatomopatológico e da análise imuno-histoquímica para conformação diagnóstica para o câncer de próstata.		

4.4.3	A operadora deve pactuar com sua rede de Laboratórios de Anatomopatologia a emissão de laudos anatomopatológicos completos e padronizados. Interpretação:	Essencial
	O laudo anatomopatológico é o documento que formaliza a confirmação diagnóstica do câncer de próstata, sendo elaborado pelo patologista com base na análise histológica do material obtido por biópsia prostática. A interpretação adequada requer a integração de dados clínicos, laboratoriais e de imagem, permitindo uma correlação diagnóstica precisa e orientada ao cuidado individualizado (ANS, 2016; INCA, 2023).	
	A crescente complexidade do entendimento das neoplasias exige laudos mais estruturados, com informações explícitas e objetivas sobre o tipo tumoral, grau histológico, padrão de invasão e outros parâmetros prognósticos de modo a dar suporte à definição do plano terapêutico para pacientes com câncer de próstata. No câncer de próstata, a adoção do Gleason Score como sistema obrigatório de gradação histológica é essencial para definir a agressividade do tumor e orientar as decisões clínicas.	

	É importante que a padronização adote o uso do Sistema Gleason, que estabelece o Gleason Score (ou escore de Gleason), que é um sistema de classificação utilizado para avaliar a agressividade do câncer de próstata com base nas características microscópicas das células tumorais obtidas por biópsia e tem como principais finalidades:			
	☐ Determinar o grau de diferenciação do tumor, ou seja, o quanto as células cancerígenas se parecem com células prostáticas normais. ☐ Avaliar a agressividade do câncer, quanto mais altas as pontuações, mais agressivo é o tumor. ☐ Guiar a escolha do tratamento, o escore ajuda médicos e pacientes a decidir entre vigilância ativa, cirurgia, radioterapia, entre outras abordagens.			
	☐ Prever o prognóstico, escores mais altos estão associados a maior risco de progressão e metástases. O patologista atribui duas notas de 1 a 5: ☐ A primeira nota corresponde ao padrão mais comum de células tumorais na amostra. ☐ A segunda nota é dada ao segundo padrão mais comum. A soma dessas duas notas forma o Gleason Score , que varia de 6 a 10 (notas 1 e 2 deixaram de ser usadas por consenso internacional).			
	Quadro 1 - Sistema Gleason: Escores e Grupos de Grau			
	Gleason Score	Grupo de Grau	Descrição	
	≤ 6	1	Tumor bem diferenciado (baixo risco)	
	3 + 4 = 7	2	Intermediário favorável	
	4 + 3 = 7	3	Intermediário desfavorável	
	8	4	Alto risco	
	9-10	5	Altíssimo risco	
	Quadro 2 - Graduação Histopatológica do INCA			
	Grupo	Grau de Diferenciação	Gleason Score	Observação
	GX	Não avaliado	-	Grau não pode ser determinado
	G1	Bem diferenciado	2-4	25% de chance de disseminação em 10 anos
	G2	Moderadamente diferenciado	5-6	50% de chance de disseminação em 10 anos
	G3-G4	Pouco diferenciado/indiferenciado	7-10	75% de chance de disseminação em 10 anos
	Fonte: INCA, 2002; 2023. Padronização Técnica do Laudo Anatomopatológico: A operadora deve assegurar que os laboratórios indicados para a Linha de Cuidado: Emitam laudos anatomopatológicos completos e padronizados contendo os seguintes componentes obrigatórios:			
	☐ Tipo histológico da neoplasia; ☐ Grau histológico de diferenciação; ☐ Estadiamento tumoral pelo sistema TNM; ☐ Escore de Gleason (duas notas e somatório); ☐ Grupo de Grau (Grade Group);			
	☐ Descrição da presença de invasão vascular, perineural e índice proliferativo (quando aplicável). Adotem modelos padronizados de laudo, preferencialmente no formato sinóptico, com estrutura clara e campos específicos; Sejam integrados em rede com os serviços ambulatoriais e hospitalares da atenção oncológica; Estejam em articulação com demais profissionais envolvidos no cuidado oncológico, como urologistas, oncologistas e radiologistas, para garantir correlação clínica eficaz.			



	A padronização e completude do laudo promovem a uniformização da linguagem técnica entre os pontos da rede assistencial, favorecem decisões terapêuticas precisas e contribuem para a integralidade do cuidado ao paciente oncológico. Para cumprimento deste item, a operadora deverá: ☐ Pactuar formalmente (via contrato ou documento similar) com os laboratórios integrantes da Linha de Cuidado a emissão de laudos completos e padronizados;	
	☐ Garantir que o modelo de laudo utilizado inclua obrigatoriamente o Gleason Score e outros parâmetros técnicos relevantes; e ☐ Assegurar a integração entre os sistemas de laudo e os pontos da rede de atenção oncológica. Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar:	
	☐ O Plano Estruturado da Linha de Cuidado com as estratégias de pactuação com a rede de laboratórios; ☐ A existência de cláusulas contratuais ou documentos similares que prevejam a emissão de laudos completos e padronizados; ☐ Modelos de laudos utilizados; ☐ Registros de exames anatomopatológicos emitidos com os elementos obrigatórios; e ☐ Visitas técnicas (presenciais ou remotas) aos laboratórios, para verificação da estrutura e da conformidade dos laudos com o padrão exigido.	
4.4.4	Os Laboratórios de Anatomopatologia participantes desta certificação monitoram e enviam os laudos anatomopatológicos completos para o médico assistente que os solicitou. Interpretação	Essencial
	A operadora deve pactuar e estabelecer rotinas com os Laboratórios de Anatomopatologia que participam desta Linha de Cuidado, para que enviem ao médico solicitante os laudos anatomopatológicos completos e padronizados com a confirmação de câncer de próstata, em até 48 horas após a emissão do laudo, para que o acompanhamento da paciente possa prosseguir em tempo oportuno.	
	O laudo anatomopatológico e as informações sobre o estadiamento devem ser encaminhados ao médico solicitante na jornada de cuidado oncológico do paciente, para que se garanta a segurança e a elaboração do Plano de Cuidado Individualizado. É responsabilidade dos envolvidos no diagnóstico se certificarem de que os laudos suspeitos ou positivos para malignidade foram recebidos por aqueles com capacidade para encaminhar o cuidado do paciente (ANS, 2016).	
	A implementação de um serviço de busca ativa para garantir que os resultados dos exames alterados sejam conhecidos pode ser uma ferramenta importante na organização da rede de cuidados. O objetivo desse instrumento é assegurar que tanto os pacientes quanto os médicos solicitantes tenham acesso a resultados de exames alterados, mesmo que o paciente não retorne para buscá-los (ANS, 2016).	
	Para isso há a necessidade de criação de alertas para resultados críticos no sistema de informação dos laboratórios para que entrem em contato com o médico solicitante garantindo a continuidade do cuidado. Essa é uma medida relativamente simples, mas que tem um impacto sistêmico importante (ANS, 2016).	
	Essas ações de comunicação com o médico solicitante do procedimento visam viabilizar o prosseguimento da investigação, contribuindo para melhores desfechos clínicos. Portanto, o estabelecimento dessa rotina é essencial para garantir agilidade no diagnóstico e na definição dos fatores prognósticos, que são indispensáveis para a tomada de decisão.	
	O envio oportuno do laudo anatomopatológico completo, com a confirmação diagnóstica e o resultado do estudo do perfil imuno-histoquímico, permite o início célere do tratamento, o que pode melhorar o prognóstico e proporcionar melhores resultados no cuidado das pacientes com câncer de próstata.	
	É importante que o laudo completo seja enviado juntamente com o resultado do estudo do perfil imuno-histoquímico, o qual deve ser pré-autorizado conforme o item 4.4.2. Essa documentação é indispensável e fundamental para a tomada de decisão terapêutica, tanto na definição quanto no descalonamento do tratamento.	
	O estabelecimento que coletou a amostra para a realização da biópsia deve manter um protocolo que solicite a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da realização do exame, incluindo a autorização para o encaminhamento dos resultados ao médico solicitante em caso de resultado positivo para câncer de próstata. Caso o beneficiário se recuse a autorizar o encaminhamento dos resultados ao médico solicitante, deverá assinar uma declaração informando sua recusa, que deve ser documentada pelo estabelecimento que coletou a amostra.	
	O Laboratório indicado para participar desta Linha de Cuidado deverá implementar um sistema de alerta para a rápida identificação dos exames alterados e, em seguida, enviar o laudo completo e padronizado ao médico solicitante no prazo de 48 horas. Para a operadora pontuar nesse item, os Laboratórios de Anatomopatologia participantes de Linha de Cuidado, deverão monitorar os exames e enviar os laudos com resultados alterados ao médico solicitante em até 48 horas, para que o acompanhamento e o tratamento do paciente possam prosseguir em tempo oportuno.	





	Para pontuar nesse item, operadora deve prever em contrato ou documento similar com os Laboratórios de Anatomopatologia: ☐ O envio dos laudos anatomopatológicos completos e padronizados, conforme descrito no item 4.4.3 deste manual, ao médico solicitante, no prazo máximo de 48 horas após a emissão do laudo.	
	☐ A implementação de um sistema de alerta para a rápida identificação dos exames com laudos alterados. ☐ A existência de um cadastro com os contatos de pacientes e médicos solicitantes, para que seja realizada a busca ativa, respeitando o disposto na LGPD. ☐ A implementação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual deve constar a autorização da paciente para encaminhamento do resultado ao médico assistente.	
	☐ A pactuação citada deve ser realizada entre a operadora e os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar desta Linha de Cuidado, independentemente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada. Para pontuar nesse item, a operadora deve prever em contrato com os Laboratórios Anatomopatológicos, independente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada:	
	☐ O envio dos laudos anatomopatológicos completos e padronizados, conforme descrito no item 4.4.3 deste manual, ao médico solicitante, no prazo máximo de 48 horas após a emissão do laudo. ☐ A implementação de um sistema de alerta para a rápida identificação dos exames com laudos alterados. ☐ A implementação de um cadastro com os contatos de pacientes e médicos solicitantes, para seja realizado o envio dos laudos aos médicos solicitantes, respeitando o disposto na LGPD.	
	A operadora deve prever em contrato com os Serviços de Diagnóstico por Imagem - Ressonância Nuclear Magnética (RNM) multiparamétrica da próstata do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual deve constar a autorização da paciente para encaminhamento do resultado ao médico solicitante. Para pontuar nesse item, a operadora deve prever em contrato ou documento similar com os Laboratórios de Anatomopatologia:	
	· O envio dos laudos anatomopatológicos completos e padronizados, conforme descrito no item 4.4.2 deste manual, ao médico solicitante, no prazo máximo de 48 horas após a emissão do laudo. · A implementação de um sistema de alerta para a rápida identificação dos exames com laudos alterados. · A existência de um cadastro com os contatos de pacientes e médicos solicitantes, para que seja realizada a busca ativa, respeitando o disposto na LGPD.	
	· A implementação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual deve constar a autorização da paciente para encaminhamento do resultado ao médico assistente. A pactuação citada deve ser realizada entre a operadora e os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar desta Linha de Cuidado, independentemente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · No capítulo da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata do Plano Estruturado a previsão da pactuação com os Laboratórios Anatomopatológicos das estratégias de envio dos laudos alterados para o médico solicitante. · Nos contratos, de forma amostral, entre a operadora e os Laboratórios de Anatomopatologia, que devem conter:	
	A definição das estratégias para envio dos laudos alterados para o médico solicitante, incluindo o sistema de alertas para resultados alterados. A existência de um cadastro de pacientes e médicos assistentes, para que o envio dos laudos alterados para os médicos solicitantes possam ser efetivamente executados. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, aos Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar desta Linha de cuidado.	
4.4.5	A operadora deve pactuar, em conjunto com os Serviços de Atenção Oncológica participantes da Linha de Cuidado, a adoção de protocolo clínico estruturado, para a realização do estadiamento do câncer de próstata, antes da elaboração do Plano de Cuidado Individualizado. Interpretação	Essencial
	O estadiamento do câncer de próstata é um processo sistemático que determina a extensão anatômica e o impacto funcional da neoplasia. Essa etapa é decisiva para a escolha de condutas terapêuticas, previsões prognósticas e definição de metas de tratamento (MS, 2024). O estadiamento deve ser realizado imediatamente após a confirmação diagnóstica por biópsia. Essa etapa fornece subsídios críticos para:	



	☐ Classificação do estágio clínico e patológico da neoplasia; ☐ Definição da estratégia terapêutica; ☐ Previsão de prognóstico; ☐ Planejamento do seguimento clínico (INCA, 2023; MS, 2024).						
	Sistema TNM e Critérios Complementares O sistema TNM da UICC/AJCC (BRIERLEY ET AL., 2016) é o método padrão para o estadiamento do câncer de próstata. Ele classifica a doença com base nos seguintes critérios: ☐ T (Tumor) : Avaliação do volume tumoral e da extensão local (T1 a T4);						
	☐ N (Nódulos linfáticos regionais) : Presença ou ausência de metástase ganglionar (NO ou N1); ☐ M (Metástases à distância) : Identificação de disseminação neoplásica, principalmente para ossos, pulmões e fígado (M0 ou M1a-c); ☐ PSA sérico e Gleason Score: fatores prognósticos essenciais que complementam a classificação TNM. Esses elementos devem ser registrados no prontuário e no Plano de Cuidado Individualizado , sustentando a definição da estratégia terapêutica. Exames Recomendados para o Estadiamento (SBOC, 2024)						
	Exame Clínico: ☐ Toque retal avalia limite prostático, consistência, presença de nódulos e volume. ☐ Histórico com sintomas de compressão medular (dor radicular, distúrbios sensoriais). Exames Laboratoriais: ☐ PSA total e livre, com valor de corte ajustado à idade.						
	☐ Hemograma completo; ☐ Bioquímica (ureia, creatinina, AST, ALT, bilirrubinas, albumina): avalia condições para cirurgia ou quimioterapia. ☐ Testosterona; ☐ Fosfatase alcalina (FALC): marcador de doença óssea. ☐ Coagulograma (TP, TTPa): necessário antes de biópsia ou procedimentos invasivos.						
	Exames de Imagem: ☐ RM multi paramétrica (mpMRI): para avaliação local e detecção de extra prostática. Utilização de pontuação PI-RADS. ☐ TC de tórax, abdome e pelve com contraste: avaliação de linfonodos e possíveis metástases viscerais. ☐ Cintilografia óssea com Tc-99m: em pacientes com PSA elevado, Gleason alto ou sintomas ósseos - pesquisa de metástases ósseas. ☐ Densitometria óssea: considerada em pacientes sem cintilografia, como alternativa.						
	☐ RM/TC da coluna ou pelve caso haja sintomas articulares ou neurológicos. Definição de Estágio Clínico: Cronograma de estádios no diagnóstico: ☐ Tumor localizado (T1-T2) o → T1 incidental, T2 palpável, mas ainda restrito à próstata.						
	☐ Doença localmente avançada (T3-T4) o → T3 se extraprostático; T4 quando invade estruturas adjacentes. ☐ Comprometimento nodal (N+) o → Detectado via imagem ou biópsia de nódulo suspeito. ☐ Doença metastática (M1)						
	o → Evidência de metástase óssea ou visceral. Esses estádios determinam se o paciente segue para abordagem curativa, cirurgia, radioterapia, terapêutica sistêmica ou avaliação para cuidados paliativos. Estratificação Prognóstica e Planejamento O protocolo deve relacionar:						

	☐ Estágio TNM com PSA e Gleason Score (Score ³8 e PSA >20 => entrada em grupo de alto risco). ☐ Pacientes de baixo risco (T1/T2a, PSA <10, Gleason ≤6) → vigilância ativa. ☐ Intermediário e alto risco → terapias combinadas com duplo ou triplo enfoque. Abaixo, a estratificação clínica com base em TNM, PSA e Gleason Score: Grupamento por Estágios Clínicos:						
	Estágio	T	N	M	PSA	Gleason Score	Grupo Histológico
	I	cT1a-cT2a ou pT2	NO	M0	< 10	até 6	1
	IIA	cT1a-cT2a ou pT2	NO	M0	10-20	até 6	1
	IIA	cT2b/cT2c	NO	M0	< 20	até 6	1

	IIB	T1/T2	NO	M0	< 20	3 + 4 = 7	2	
	IIC	T1/T2	NO	M0	< 20	4 + 3 = 7 ou 8	3 ou 4	
	IIIA	T1/T2	NO	M0	< 20 ou ³ 20	até 8	1-4	
	IIIB	T3/T4	NO	M0	Qualquer	até 8	1-4	
	IIIC	Qualquer	NO	M0	Qualquer	9 ou 10	5	
	IVA	Qualquer	N1	M0	Qualquer	Qualquer	Qualquer	
	IVB	Qualquer	Qualquer	M1	Qualquer	Qualquer	Qualquer	
	Fonte: Adaptado de INCA (2023) e SBOC (2024).							
	A definição do estadiamento deve ser realizada pelo médico assistentes com base na avaliação clínica de acordo com protocolo baseado em evidências científicas pactuado. Para cumprir esse item a operadora deve: ☐ Prever a pactuação do protocolo de Estadiamento no Plano Estruturado da Linha de Cuidado (item 1.1.1), detalhando as rotinas laboratoriais e de imagem.							
	☐ Pactuar por meio de contratos ou documentos similares com a rede prestadora a adoção formal do protocolo de estadiamento; ☐ Inserir os exames de estadiamento na via rápida prioritária (Fast Track) da Central de Atendimento para garantir celeridade. ☐ Pactuar que os exames de estadiamento sejam realizados antes do início do tratamento oncológico; ☐ Pactuar que o estadiamento será item obrigatório do Plano de Cuidado Individualizado (item 4.5.1). Formas de Verificação de Evidências							
	A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ Previsão do protocolo no Plano Estruturado; ☐ Existência de protocolo clínico no Plano Estruturado da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata; e ☐ Evidências documentais dos exames realizados; ☐ Visitas presenciais ou remotas aos serviços indicados.							
4.4.6	A Operadora monitora o tempo entre a emissão do resultado do exame com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico. Interpretação:							Excelência
	A operadora deve monitorar o tempo entre a emissão do laudo do exame com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico, conforme ficha técnica estabelecida no capítulo 12 deste manual.							
	Achados no exame clínico (toque retal) combinados com o resultado da dosagem do antígeno prostático específico (PSA, na sigla em inglês) no sangue podem indicar a existência da doença. Nesses casos, a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) multi paramétrica da próstata deve ser realizada com o objetivo de visualizar lesões suspeitas na próstata. O resultado da ultrassonografia, por sua vez, poderá mostrar a necessidade de biópsia prostática trans retal.							
	O diagnóstico de certeza do câncer é feito pelo estudo histopatológico do tecido obtido pela biópsia da próstata. O relatório anatomopatológico deve informar a graduação histológica do Sistema de Gleason , cujo objetivo é informar sobre a provável taxa de crescimento do tumor e sua tendência à disseminação, além de auxiliar na determinação do melhor tratamento para o paciente (INCA, 2023). Diante de todo o exposto, é altamente relevante que a operadora monitore os intervalos entre exame com suspeita diagnóstica e a realização de exame anatomopatológico para confirmação do diagnóstico.							
	Desse modo, para que a operadora mantenha o controle eficaz do rastreamento do câncer de próstata na população alvo, deverá pactuar o envio dos dados dos serviços de diagnóstico de sua rede assistencial, a partir da identificação inequívoca dos beneficiários, de modo a possibilitar o monitoramento do resultado no intervalo de tempo entre a data de emissão do laudo do exame com resultado crítico e a data da realização do exame anatomopatológico. Possíveis Formas de de Evidências							
	A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A existência de sistema de informação da operadora que possibilite a identificação, de forma inequívoca, dos beneficiários com exames com resultado crítico, com a data emissão do laudo do exame e a data da realização do exame anatomopatológico. ☐ A existência de evidências do monitoramento pela operadora dos resultados observados no intervalo de tempo entre a data de emissão do laudo do exame com resultado crítico e a data da realização do exame anatomopatológico.							



Referências Bibliográficas do Requisito 4.4:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Manual de Boas Práticas em Oncologia** . Rio de Janeiro: ANS, 2016a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Projeto OncoRede.: A (re)organização da rede de Atenção Oncológica na saúde suplementar** , 2016b. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2023.

ALMEIDA, J.R.C. et al. Marcadores Tumorais: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2007; 53(3): 305-316. Disponível em: <<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/download/1798/1080/13332>> . Acesso em 11 nov. 2024.

BRASIL. Lei Geral de Proteção aos Dados Pessoais (LGPD) - **Lei n. 13.709 de 14 de agosto de 2018**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm>. Acesso em 11 nov. 2024.

BRIERLEY, J.; GOSPODAROWICZ, M.; WITTEKIND, C. **TNM Classification of Malignant Tumours** . 8. ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) . Ministério da Saúde. **Câncer de Próstata: Estimativa 2023**. Rio de Janeiro: INCA, 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) . Ministério da Saúde. Cuidados Paliativos: Diretrizes para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) . Ministério da Saúde. **Graduação Histopatológica do Câncer de Próstata**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) . Ministério da Saúde. **Câncer de próstata**. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/prostata>> . Acesso em: 17 out. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA) . Ministério da Saúde. **Deteção Precoce do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em:<<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>>. Acesso em: 04 out. 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas - Câncer de Próstata** . Brasília: MS, 2024a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Próstata** . Brasília: MS, 2024b.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). **Prostate Cancer Guidelines** . Fort Washington, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). **Diretrizes para o Manejo do Câncer de Próstata**. São Paulo: SBOC, 2024a.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). **Diretrizes SBOC para o Tratamento do Câncer de Próstata - Doença Avançada**. São Paulo, 2024b. Disponível em: <<https://sboc.org.br/images/Diretrizes-2024/pdf/29----Diretrizes-SBOC-2024----Prostata-avancado-v6-FINAL2.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2025.

4.5 Tratamento - Câncer de Próstata		
Requisito que avalia a disponibilização do tratamento adequado ao paciente com Câncer de Próstata a partir da análise da fase em que se encontra (estadiamento), faixa etária e do tipo de tumor.		
4.5.1	Os Serviços de Oncologia Clínica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado estabelecem Plano de Cuidado Individualizado para os pacientes com câncer de próstata confirmado.	Essencial
	O tratamento e o acompanhamento dos pacientes com câncer de próstata devem ser realizados nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado, os quais devem oferecer assistência integral, especializada e multiprofissional. Esses Serviços devem funcionar de acordo com o estabelecido nos itens 1.2.1; 1.2.2 e 1.2.3 neste Manual.	
	Para o melhor acompanhamento dos pacientes com câncer de próstata os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial devem estabelecer um Plano de Cuidado Individualizado , elaborado pela equipe multiprofissional, com o objetivo de planejar o tratamento e monitorar os resultados, considerando as melhores práticas clínicas e as possibilidades terapêuticas, centradas nas necessidades e na realidade de cada paciente.	
	Para a elaboração do Plano de Cuidado Individualizado , é fundamental fornecer aos pacientes todas as informações relevantes sobre sua condição de saúde, de forma compreensível e acessível, possibilitando que as decisões sejam tomadas de maneira compartilhada. O Plano de Cuidado Individualizado deve conter, no mínimo, as seguintes informações: ☐ O tipo de câncer; ☐ O estadiamento do câncer;	





	▣ Avaliação do estado nutricional e físico, com vistas a monitorar e tratar a desnutrição, a sarcopenia, entre outras condições; ▣ Avaliação psicossocial; ▣ Os objetivos do tratamento; ▣ O Planejamento do tratamento oncológico específico, incluindo os procedimentos e técnicas que serão utilizados e o tempo de utilização); - o Cirurgia oncológica (em casos de doença localizada e operável);	
	- o Radioterapia (isolada ou em combinação com outros métodos); - o Tratamento sistêmico, como quimioterapia, imunoterapia ou terapia-alvo, conforme o perfil molecular e clínico do tumor; - o Reabilitação Fisioterápica; - o Cuidados paliativos (quando indicados, visando ao controle de sintomas e à promoção da qualidade de vida); - o Cuidados de fim de vida (quando indicados, visando ao controle de sintomas e à promoção da qualidade no fim de vida).	
	▣ Resultado desejado. Para pacientes com mais de 60 anos, o Plano de Cuidado Individualizado deverá incluir a estratificação de risco atualizada para a pessoa idosa, bem como o instrumento utilizado para essa avaliação, possibilitando um planejamento mais adequado e orientações para cuidadores e/ou familiares. Alguns instrumentos de estratificação de risco disponíveis atualmente são o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13), (Moraes, 2023; Brasil, 2018).	
	Para o cumprimento deste item, a operadora deve pactuar com seus prestadores de serviços de atenção oncológica a adoção de um Plano de Cuidado Individualizado para cada paciente com diagnóstico de câncer de próstata, elaborado e monitorado pela equipe multiprofissional dos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências : A equipe de auditores poderá verificar: ▣ A previsão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1. da utilização de Plano de Cuidado Individualizado pelos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado;	
	▣ De forma amostral, nos contratos ou documentos similares firmados entre a operadora e os Serviços Atenção Oncológica Ambulatorial, a pactuação da utilização de Plano de Cuidado Individualizado por esses serviços; e ▣ Por meio de visita presencial ou remota, de forma amostral, a adoção do Plano de Cuidado Individualizado pelos Serviços Atenção Oncológica participantes desta Linha de Cuidado.	
4.5.2	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Certificação estabelecem um navegador de cuidado para pacientes com diagnóstico de câncer de próstata confirmado. Interpretação:	Essencial
	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado disponibilizam um navegador do cuidado para pacientes com diagnóstico de câncer de próstata confirmado.	
	O navegador do cuidado é um profissional de saúde, geralmente um enfermeiro, cuja função é apoiar o paciente a transitar de forma oportuna e assertiva pelo sistema de saúde, facilitando seu itinerário terapêutico na rede de atenção (ANS, 2016; BRASIL, 2023). Caso o navegador de cuidado seja enfermeiro(a), deverá ser observada a Resolução COFEN nº 735 de 17 de janeiro de 2024, que normatiza a atuação do Enfermeiro navegador e do Enfermeiro clínico especialista para que haja maior clareza e qualidade nas atividades desenvolvidas por esse profissional.	
	A atuação de um navegador do cuidado do paciente é indicada para condições crônicas complexas, como nos casos de câncer de próstata confirmados. Nessas situações, o paciente necessita de uma abordagem proativa, mais próxima e frequente de um profissional de saúde, a fim de reduzir as barreiras de acesso e facilitar o acesso ao tratamento adequado e em tempo oportuno (BRASIL 2023; Mendes, 2011).	
	Na abordagem ao paciente com câncer, o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento pode ser crucial para o prognóstico. Assim, uma das principais funções da navegação ou gestão do cuidado da paciente é garantir o atendimento oportuno, o que pode impactar significativamente no desfecho clínico (ANS, 2016; BRASIL 2023; Mendes, 2011).	
	A oportunidade é um dos principais atributos da qualidade em saúde, configurando-se como a redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente prejudiciais tanto para quem recebe quanto para quem presta o cuidado (IOM, 2001; BRASIL, 2014). Dessa forma, entende-se que o tempo oportuno é o período durante o qual a prestação do cuidado ou da intervenção se faz mais benéfica e necessária (JCAHO, 1993 apud PROADESS, 2011).	

	Além do tempo oportuno, outro objetivo da navegação do cuidado da paciente é promover a atenção integral, coordenada e baseada nas melhores evidências científicas, conforme o Plano de Cuidado Individualizado estabelecido. Assim, outra função importante do navegador do cuidado da paciente é buscar garantir a utilização dos protocolos clínicos definidos no Plano de Cuidado Individualizado pela equipe. Dessa forma, a navegação pode auxiliar na garantia da pertinência do cuidado aos pacientes com câncer de próstata.	
	A disponibilização do navegador do cuidado deve ser realizada o mais precocemente possível, a partir da confirmação diagnóstica anatomopatológica do câncer de próstata, de modo a favorecer o alcance de desfechos positivos e melhorar a qualidade de vida das pacientes. ☐ O navegador do cuidado na Linha de Cuidado do Câncer de Próstata deve: - o Iniciar a navegação do paciente imediatamente após a confirmação do diagnóstico por meio de exame anatomopatológico; - o Permanecer atuante durante toda a jornada do paciente;	
	- o Favorecer a integração dos diversos serviços e profissionais envolvidos no acompanhamento do paciente com câncer de próstata; - o Proporcionar segurança e apoio ao paciente; - o Apoiar e facilitar a marcação de exames e terapias em tempo oportuno; e - o Facilitar o acesso a todos os procedimentos e tratamentos do Plano de Cuidado Individualizado do paciente, reduzindo barreiras no itinerário terapêutico.	
	☐ Para que a navegação do cuidado seja efetiva, o serviço de atenção oncológica ambulatorial deve disponibilizar aos pacientes e/ou familiares canais de comunicação rápida para: - o Contato em caso de mal-estar e complicações; - o Dúvidas quanto à medicação;	
	- o Facilitar o acesso à equipe; e - o Facilitar o acesso a procedimentos e exames. Para a operadora cumprir este item, a navegação do cuidado do paciente com câncer de próstata deve ser realizada por um profissional de saúde do Serviço de Atenção Oncológica Ambulatorial e pode ocorrer de forma combinada, presencial e à distância. O navegador deverá acompanhar o paciente ao longo de sua jornada na rede de atenção.	
	A disponibilização do navegador do cuidado para os pacientes com câncer de próstata confirmado deve constar no contrato ou documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado, independentemente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada. Além disso, a operadora deve certificar-se da implementação do Navegador do Cuidado do paciente por meio de visitas anuais aos serviços, que podem ser presenciais ou à distância.	
	A operadora deve remunerar o serviço de navegação do cuidado das pacientes com câncer de próstata, devendo constar de forma explícita no contrato, aditivo contratual ou documento similar. Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	
	☐ No capítulo sobre o Câncer de Próstata do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1 o detalhamento das ações do Navegador do Cuidado. ☐ Por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados como participantes desta Linha de Cuidado, prevendo a cobertura da navegação do cuidado. ☐ Por amostragem, as notas fiscais, documentos de cobrança ou faturas no sistema de contas médicas relativas às atividades realizadas pelo Navegador do Cuidado.	
4.5.3	A operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica protocolo para a Abordagem Nutricional do paciente com câncer de próstata. Interpretação:	Essencial
	A terapia nutricional oncológica é uma estratégia essencial e complementar ao tratamento oncológico. Ela visa garantir que o paciente alcance as necessidades nutricionais adequadas para manutenção e/ou recuperação do peso corporal, melhora dos desfechos clínicos, redução de complicações e promoção da qualidade de vida. A intervenção nutricional deve ser iniciada o mais precocemente possível, preferencialmente no momento do diagnóstico de câncer, como forma de evitar a deterioração do estado nutricional e os impactos negativos que isso gera no tratamento (Oliveira, 2015).	
	A desnutrição é uma condição frequente em pacientes oncológicos, resultante tanto dos efeitos da própria doença quanto das toxicidades associadas aos tratamentos, além da redução da ingestão alimentar. Estudos apontam que até 20% das mortes em pacientes com câncer decorrem diretamente da desnutrição e não da progressão do tumor (Li et al., 2018). A prevalência de desnutrição em pacientes oncológicos varia em média entre 20% e 70%, dependendo do tipo e estágio da doença, sendo de 21% especificamente nos casos de câncer de próstata (HÉBUTERNE ET AL., 2014).	



	Os sintomas como anorexia, náuseas, vômitos, dor e alterações gastrointestinais são frequentes e impactam significativamente na ingestão alimentar. Paralelamente, o microambiente tumoral e os processos inflamatórios associados promovem desordens metabólicas importantes, como aumento da taxa metabólica basal, resistência à insulina, lipólise e proteólise, levando à perda de peso e de massa muscular.	
	Esse quadro é agravado pela inflamação sistêmica crônica, que gera um estado catabólico, aumentando as demandas energéticas do organismo e dificultando a síntese de proteínas musculares, fenômeno conhecido como resistência anabólica. Esse desequilíbrio entre maior demanda metabólica e menor ingestão alimentar resulta em deterioração progressiva do estado nutricional (ARENDS ET AL., 2017; LI ET AL., 2018).	
	As principais complicações nutricionais incluem caquexia e sarcopenia , condições que comprometem o desempenho físico, aumentam a toxicidade dos tratamentos, reduzem a resposta terapêutica, pioram a qualidade de vida e diminuem a sobrevida (INCA, 2015; ARENDS ET AL., 2017). A caquexia, síndrome caracterizada pela perda involuntária e progressiva de peso e massa muscular, acomete cerca de 50% dos pacientes oncológicos (KERN; NORTON, 1988), sendo associada à anorexia, atrofia muscular, fadiga, anemia e hipoalbuminemia, fatores que comprometem gravemente os resultados terapêuticos (INCA, 2015).	
	Diante desse contexto, torna-se imprescindível a adoção de Protocolos de Assistência Nutricional , padronizando as práticas de avaliação, intervenção e monitoramento dos pacientes com câncer de próstata. O objetivo é garantir que o cuidado nutricional esteja integrado a todas as etapas do tratamento oncológico, desde o diagnóstico até o seguimento ambulatorial, hospitalar e domiciliar, permitindo intervenções precoces e contínuas, baseadas em evidências, que contribuam diretamente para melhores desfechos clínicos e operacionais.	
	O Protocolo de Assistência Nutricional deve contemplar: ☐ Triagem Nutricional precoce , para identificar risco nutricional;	
	☐ Avaliação Nutricional Subjetiva e Objetiva , incluindo parâmetros antropométricos, bioquímicos, composição corporal, força muscular e funcionalidade; ☐ Monitoramento da ingestão alimentar e qualidade de vida ; ☐ Definição da conduta nutricional com suporte oral, enteral ou parenteral, de acordo com a necessidade clínica, respeitando todas as fases do tratamento (hospitalar, ambulatorial e domiciliar).	
	O protocolo deve considerar as diretrizes propostas pela ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) , que preconiza três passos fundamentais no manejo nutricional do paciente oncológico (ARENDS ET AL., 2017): ☐ Rastrear todos os pacientes para risco nutricional no início do tratamento , independentemente do índice de massa corporal (IMC) ou perda de peso anterior;	



	☐ Expandir a avaliação nutricional , incluindo além dos dados tradicionais, marcadores inflamatórios, avaliação da composição corporal, gasto energético e função física; ☐ Adotar intervenções nutricionais multimodais , com planos personalizados, visando não apenas o aumento da ingestão calórica, mas também a modulação da inflamação, controle do estresse metabólico e promoção da atividade física.	
	A ferramenta recomendada para avaliação inicial é a Triagem de Risco Nutricional 2002 (TRN-2002) , que orienta intervenções específicas conforme o escore obtido. Pacientes com escore ≥ 3 devem iniciar terapia nutricional especializada, inclusive no pré-operatório. Mesmo aqueles sem risco, mas submetidos a cirurgias de grande porte, devem receber intervenção nutricional prévia (INCA, 2015). Cabe ao nutricionista realizar a avaliação nutricional e definir o plano terapêutico nutricional, que deve constar do Plano de Cuidado Individualizado:	
	☐ Ambulatorial: o Avaliação nutricional e orientação sobre a dieta oral e acompanhamento nutricional - pacientes sem risco devem ser reavaliados em até 30 dias; o Avaliação nutricional e orientação sobre a dieta oral e acompanhamento nutricional - pacientes com risco devem ser reavaliados em até 15 dias.	
	☐ Internação: o A pré habilitação cirúrgica deve ser realizada quando indicada. o A avaliação inicial deve ser realizada entre 24 e 48 horas da admissão hospitalar, podendo ser utilizadas as ferramentas Triagem de Risco Nutricional 2002 (TRN-2002), Avaliação Subjetiva Global (ASG) e Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP).	
	o A reavaliação nutricional deve ser realizada, no mínimo, a cada sete dias durante o período de internação. o No pós-operatório , é obrigatória a continuidade do acompanhamento nutricional no ambulatório, com foco na reabilitação e na prevenção de complicações, evitando reinternações. ☐ Atenção Domiciliar:	

	o Orientação sobre a dieta oral, enteral ou parenteral . o Definição do plano terapêutico, considerando o quadro clínico, nutricional e socioeconômico, além de avaliar as possíveis sequelas cirúrgicas e comorbidades. O planejamento da Assistência Nutricional, bem como sua evolução, deve ser discutido com a equipe multiprofissional e registrado em prontuário.	
	Para atendimento a esse item, a operadora deve adotar protocolo formalmente pactuado com os serviços de atenção oncológica, abrangendo toda a linha de cuidado para pacientes com câncer de próstata. Forma de verificação de evidências: A equipe de auditores poderá: ☐ Realizar verificação documental da existência de protocolo nutricional específico no Plano Estruturado da Operadora;	
	☐ Verificação de forma amostral de contratos ou documentos similares entre a operadora e os serviços de atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata; ☐ Verificar realização da assistência nutricional por meio de sistemas de informação assistenciais e operacionais, como sistema de faturamento de contas médicas; Realizar visitas presenciais ou virtuais aos serviços de atenção oncológica vinculados à linha de cuidado do câncer de próstata.	
4.5.4	A operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e Hospitalares, indicados para compor a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata, a adoção de um protocolo clínico de pré-habilitação cirúrgica multiprofissional, com base em evidências científicas. Interpretação:	Essencial
	A pré-habilitação oncológica consiste em um conjunto de intervenções realizadas antes do procedimento cirúrgico, com abordagem integral e multiprofissional, que visa otimizar o estado funcional do paciente, reduzir complicações intra e pós-operatórias, acelerar a recuperação e melhorar os desfechos clínicos (INCA, 2024; CARLI; SCHEEDE-BERGDAHL, 2015).	
	Essa preparação deve ser personalizada, conforme as necessidades clínicas identificadas pelo médico assistente, e articulada entre diferentes profissionais, podendo incluir médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e Profissionais de Educação Física. O programa é estruturado com base em princípios fundamentais (INCA, 2024), entre os quais destacam-se: ☐ Ação multiprofissional como pilar do programa; ☐ Estímulo à adoção de hábitos saudáveis, como cessação do tabagismo e etilismo, além da correção de padrões alimentares inadequados;	
	☐ Avaliação nutricional detalhada; ☐ Melhora da capacidade funcional por meio de exercícios físicos planejados, com foco na aptidão cardiorrespiratória, força muscular, resistência e mobilidade; ☐ Controle glicêmico rigoroso, especialmente em pacientes diabéticos, visando à redução dos riscos anestésicos e complicações pós-operatórias; ☐ Suporte psicológico, com ênfase no acompanhamento emocional, redução da ansiedade e depressão, e promoção da adesão ao tratamento;	
	☐ Estratificação de risco para pessoas idosas, com a utilização de instrumentos atualizados e registro da ferramenta aplicada, além de orientações específicas a cuidadores e familiares, assegurando o planejamento de um cuidado individualizado. A literatura reforça a importância dessas medidas, sobretudo em pacientes idosos ou fragilizados, mais suscetíveis a complicações perioperatórias. Evidências apontam que o comprometimento do estado nutricional, emocional e da funcionalidade física está diretamente associado a piores desfechos clínicos (SANTA MINA ET AL., 2014; KORTEBEIN ET AL., 2008; DRONKERS ET AL., 2013).	
	Para atender a este item, a operadora deverá: ☐ Incluir a pré-habilitação no plano estruturado da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata. ☐ Pactuar formalmente com a rede prestadora a adoção de um protocolo clínico de pré-habilitação cirúrgica multiprofissional, baseado em evidências científicas;	
	☐ Prever remuneração para os procedimentos relativos à pré-habilitação cirúrgica multiprofissional. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ Protocolo clínico multiprofissional baseado em evidência científica, descrito na Linha de Cuidado do Câncer de Próstata e previsto no plano estruturado da operadora (item 1.1.1);	
	☐ Pactuação formal do protocolo entre operadora e prestadores, registrada por meio de contrato, aditivo contratual ou instrumento equivalente; ☐ Registro da data de solicitação do procedimento pelo médico assistente e da data de realização, com documentação que comprove os prazos de autorização; Evidência da execução dos serviços, por meio de sistemas de contas médicas, faturas ou outro mecanismo de cobrança assistencial.	



4.5.5	Os serviços de atenção oncológica participantes desta Linha de Cuidado utilizam protocolo clínico baseado em evidências científicas atualizadas e disponíveis para o tratamento local do câncer de próstata. Interpretação:	Essencial
	A operadora deve pactuar com sua rede serviços de atenção oncológica participantes desta Linha de Cuidado protocolo clínico baseado em evidências científicas atualizadas e disponíveis para o tratamento local do câncer de próstata, conforme definido no Plano de Cuidado Individualizado sempre que solicitado pelo médico assistente.	
	O tratamento, de acordo com protocolos baseados em evidências científicas, deve ser iniciado o mais precocemente possível, uma vez que o prognóstico é influenciado pelo estadiamento da doença no momento do diagnóstico. Quanto mais cedo o diagnóstico, maior o potencial de cura com o tratamento.	
	O tratamento do câncer de próstata depende do estadiamento da doença, da idade e do estado geral de saúde do paciente (<i>Performance Status</i>). Dessa forma, cada caso deve ser analisado de forma individual. Geralmente, a cirurgia, a radioterapia e a terapia hormonal costumam ser as opções mais comuns, isoladamente ou em combinação (INCA, 2023)	

	Para o câncer de próstata, deve ser feita a estratificação do risco, ferramenta útil para estimativa de risco de recorrência ou de progressão. Essa estratificação tem como base achados clínicos, laboratoriais e de imagem (SBOC, 2024). Estratificação do risco de recorrência ou de progressão para Câncer de Próstata		
	Grupo de risco	Critérios	
	Muito baixo	Estágio T1c; Gleason ≤ 6; PSA < 10ng/ml; menos de 3 fragmentos de biópsia positivos com ≤ 50% de comprometimento em cada um; densidade de PSA <0,15 ng/ml/g	
	Baixo	Estágio ≤ T2a; Gleason ≤ 6; PSA < 10ng/ml; excluídos os pacientes de risco muito baixo (descrito acima)	
	Intermediário favorável	Gleason ≤ 7 (3 + 4); somente 1 critério de risco intermediário (estágio T2b ou T2c ou Gleason 7 (3+4) ou PSA 10-20 ng/ml; menos de 50% dos fragmentos de biópsia positivos (no caso de ISUP 2)	
	Intermediário desfavorável	Gleason ≤ 7 (3 + 4); mais de 1 critério de risco intermediário (estágio T2b ou T2c ou Gleason 7 (3+4 ou 4+3) ou PSA 10-20 ng/ml; mais de 50% dos fragmentos de biópsia positivos (se Gleason 3 +4)	
	Alto	Qualquer um dos seguintes critérios: estágio ≥ T3; Gleason ≥ 8; PSA ≥ 20 ng/ml	
	Fonte: SBOC (2024, p. 7)		
	Em pacientes com doença classificada como de baixo risco (de acordo com níveis de PSA, estadiamento clínico e escore histopatológico de Gleason) é possível fazer apenas o monitoramento periódico do caso, sem precisar de tratamento imediato. Trata-se da vigilância ativa, que envolve a realização periódica dos exames de PSA e toque retal, além de biópsias conforme indicação médica. Em casos de adultos jovens com tumores que crescem rápido, essa estratégia não é recomendada (INCA, 2023).		
	☐ Tratamento local (cirurgia e radioterapia) A próstata vesiculectomia radical é o procedimento cirúrgico mais frequentemente utilizado no tratamento do câncer de próstata. Consiste na remoção completa da próstata, das vesículas seminais e, eventualmente, de outras estruturas pélvicas acometidas pelo tumor maligno. Entre os possíveis efeitos colaterais dessa cirurgia destacam-se: a incontinência urinária e a disfunção erétil (INCA, 2023).		
	A cirurgia robótica costuma ser mais precisa, com recuperação mais rápida e menor risco de efeitos colaterais, porém envolve custo elevado de implantação e alto nível de treinamento e experiência (INCA, 2023). A ressecção transuretral da próstata é indicada em caráter paliativo para alívio de sintomas (INCA, 2023).		
	O tratamento com radiação ionizante (radioterapia) pode envolver a tele terapia ou a braquiterapia. Radiação de feixe externo (tele terapia) , é a radiação emitida de uma máquina externa ao corpo. Pode ser realizada várias vezes por semana e seus efeitos colaterais mais comuns são: diarreia, micção frequente, ardor ao urinar, sensação de bexiga cheia e hematúria. O risco de incontinência é menor do que na cirurgia, e dificuldades de ereção podem surgir depois de um ano ou mais, sendo que metade desses pacientes responde bem aos medicamentos para disfunção erétil (INCA, 2023).		
	Radiação interna (braquiterapia) , envolve a aplicações de sementes radiativas na próstata, de forma temporária ou permanente (INCA, 2023). O tratamento local deverá ser realizado considerando o protocolo clínico pactuado entre operadora e serviço de saúde de atenção oncológica, participante da presente Certificação, de acordo com a avaliação de risco de recorrência ou recidiva e com as características do paciente como: a idade, o tamanho e o tipo do tumor e se existe comprometimento de linfonodos.		



	A cirurgia consiste no principal tratamento, porém, nem sempre é suficiente, assim, tratamentos adjuvantes diminuem o risco de recidiva do câncer de próstata e de morte por tal doença (MORIS ET AL., 2020). Evidências de estudos clínicos indicam que a melhor maneira de tratar homens com câncer de próstata agressivo, que não se espalhou para outras partes do corpo, como glândulas linfáticas ou ossos, pode ocorrer tanto por meio da cirurgia quanto da radioterapia, em termos de prolongamento e preservação da qualidade de vida, desde que combinadas com outros tratamentos (MORIS ET AL., 2020).	
	No caso de tratamento cirúrgico, muitas vezes é necessário incluir a radioterapia como terapia adjuvante, especialmente em situações de risco elevado ou margens comprometidas. Por outro lado, nos casos em que a radioterapia é a modalidade terapêutica primária, é comum a associação com terapia hormonal, principalmente em pacientes com doença localmente avançada ou com alto risco de recorrência.	
	Importante ressaltar que a radioterapia externa é a principal modalidade de tratamento para o câncer de próstata localizado. A radiobiologia do carcinoma de próstata favorece o uso do hipofracionamento sendo que estudos recentes demonstraram bons resultados com esquemas de tratamento mais curtos (TOCCO et al., 2020).	
	Para participar desta certificação, a operadora deve pactuar com sua rede de Atenção Oncológica ao câncer de próstata a adoção de um protocolo clínico baseado em evidências, atualizadas e disponíveis, estabelecido por instituições de reconhecida competência. Sempre que houver mudança nas formas de tratamento do câncer de próstata, baseado em evidências científicas, os protocolos devem ser atualizados.	
	Essa pactuação deve constar em um contrato firmado, aditivo contratual ou documento similar, independentemente de ser em rede própria, contratada, credenciada ou referenciada. O Protocolo pactuado deve conter as referências bibliográficas utilizadas.	
	Mesmo que a estratégia da vigilância ativa seja adota, tal opção deve ser descrita e justificada no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1. Observa-se que este protocolo deve ser atualizado conforme as evidências científicas disponíveis e as recomendações de Diretrizes Clínicas ou Protocolos Terapêuticos específicos, fornecidos pelo Ministério da Saúde, sempre que necessário. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: ☐ Se o protocolo clínico baseado em evidência científica para o tratamento local para o câncer de próstata está descrito e detalhado no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1. ☐ Pactuação do protocolo clínico baseado em evidência científica para o tratamento local do câncer de próstata deve ser descrita de forma objetiva no contrato, aditivo contratual ou documento similar, no sistema de informações da operadora e em relatórios que incluam:	
	☐ A descrição expressa e a liberação tratamento local para o câncer de próstata (cirurgia e radioterapia), por beneficiário, em tempo oportuno, sempre que solicitado pelo médico assistente. ☐ A data da solicitação do tratamento pelo médico assistente e data de início do tratamento, contendo o prazo, em dias, da liberação do procedimento.	
4.5.6	A Operadora deve pactuar com sua rede de prestadores de serviços oncológicos participantes desta Certificação um protocolo clínico baseado em evidência científica atualizada e disponível para o tratamento sistêmico do câncer de próstata. Interpretação:	Essencial
	A Operadora deve pactuar com sua rede de prestadores de serviços oncológicos participantes desta Certificação m protocolo clínico baseado em evidência científica atualizada e disponível para o tratamento sistêmico do câncer de próstata, conforme definido no Plano de Cuidado Individualizado , em tempo oportuno, sempre que solicitado pelo médico assistente.	
	☐ Tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonoterapia e terapia biológica) A hormonioterapia tem como objetivo inibir os hormônios masculinos (androgênicos), que estimulam o crescimento do câncer. Em conjunto com a radioterapia, proporciona a redução do volume tumoral. Também recomendada nos casos de metástase ou nos casos de recidiva (INCA, 2023).	
	A privação dos hormônios masculinos pode ser obtida com a castração cirúrgica. O procedimento encontra muita resistência entre os pacientes. Por isso, é mais comum o uso da terapia com análogo de LHRH (receptor do hormônio liberador do hormônio luteinizante), que consiste em drogas injetáveis que promovem castração química. Os efeitos colaterais, em ambos os casos, são perda da libido, ondas de calor, ginecomastia, osteoporose, fraqueza, perda de massa muscular, depressão, aumento do peso e risco de doenças cardiovasculares. Drogas antiandrogênicas (que bloqueiam a capacidade de o corpo usar os hormônios androgênicos) também podem ser indicadas (INCA, 2023).	
	Novas terapias hormonais, como abiraterona e enzalutamida, podem beneficiar significativamente os pacientes com doença avançada, especialmente quando ocorre resistência à terapia de privação androgênica (INCA, 2023).	



	Atualmente, a quimioterapia é utilizada nos casos refratários aos hormônios e quando a hormonioterapia sozinha não é capaz de conter a doença. Pode ser utilizada também no início do tratamento, em pacientes que se apresentam já com um grande volume de doença metastática ao diagnóstico. Os efeitos colaterais mais comuns são náuseas, vômitos, alopecia, anemia e muco site, além de risco maior de infecções, por conta da neutropenia (INCA, 2023).	
	Outros medicamentos são utilizados na terapia do câncer de próstata, como corticosteroides e bisfosfonatos para alívio das dores ósseas, nos casos de metástase para esse tecido (INCA, 2023; NUHN, 2019).	
	O tratamento sistêmico deverá ser realizado quando indicado pelo médico assistente, de acordo com a avaliação de risco de recorrência ou recidiva e com as características do paciente como: a idade, o tamanho e o tipo do tumor e se existe comprometimento dos linfonodos. Cada vez mais, alguma terapia sistêmica é administrada antes da cirurgia. A adaptação do tratamento pós-operatório com base na resposta ao tratamento pré-operatório ainda está em estudos. O Câncer de Próstata metastático é tratado de acordo com o subtipo, com objetivos de prolongar a vida e aliviar os sintomas.	
	O cenário de tratamento para pacientes com Câncer de Próstata metastático está evoluindo, uma vez que a superioridade da mitoxantrona mais prednisona sobre o melhor suporte foi demonstrada em termos de resposta paliativa. Um número crescente de opções de tratamento com quimioterapia e nova terapia hormonal melhora a sobrevida.	
	O desafio é como usar o sequenciamento ideal. Um melhor conhecimento da doença, da alteração molecular do tumor e dos mecanismos de resistência ao tratamento, poderia dar mais oportunidades para selecionar o tratamento mais adequado. Melhorar a precisão da avaliação com melhores fatores prognósticos e preditivos permitirá propiciar o melhor tratamento aos pacientes (GRAVIS, 2022).	
	O surgimento de novos medicamentos para câncer de próstata metastático resistente melhorou drasticamente as opções de tratamento. Atualmente, as opções de tratamento sistêmico para tal tipo de tumor incluem terapia hormonal, quimioterapia, imunoterapia e terapia com radionuclídeos, bem como agentes modificadores ósseos e medidas paliativas ou de suporte. As operadoras devem estar atentas às novas tecnologias disponíveis para o tratamento do câncer de próstata, desde que respaldadas por evidências científicas robustas.	
	Para participação desta certificação, a operadora deverá pactuar com a sua rede de Atenção Oncológica ao câncer de próstata a adoção de protocolos clínicos baseados em evidências, estabelecidos por instituições de reconhecida competência. Caso haja mudança nas formas de tratamento do câncer de próstata baseadas em evidências científicas, os protocolos devem ser atualizados. Essa pactuação deve constar em contrato firmado, aditivo contratual ou documento similar, independentemente de a rede ser própria, contratada, credenciada ou referenciada.	
	O Protocolo pactuado deve conter as referências bibliográficas utilizadas. Observa-se que este protocolo deve ser periodicamente atualizado, com base nas evidências científicas mais recentes e nas recomendações de Diretrizes Clínicas ou Protocolos Terapêuticos específicos, disponibilizados pelo MS, sempre que necessário. Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	
	☐ Se o protocolo clínico baseado em evidências científicas para o tratamento sistêmico do câncer de próstata está descrito e detalhado no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1. ☐ A pactuação do protocolo clínico baseado em evidências científicas para o tratamento sistêmico do câncer de próstata deve ser descrita de forma objetiva no contrato, aditivo contratual ou documento similar. Essa descrição deve constar no sistema de informações da operadora e ser apresentada por meio de relatórios contendo:	
	o A descrição expressa e a liberação do tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica) para o câncer de próstata por beneficiário, em tempo oportuno, sempre que solicitado pelo médico assistente. o A data da solicitação do tratamento pelo médico assistente e a data de início do tratamento, contendo o prazo, em dias, da liberação do procedimento.	
4.5.7	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado oferecem o acompanhamento pós-tratamento do câncer de próstata. Interpretação	Essencial
	A Operadora deve pactuar com os serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado o acompanhamento pós-tratamento do câncer de próstata.	



	O seguimento clínico pós-tratamento do câncer de próstata deve ser individualizado e depende do diagnóstico, do estadiamento e da terapêutica realizada. Desse modo, é possível que pacientes tenham que permanecer indefinidamente realizando o acompanhamento pós-tratamento devido a manutenção de risco de complicações relativas ao próprio tratamento, como também devido ao risco de recorrência local e/ou sistêmica. Assim, o foco do seguimento clínico pós-tratamento deve estar em: ☐ Vigilância da recorrência do câncer;	
	☐ Identificação e manejo de sintomas físicos e psicológicos decorrentes do tratamento e do câncer de próstata; ☐ Promoção da saúde, com ênfase em orientações sobre hábitos de vida saudáveis; ☐ Avaliar a presença de depressão e ou ansiedade. Casos de neoplasia maligna prostática podem ser acompanhados por meio da aferição do PSA. Em situações suspeitas, recomenda-se a realização do exame digital retal (toque retal) com o objetivo de identificar possível massa residual ou sinais de recidiva local (BRASIL, 2016).	
	O PSA deve ser monitorado com maior frequência nos primeiros meses após a cirurgia ou radioterapia, podendo ter seus intervalos de aferição ampliados nos anos seguintes, desde que não haja suspeita de recidiva (BRASIL, 2016). A mensuração deve ocorrer aos 3, 6 e 12 meses após o tratamento inicial; semestralmente até o terceiro ano; e anualmente a partir de então. O tempo de duplicação do PSA é um importante parâmetro para predizer o tipo de recidiva: quando inferior a 3 a 6 meses, sugere maior associação com recidiva à distância; já valores acima de 11 a 13 meses são mais indicativos de recidiva local (BRASIL, 2016).	
	Vale ressaltar que a medicina está em constante evolução e, diante de atualizações nas recomendações baseadas em evidências científicas para o tratamento do câncer, os protocolos adotados pela operadora e seus prestadores de serviços devem ser devidamente atualizados	
	Para pontuar neste item, a operadora deverá pactuar com sua rede de Atenção Oncológica ao câncer de próstata a adoção de protocolos de acompanhamento pós-tratamento baseados em evidências científicas e estabelecidos por instituições de reconhecida competência. Essa pactuação deve estar formalizada por meio de contrato, aditivo contratual ou documento equivalente, independentemente de a rede ser própria, contratada, credenciada ou referenciada. Possíveis Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A previsão do pós-tratamento do câncer de próstata, baseado em evidências científicas, descrito de forma detalhada no capítulo sobre a Linha de Cuidado do Câncer de próstata do Plano Estruturado mencionado no item 1.1. ☐ A existência de pactuação no contrato, aditivo contratual ou documento similar para o acompanhamento das pacientes pós-tratamento do câncer de próstata, baseado em evidências científicas pelos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado.	
	☐ A existência da cobertura do acompanhamento pós-tratamento do câncer de próstata no sistema de informações de Contas Médicas da operadora. As faturas para demonstração da cobertura do acompanhamento pós-tratamento do câncer de próstata pelos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado.	



4.5.8	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e os hospitais indicados pela operadora como participantes desta Certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Próstata oferecem grupos de apoio para pacientes com câncer de próstata Interpretação:	Complementar
	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Próstata realizam grupos de apoio aos pacientes. Esses grupos podem ser conduzidos por diferentes metodologias, como grupos operativos, rodas de conversa, orientações alimentares e práticas de atividade física, entre outras modalidades (MENEZES; AVELINO, 2016; VINCHA, SANTOS, CERVATO-MANCUSO, 2010).	
	Os grupos operativos consistem em estratégias efetivas que permitem a escuta das necessidades das pacientes, além de oferecer orientações úteis para o autocuidado e o apoio psicossocial. Medidas objetivas de resultado desses grupos indicam melhorias na qualidade de vida e na adoção de hábitos saudáveis. Se refere a uma estrutura dinâmica, que evolui constantemente com a experiência e a avaliação das consequências das ações. Por meio da realização da tarefa proposta se aprende a pensar em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no próprio grupo (BLEGER, 1979/2003; CASTANHO, 2017; PICHON-RIVIERE, 1983/2000).	

	Já as rodas de conversa representam uma abordagem metodológica que favorece uma comunicação dinâmica e produtiva entre os participantes. Se caracterizam por encontros em que as pessoas podem expressar suas emoções, dúvidas, inseguranças, angústias e sofrimentos, além de compartilhar experiências e aprendizados. Podem ser usadas para: promover a troca de ideias, experiências e perspectivas; melhorar o autocuidado dos usuários; ampliar o olhar sobre a saúde como um todo.	
	Os serviços podem utilizar diversas técnicas de interação educativa remota, como vídeos de palestras, cursos <i>online</i> e a formação de grupos virtuais com temas específicos (MENEZES; AVELINO, 2016; VINCHA, SANTOS, CERVATO-MANCUSO, 2010).	
	A oferta e a cobertura de grupos de apoio para pacientes com câncer de próstata devem ser claramente especificadas em contrato ou em documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, que participam dessa Linha de Cuidado, independentemente de serem da rede própria contratada ou referenciada.	
	Os grupos de apoio podem ser realizados tanto presencialmente quanto remotamente, e devem contar com a coordenação de um profissional de saúde capacitado, que esteja alinhado com a metodologia utilizada. Os grupos podem, podem utilizar diferentes abordagens desde que sejam consolidadas na literatura.	
	Para cumprir este item, as operadoras devem pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado o oferecimento e a cobertura de grupos de apoio às pacientes com câncer de próstata, coordenado por um profissional de saúde capacitado.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·A previsão no capítulo referente ao câncer de próstata do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1, da disponibilização e a cobertura de grupos de apoio para pacientes com câncer de próstata.	
	·Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, com a previsão da realização e cobertura de grupos de apoio para pacientes com câncer de próstata. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, para verificar a existência da realização de grupos de apoio.	
4.5.9	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado oferecem terapias baseadas nas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI). Interpretação:	Excelência
	Segundo o MS, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são abordagens terapêuticas que têm como objetivo prevenir agravos à saúde, a promoção e recuperação da saúde, enfatizando a escuta acolhedora, a construção de laços terapêuticos e a conexão entre o ser humano, meio ambiente e sociedade (BRASIL, 2024). As PIC se baseiam em conhecimentos tradicionais e utilizam recursos terapêuticos que vão além do uso de fármacos (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	As PICS fazem parte das práticas denominadas pela OMS de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI). O MS lançou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Brasil, 2015) seguindo as diretrizes da OMS e as recomendações das Conferências Nacionais de Saúde (CNS). O SUS oferece procedimentos de TICs a seus usuários.	
	O Comitê de Oncologia Integrativa do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIn) é uma rede colaborativa que reúne pesquisadores, universidades e instituições de pesquisa de todo o Brasil, com foco nas medecinas tradicionais, complementares e integrativas. Esse comitê promove abordagens complementares fundamentadas em evidências científicas, conforme recomendado pela OPAS em 2019, e alinha-se às diretrizes da OMS sobre medicina tradicional (2014-2023).	
	O objetivo é construir conhecimento qualificado sobre as Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI), seguindo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). O Comitê de Oncologia Integrativa, com apoio do INCA, adota a seguinte definição, proposta por Witt et al. (2017):	



	A Oncologia Integrativa é um campo de cuidado centrado no paciente, baseado em evidências, para o tratamento do câncer que utiliza práticas corporais e mentais, produtos naturais e ou modificações no estilo de vida a partir de diferentes tradições, juntamente com tratamentos convencionais de câncer. A Oncologia Integrativa visa otimizar a saúde, a qualidade de vida e os resultados clínicos em uma trajetória de cuidados com o câncer, e capacitar as pessoas para prevenir o câncer e se tornarem participantes ativos antes, durante e além do tratamento do câncer. Alguns tipos de Terapias Tradicionais, Integrativas e Complementares são (GARCIA, RODRIGUES; 2021):	
	☐ Aromaterapia; ☐ Musicoterapia; ☐ Arteterapia; ☐ Meditação; ☐ Yoga;	
	☐ Acupuntura; ☐ Reiki; e ☐ Fitoterapia. As TICs são valiosas por oferecerem diversos benefícios à saúde, incluindo: melhora da qualidade de vida, redução do estresse, alívio de sintomas crônicos, fortalecimento do sistema imunológico e promoção do equilíbrio entre corpo e mente (BRASIL, 2024).	
	Para cumprir este item, as operadora devem pactuar em contrato ou documento similar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado o oferecimento e a cobertura de práticas baseadas nas MTCl para os pacientes com câncer de próstata. O cumprimento deste item não depende de os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial pertencerem à rede própria, contratada, credenciada ou referenciada da operadora.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A previsão no capítulo referente ao câncer de próstata do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1, da disponibilização e a cobertura de práticas baseadas nas MTCl para os pacientes com câncer de próstata.	
	☐ Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, com a previsão da realização e cobertura de práticas baseadas nas MTC para os pacientes com câncer de próstata. ☐ Evidências de remuneração de TICs podendo ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, para verificar a existência da realização de práticas baseadas nas MTCl para os pacientes com câncer de próstata.	



4.5.10	A operadora monitora o tempo médio entre a confirmação do diagnóstico de câncer de próstata e o início do tratamento local, assegurando que esse período não exceda, em média, 30 dias. Interpretação:	Excelência
	A operadora autoriza os procedimentos necessários para o tratamento local do câncer de próstata de forma oportuna, imediatamente após a solicitação do médico assistente. Além disso, deve monitorar o tempo entre o diagnóstico histopatológico e o início do tratamento, garantindo que, em média, esse período não ultrapasse 30 dias.	
	O tempo oportuno é o intervalo em que a prestação do cuidado ou da intervenção se torna mais benéfica e necessária (JCAHO, 1993 apud PROADESS, 2019). Assim, a operadora deve disponibilizar os procedimentos terapêuticos necessários o mais rapidamente possível, reduzindo as barreiras de acesso.	
	É recomendável que o tratamento local seja iniciado em até 30 (trinta) dias corridos após a confirmação do diagnóstico histopatológico, podendo variar conforme o estadiamento da doença, as características biológicas do tumor e as condições da paciente, como idade, menopausa e comorbidades.	
	O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento deve ser o mais curto possível, logo após a confirmação diagnóstica. O início precoce do tratamento do câncer em estágios menos avançados está associado a maiores chances de cura e a uma melhor qualidade de vida para as pacientes (BRASIL, 2013).	
	Para fins desta Certificação, a organização da priorização dos casos de câncer de próstata pela operadora, bem como as autorizações e o fluxo na rede de atenção à saúde, exige um planejamento que atenda às demandas de tratamento com qualidade e em tempo oportuno. Isso garante que o início do tratamento ocorra assim que indicado pelo médico assistente.	



	Segundo a literatura pertinente (INCA, 2013), o tempo médio de espera entre o diagnóstico de câncer e o início do tratamento pode variar significativamente, de 1 (um) dia em países como Japão e Islândia a até 40 nos países baixos. No Brasil, o MS, por meio da Portaria MS/GM 1.220/2014, determina que o prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento de câncer no SUS começa a contar a partir da assinatura do laudo patológico.	
	Conforme a literatura, considerando a necessidade de iniciar o tratamento local (cirurgia e radioterapia) o mais precocemente possível após a confirmação diagnóstica anatomopatológica, para atender esse item a operadora deve manter o tempo médio entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento em até 30 (trinta).	
	Vale ressaltar que os prazos para realização dos procedimentos não podem exceder aqueles estabelecidos na RN 566/2022 e suas alterações. Entretanto, ressalta-se que a RN 566/2022 e suas alterações não estabelece os prazos máximos para o ciclo de cuidado, mas sim, os prazos para o atendimento integral do serviço ou procedimento solicitado, contados a partir da data da demanda junto à operadora até a sua efetiva realização.	
	Este item do manual trata do prazo do ciclo do cuidado a partir da data de emissão do laudo histopatológico ou anatomopatológico com a confirmação diagnóstica do câncer de próstata e o início do tratamento local. Conforme as melhores práticas, esse prazo não deve exceder 30 dias, visando a obtenção de melhores desfechos em saúde.	
	Entre os macro indicadores obrigatórios previstos neste Manual está o monitoramento do indicador "Tempo médio entre a confirmação diagnóstica de câncer e o início do tratamento". Desse modo, a operadora deve monitorar o macro indicador referente ao tempo médio entre a confirmação diagnóstica de câncer de próstata e o início do tratamento, conforme o item 1.3.2, assegurando que o resultado médio anual não ultrapasse 30 dias.	
	Para o cumprimento desse item, a operadora deve: · Monitorar o macro indicador referente ao tempo médio entre a confirmação diagnóstica de câncer de próstata e o início do tratamento, conforme o item 1.3.2, assegurando que o resultado médio anual não ultrapasse 30 dias. · Manter o tempo médio entre a confirmação do diagnóstico e a instituição do tratamento local para o câncer de próstata em até 30 dias.	
	Formas de Obtenção de Evidências A equipe de auditores poderá verificar: · A previsão no capítulo referente ao câncer de próstata do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1, para o monitoramento do macro indicador referente ao tempo médio entre a confirmação diagnóstica de câncer de próstata e o início do tratamento, conforme o item 1.3.2, assegurando que o resultado médio anual não ultrapasse 30 dias.	
	· O resultado do tempo médio entre a confirmação do diagnóstico e a instituição do tratamento local para o câncer de próstata em até 30 dias. · Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, com a previsão do tempo médio entre a confirmação do diagnóstico e a instituição do tratamento local para o câncer de próstata em até 30 dias.	
Referências Bibliográficas do Requisito 4.5:		
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Ministério da Saúde. Resolução Normativa (RN) nº 566, de 29 de dezembro de 2022, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDMOMQ==>. Acesso em: 07 out. 2024 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Ministério da Saúde. Projeto OncoRede.: A (re)organização da rede de Atenção Oncológica na saúde suplementar. 2016 Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023		
ARENDS, J. ET AL. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. Clin. Nutr. 36, 1187-1196 (2017). BRASIL. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14758.htm>. Acesso em: 12 nov. 2024.		
CARLI, F.; SCHEEDE-BERGDAHL, C. Prehabilitation to enhance perioperative care. Anesthesiology Clinics, 33(1): 17-33, 2015. DE PINHO NB et al. High prevalence of malnutrition and nutrition impact symptoms in older patients with cancer: Results of a Brazilian multicenter study. Cancer. 2019 Sep 9. doi: 10.1002/cncr. Brasil. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2024.		

CARLI, F.; SCHEEDE-BERGDAHL, C. Prehabilitation to enhance perioperative care. **Anesthesiology Clinics** , 33(1): 17-33, 2015.

DE PINHO NB et al. High prevalence of malnutrition and nutrition impact symptoms in older patients with cancer: Results of a Brazilian multicenter study. **Cancer** . 2019 Sep 9. doi: 10.1002/cncr.

Brasil . Disponível em:<

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2024.

DRONKERS, J. J. et al. The association of pre-operative physical fitness and physical activity with outcome after scheduled major abdominal surgery. **Anaesthesia** , 68(1): 67-73, 2013.

GARCIA, A.C. B.B. F; RODRIGUES, C.V. M. **Saúde integrativa no cuidado do câncer** . Curitiba: Appris, 2021.

GRAVIS, G. Systemic treatment for metastatic prostate cancer. **Asian Journal of Urology** , v.6, n. 2, p.162-168,2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214388219300104>>.

Acesso em 23 set. 2022.

HÉBUTERNE, X. ET AL. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. **JPEN J. Parenter. Enteral Nutr** . 38, 196-204 (2014).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. **Prazo para a saúde**. O desafio de atender o paciente oncológico no tempo oportuno. 2013. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media_root/rrc-23-capa-a-reducao-da-espera.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. **Consenso nacional de nutrição oncológica**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 182p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. **Informe Técnico nº 442 - Pré-habilitação: preparo pré-operatório para cirurgia oncológica**. Rio de Janeiro: INCA, 2024.

KERN, K. A.; NORTON, J. A. Cancer cachexia. **JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition, Thorofare**, v. 12, n. 3, p. 286-298, may/jul. 1988.

KORTEBEIN, P. et al. Outcomes of inpatient rehabilitation for older adults with debility. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation** , 87(2): 118-125, 2008.

Li, Z., Chen, W., Li, H., Zhao, B., & Chinese Oncology Nutrition Survey Group. Nutrition support in hospitalized cancer patients with malnutrition in China. **Asia Pac. J. Clin. Nutr.** 27, 1216-1224 (2018).

MENEZES, K.; AVELINO, P. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad. Saúde Colet.** , Rio de Janeiro, 24 (1): 124-130, 2016. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/KZh3BmhLfqFRM7GYqp8ZXSc/?lang=pt>>. Acesso em: 26 dez 2023.



MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. : il. Disponível em:< <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 26 dez. 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)**. 2024. Disponível em:< <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>>. Acesso em: 18 out. 2024.

MORAES, EN. **Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde** [livro eletrônico] : aplicações do IVCF-20 e do ICOPE - Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa / Edgar Nunes de Moraes, Priscila R. Rabelo Lopes. - Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2023. 110 p. : il. Disponível em: <<file:///E:/ans%20docs%20importantes/Manual-de-Avaliacao-Multidimensional-da-Pessoa-Idosa-para-a-Atencao-Primaria-a-Saude.-Aplicacoes-do-IVCF-20-e-do-ICOPE-1.pdf>>. Acesso em 09 jun. 2025.

MORIS, L. et al. Benefits and risks of primary treatments for high-risk localized and locally advanced prostate cancer: an international multidisciplinary systematic review. **European Urology** , v. 77, n. 5, p. 614-627, 2020. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0302283820300713>>. Acesso em 23 set. 2022.

NUHN, P. et al. Update on systemic prostate cancer therapies: management of metastatic castration-resistant prostate cancer in the era of precision oncology. **European Urology** , v. 75, n. 1, p. 88-99, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030228381830246X>>. Acesso em 22 set. 2022.

PROADESS. **Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde**. FIOCRUZ. 2011. Acesso. Disponível em: <<https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=aceso>. 2023>. Acesso: em 04 out. 2024

SANTA MINA, D. et al. The effect of meeting physical activity guidelines for cancer survivors on quality of life following radical prostatectomy. **Journal of Cancer Survivorship** , 8(2): 190-198, 2014.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS** : atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. - Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 18 out. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). **Diretrizes para terapia nutricional em oncologia**. São Paulo: BRASPEN/SBOC, 2021.

TOCCO, B R. et al. MR-Guided radiotherapy for prostate cancer. **Frontiers in Oncology** , v. 10, 616291, 2020.

Disponível em: < <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2020.616291/full>> . Acesso em 23 set. 2022

VINCHA, K. R. R.; SANTOS, A. de F.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 949- 962, sep. 2017. Disponível em:< <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n114/949-962/> />Acesso em: 18 out. 2024.

WITT, C.M. et al. A comprehensive definition for Integrative Oncology. **JNCI Monograph** s, v. 2017, n. 52, lgx012,2017. Disponível em: < <[https://academic.oup.com/jncimono/article/2017/52/lgx012/4617827?](https://academic.oup.com/jncimono/article/2017/52/lgx012/4617827?login=false) login=false>. Acesso em: 18 out. 2024.

4.6 Atenção Domiciliar
Requisito que avalia a disponibilização da atenção domiciliar, incluindo seus três níveis, para os pacientes com Câncer de Próstata

4.6.1	A operadora deve estabelecer pactuação com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e/ou Hospitalar para adoção de fluxos e protocolos clínicos específicos voltados à indicação de Atenção Domiciliar (AD) para pacientes com câncer de próstata. Interpretação	Essencial
	A Atenção Domiciliar é uma estratégia essencial no cuidado oncológico, permitindo a continuidade da terapêutica, o acolhimento em ambiente familiar e a manutenção da qualidade de vida do paciente, especialmente em contextos fora do ambiente hospitalar. Essa modalidade de atenção está prevista em normativas nacionais, como a Portaria GM/MS nº 825/2016 e sua atualização pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024 (Programa Melhor em Casa), bem como na RDC ANVISA nº 11/2006.	
	Para fins desta certificação, são reconhecidas as seguintes modalidades de Atenção Domiciliar: ☐ AD1 - Atenção Domiciliar Básica : indicada para pacientes com baixa complexidade clínica e necessidade de intervenções pontuais, como curativos simples, acompanhamento clínico periódico e orientações terapêuticas. ☐ AD2 - Atenção Domiciliar Intermediária : voltada a pacientes com complexidade moderada, que demandam intervenções clínicas frequentes e suporte multiprofissional contínuo.	
	☐ AD3 - Internação Domiciliar r: destinada a pacientes com alta complexidade clínica, substituindo a internação hospitalar, com necessidade de monitoramento intensivo e intervenções complexas. A definição da modalidade deve ser orientada por avaliação multidimensional da equipe multiprofissional, considerando: ☐ Condição clínica e estabilidade da doença; ☐ Grau de dependência funcional;	
	☐ Complexidade terapêutica necessária; ☐ Presença de comorbidades e risco de complicações; ☐ Aspectos psicossociais e contexto familiar. O uso de escalas clínicas padronizadas é recomendado para apoiar a estratificação de risco e o planejamento da assistência: ☐ Palliative Performance Scale (PPS).	
	☐ Karnofsky Performance Status (KPS). ☐ Edmonton Frail Scale (EFS). ☐ VCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional da Pessoa Idosa). A recomendação de AD deve partir do médico assistente, respaldada por protocolo clínico pactuado com a operadora. A modalidade indicada deve constar no Plano de Cuidado Individualizado e estar registrada no Prontuário da Atenção Domiciliar, com justificativa técnica explícita.	
	Critérios clínicos específicos para indicação de AD em câncer de próstata: ☐ Dor pélvica, lombar ou em quadris com impacto funcional; ☐ Presença de metástases ósseas ou outras complicações clínicas; ☐ Sintomas refratários, como dor intensa ou incontinência urinária;	
	☐ Cuidados pós-operatórios, como manejo de sonda vesical ou suporte à reabilitação; ☐ Suporte clínico entre ciclos de quimioterapia, radioterapia, braquiterapia ou imunoterapia; ☐ Imunossupressão com risco elevado para infecções hospitalares; ☐ Alta hospitalar precoce, com plano terapêutico bem definido para continuidade no domicílio. Além disso, devem ser considerados:	

	☐ Limitações físicas, cognitivas ou emocionais que dificultem o deslocamento; ☐ Fragilidade clínica, poli patologias ou dependência funcional, especialmente em idosos; ☐ Necessidade de cuidados paliativos intensivos e controle sintomático; ☐ Situações de terminalidade com foco em conforto, autonomia e suporte à família; ☐ Vulnerabilidades psicossociais e sobrecarga familiar significativa.	

	Para cumprir este item, a operadora deve: ☐ Dispor de fluxos e protocolos clínicos formalizados, com critérios técnicos claros para a indicação das três modalidades de AD; ☐ Pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica o uso de escalas clínicas padronizadas; ☐ Disponibilizar estrutura operacional suficiente e capacitada para ofertar AD1, AD2 e AD3, conforme indicação clínica; ☐ Formalizar os protocolos de AD por meio de contratos ou instrumentos equivalentes com os Serviços de Atenção Domiciliar e Oncológica.	
	Formas de Verificação de Evidências Os auditores poderão verificar: ☐ Existência de protocolos clínicos pactuados com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e/ou Hospitalar; ☐ Existência de fluxos que prevejam a aplicação das escalas clínicas padronizadas, como PPS, Karnofsky, Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) e IVCF-20;	
	☐ Registros de beneficiários atendidos em AD; ☐ Contratos ou documentos similares com Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e/ou Hospitalar que prevejam a pactuação da indicação da Atenção Domiciliar; e Contratos ou documentos similares com Serviços de Atenção Domiciliar.	
4.6.2	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD3) a pacientes com câncer de próstata, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar. Interpretação	Essencial
	A modalidade AD3, também denominada internação domiciliar, corresponde ao nível mais elevado de complexidade dentro da atenção domiciliar. Essa modalidade é voltada a pacientes com condições clínicas graves ou instáveis, que demandam cuidados contínuos, monitoramento clínico frequente e intervenções de alta complexidade no domicílio. No contexto do câncer de próstata, a AD3 é especialmente indicada em casos com metástases avançadas, dor refratária, complicações oncológicas graves, cuidados paliativos intensivos ou em fase terminal da vida.	
	Conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 825/2016, atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, a modalidade AD3 é voltada para cuidados domiciliares de alta complexidade, de forma substitutiva à internação hospitalar:	
	☐ Indicação: Pacientes com alta complexidade clínica, que em condições normais estariam internados em ambiente hospitalar. ☐ Perfil: Necessitam de cuidados intensivos, monitoramento contínuo, uso de tecnologias e equipe multiprofissional permanente. Requerem intervenções clínicas complexas (ex.: hidratação venosa contínua, controle de dor com bombas de infusão, oxigenoterapia, nutrição enteral ou parenteral, cuidados paliativos avançados);	
	☐ Objetivo : Substituir a internação hospitalar, promovendo cuidado integral no domicílio com segurança, dignidade e qualidade de vida; ☐ Condições domiciliares adequadas e suporte familiar estruturado para garantir a segurança e continuidade da assistência. Essa modalidade tem por objetivo a desospitalização com segurança, mantendo a integralidade da assistência conforme o perfil e a necessidade individual do paciente.	
	A indicação da AD3 deve ser baseada em protocolo clínico estabelecido, decorrente de avaliação multiprofissional integrada, considerando critérios clínicos, funcionais e psicossociais. A aplicação de escalas padronizadas, como o <i>Palliative Performance Scale (PPS)</i>, <i>Karnofsky Performance Status</i>, <i>Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)</i> e <i>IVCF-20</i>, é recomendada para subsidiar a estratificação de gravidade, o acompanhamento da evolução clínica e a definição da intensidade dos cuidados prestados.	
	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD3) a pacientes com câncer de próstata, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os SAD, sempre que houver indicação do médico assistente. A indicação da modalidade AD3 deve estar claramente indicada, descrita e fundamentada no Plano de Cuidado Individualizado e registrada de forma detalhada e atualizada no Prontuário da Atenção Domiciliar.	
	A reavaliação periódica da permanência nesta modalidade é obrigatória, considerando a evolução clínica, a resposta terapêutica e a reanálise do ambiente domiciliar. Para atendimento a este item de verificação, a operadora deve: ☐ Dispor de protocolo clínico formalizado, com critérios clínicos e funcionais bem definidos para a indicação da Atenção Domiciliar Tipo 3 (AD3) em pacientes com câncer de próstata;	



	☐ Garantir a elaboração e atualização do Plano de Cuidado Individualizado com base em avaliação multiprofissional qualificada; ☐ Monitorar resultados assistenciais por meio de indicadores de qualidade, como: controle efetivo de sintomas, redução de reinternações hospitalares, manejo de dor e satisfação do usuário e da família; ☐ Estabelecer contrato ou documento equivalente com os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) indicados para esta linha de cuidado, assegurando a formalização das responsabilidades assistenciais.	
	Este item tem como objetivo garantir a qualidade, segurança e integralidade da atenção domiciliar de alta complexidade, AD3, assegurando que pacientes com câncer de próstata recebam assistência qualificada, contínua e baseada em protocolos clínicos atualizados, com foco no conforto, na dignidade e na redução de hospitalizações desnecessárias. Formas de Verificação de Evidências	
	A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ A existência de protocolo clínico pactuado com os SAD indicados para esta linha de cuidado; ☐ Presença de acompanhamento multiprofissional e intervenções clínicas compatíveis com a modalidade AD3; ☐ Sistemas de faturamento ou contas médicas, demonstrando a utilização da modalidade AD3 por pacientes com câncer de próstata; e Relatórios assistenciais consolidados, com indicadores de desfecho clínico e evidências de cuidados paliativos intensivos ou fase final de vida.	
4.6.3	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD2) a pacientes com câncer de próstata, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar - SAD. Interpretação	Essencial
	A modalidade AD2 constitui-se como estratégia relevante no cuidado oncológico domiciliar, voltada à continuidade terapêutica de média complexidade, com necessidade de maior frequência de intervenções clínicas, monitoramento clínico mais próximo e suporte multiprofissional sistemático. No contexto do câncer de próstata, a AD2 é especialmente indicada para pacientes que, embora não necessitem de internação, demandam acompanhamento mais intensivo que o proporcionado pela AD1.	
	Conforme as diretrizes definidas pela Portaria GM/MS nº 825/2016, atualizadas pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, a Atenção Domiciliar Tipo 2 (AD2) tem as seguintes características: ☐ Indicação : Pacientes com complexidade clínica moderada, que necessitam de intervenções mais frequentes ou especializadas. ☐ Perfil: Podem apresentar instabilidades clínicas leves ou comorbidades que exijam maior atenção, como administração de medicações parenterais, curativos complexos ou reabilitação funcional.	



	☐ Periodicidade : Visitas mais frequentes e acompanhamento multiprofissional. ☐ Objetivo : Evitar agravamentos que levariam à hospitalização e garantir suporte clínico contínuo. ☐ Condições domiciliares seguras , com apoio familiar ou cuidador disponível. A indicação para AD2 deve estar amparada por protocolo clínico estabelecido e resultar de avaliação multiprofissional criteriosa, levando em consideração variáveis clínicas, funcionais e psicossociais.	
	A utilização de escalas clínicas padronizadas, como o <i>Karnofsky Performance Status</i>, <i>Palliative Performance Scale (PPS)</i>, <i>Edmonton Frail Scale (EFS)</i> e <i>IVCF-20</i>, é recomendada para estratificação de risco, planejamento do cuidado e definição da frequência das visitas domiciliares, conforme estabelecido no item 4.6.1 desta certificação. A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar Tipo 2 (AD2) a pacientes com câncer de próstata, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os SAD, sempre que houver indicação do médico assistente.	
	A indicação da modalidade AD2 deve ser formalmente descrita e justificada no Plano de Cuidado Individualizado , e registrada de forma explícita e atualizada no Prontuário da Atenção Domiciliar . A permanência nesta modalidade deve ser periodicamente reavaliada, com base na evolução clínica, na resposta terapêutica e na reanálise das condições de cuidado domiciliar. Para atendimento a este item de verificação, a operadora deve:	
	☐ Dispor de protocolo clínico formalizado, com critérios objetivos e bem definidos para a indicação da Atenção Domiciliar (AD2) para pacientes com câncer de próstata; ☐ Assegurar a elaboração e atualização do Plano de Cuidado Individualizado, com base em avaliação da equipe multiprofissional envolvida; ☐ Monitorar os resultados assistenciais por meio de indicadores de qualidade, tais como: controle de sintomas, adesão terapêutica, reinternações evitáveis e satisfação dos usuários;	

	☐ Estabelecer contrato ou documento equivalente com os SAD indicados para integrar esta linha de cuidado, garantindo a formalização da pactuação assistencial. Este item busca garantir a qualidade, segurança e continuidade da assistência domiciliar de média complexidade, assegurando que pacientes com câncer de próstata recebam atenção estruturada, oportuna e baseada em protocolos clínicos padronizados, alinhados às diretrizes nacionais vigentes .	
	Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A existência de protocolo clínico pactuado com os SAD indicados para participar desta Linha de Cuidado; ☐ A existência de equipe multiprofissional nos SAD indicados para participar desta Linha de Cuidado; e Os sistemas de contas médicas, que demonstrem a utilização de SAD para paciente com câncer de próstata na modalidade AD2.	
4.6.4	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD1) a pacientes com câncer de próstata, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar. Interpretação	Excelência
	A modalidade AD1 representa uma estratégia essencial no cuidado oncológico domiciliar, direcionada à continuidade da assistência, ao acolhimento no ambiente familiar e à promoção da qualidade de vida em pacientes clinicamente estáveis. No contexto do câncer de próstata, essa modalidade é especialmente indicada para situações de baixa complexidade clínica, que requeiram intervenções pontuais ou acompanhamento periódico, sem necessidade de monitoramento intensivo.	
	Conforme as diretrizes estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 825/2016 e atualizadas pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, a Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1) tem as seguintes características: ☐ Indicação : Pacientes com baixa complexidade clínica.	
	☐ Perfil : Estáveis clinicamente, com necessidade de intervenções pontuais, como curativos simples, orientação sobre medicação, acompanhamento de condição crônica estável, entre outras. ☐ Periodicidade : Visitas menos frequentes, conforme Plano de Cuidado Individualizado. ☐ Objetivo : Evitar deslocamentos desnecessários, facilitando a continuidade do cuidado e reduzindo demanda ambulatorial; e manter o acompanhamento no domicílio com segurança.	
	A indicação da AD1 deve estar respaldada por protocolos clínicos estabelecidos e resultar de uma avaliação multiprofissional estruturada, considerando critérios clínicos, funcionais e psicossociais. O uso de escalas clínicas padronizadas, como o Karnofsky Performance Status, Palliative Performance Scale (PPS), Edmonton Frail Scale (EFS) e IVCF-20, pode ser incorporado para apoiar a estratificação de risco e o planejamento do cuidado individualizado, conforme diretrizes do item 4.6.1 desta certificação.	
	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD1) a pacientes com câncer de próstata, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os SAD, sempre que houver indicação expressa do médico assistente. A indicação da modalidade AD1 deve estar formalmente descrita e tecnicamente fundamentada no Plano de Cuidado Individualizado e registrada no Prontuário da Atenção Domiciliar. A permanência na modalidade AD1 deve ser reavaliada periodicamente, considerando a evolução do quadro clínico, a funcionalidade do paciente e as demais vulnerabilidades envolvidas.	
	Para cumprir este item, a operadora deve: ☐ Dispor de protocolo clínico formalizado, com critérios objetivos para a indicação da Atenção Domiciliar - AD1 em pacientes com câncer de próstata; ☐ Garantir a elaboração e atualização do Plano de Cuidado Individualizado , com base em avaliação multiprofissional;	
	☐ Monitorar os resultados assistenciais por meio de indicadores de qualidade, tais como: controle de sintomas, satisfação dos usuários e prevenção de reinternações evitáveis. ☐ Estabelecer contrato ou documento similar com os SAD indicados para participar desta Linha de Cuidado. Esse item busca assegurar a qualidade e segurança da AD1 no cuidado de pacientes com câncer de próstata, promovendo práticas clínicas baseadas em evidências e protocolos estruturados.	



	Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A existência de protocolo clínico pactuado com os SAD indicados para participar desta Linha de Cuidado. ☐ Existência de Equipes multiprofissionais nos SAD indicados para participar desta Linha de Cuidado. ☐ Verificar sistemas de contas médicas, que demonstrem a utilização de SAD para paciente com câncer de próstata na modalidade AD1.	
4.6.5	A operadora deve monitorar o indicador Proporção de beneficiários com Câncer de Próstata em atenção domiciliar, estratificado por modalidade (AD1, AD2 e AD3), como parte integrante do acompanhamento desta Linha de Cuidado. Interpretação	Complementar
	A Atenção Domiciliar constitui estratégia essencial no cuidado oncológico, ao promover a continuidade terapêutica, o acolhimento humanizado e a manutenção da qualidade de vida no ambiente domiciliar. Sua indicação deve estar respaldada por protocolo clínico pactuado com os Serviços de Atenção Oncológica e formalizada por prescrição do médico assistente, com base em avaliação multiprofissional criteriosa.	
	A avaliação clínica deve considerar a complexidade do caso, o grau de dependência funcional, as comorbidades associadas e as condições psicossociais da pessoa assistida. O plano terapêutico deve ser registrado no Plano de Cuidado Individualizado , prevendo o nível de atenção adequado à condição do paciente (AD1, AD2 ou AD3), respeitando os critérios estabelecidos em protocolo clínico vigente.	
	Nesse contexto, é fundamental que a operadora monitore periodicamente o indicador de proporção de beneficiários com câncer de próstata em atenção domiciliar, estratificado por modalidade, a fim de garantir a efetividade da assistência, a coerência das indicações clínicas e a organização adequada dos fluxos assistenciais. O indicador deve ser apurado anualmente, com coleta mensal de dados, permitindo identificar:	

	☐ A adequação da oferta de Atenção Domiciliar às necessidades da população atendida; ☐ A evolução da distribuição por modalidade ao longo do tempo; ☐ O alinhamento entre a prescrição clínica e a prestação efetiva do serviço. Nos casos em que houver mudança do perfil clínico do paciente durante o tratamento, deve-se proceder à reclassificação da modalidade de AD , assegurando a compatibilidade entre a complexidade do caso e o nível de atenção ofertado.	
	Esse monitoramento subsidia a gestão da linha de cuidado, favorecendo a identificação de lacunas assistenciais e a implementação de ações corretivas e preventivas. Para o cumprimento deste item, a operadora deve: ☐ Monitorar mensalmente o indicador de proporção de beneficiários com câncer de próstata em atenção domiciliar, com estratificação por tipo de AD (AD1, AD2, AD3);	
	☐ Assegurar que as alterações de modalidade ao longo do cuidado sejam devidamente registradas e atualizadas conforme evolução clínica; ☐ Utilizar os dados apurados para planejamento, avaliação e qualificação da linha de cuidado oncológico. Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditoria poderá verificar:	
	☐ A inclusão do indicador no Plano Estruturado da Linha de Cuidado do Câncer de Próstata, conforme item 1.1.1 da certificação; ☐ A existência de sistema de monitoramento da Domiciliar, com capacidade de apuração contínua do indicador; ☐ A relação de beneficiários em AD, com respectivos Planos de Cuidado Individualizados e registros atualizados da equipe multiprofissional; Relatórios periódicos com indicadores assistenciais consolidados, que demonstrem a utilização, efetividade e adequação da AD por modalidade.	
4.6.6	A operadora deve monitorar, de forma sistemática, o indicador "Taxa de Infecção na Atenção Domiciliar (AD)", estratificado por modalidade de AD (AD1, AD2 e AD3), no âmbito desta Linha de Cuidado. Interpretação	Excelência
	A Atenção Domiciliar (AD) representa uma estratégia assistencial fundamental para pacientes oncológicos, ao permitir a continuidade do cuidado, o acolhimento no ambiente familiar e a promoção da qualidade de vida, principalmente em situações de fragilidade clínica. A prestação desse cuidado deve ser realizada conforme protocolos clínicos pactuados com os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), mediante indicação formal do médico assistente e acompanhamento multiprofissional qualificado.	





	Diante da complexidade dos pacientes em AD, especialmente os que utilizam dispositivos invasivos ou apresentam imunossupressão, torna-se essencial o monitoramento da taxa de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS). De acordo com a ANVISA, as IRAS compreendem infecções adquiridas durante o cuidado, diretamente associadas a intervenções clínicas, dispositivos ou à própria organização dos serviços de saúde, e sua ocorrência pode ser evitada com medidas de prevenção eficazes.	
	Nesse contexto, a segurança do paciente, entendida como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano associado ao cuidado em saúde, deve ser um eixo central da assistência domiciliar. O acompanhamento da taxa de infecção é, portanto, um indicador crítico de qualidade e segurança da atenção prestada.	
	Um dos pilares da prevenção de IRAS, inclusive na AD, é a higienização correta das mãos, considerada a medida isolada mais eficaz na prevenção de infecções. Mesmo no domicílio, a prática da higiene das mãos deve ser rigorosamente adotada por todos os envolvidos no cuidado, incluindo familiares e cuidadores informais. A capacitação da equipe e da rede de apoio sobre os cinco momentos da higienização das mãos, conforme diretrizes da OMS, é indispensável para garantir a efetividade da prevenção.	
	A operadora deve, portanto, implementar mecanismos de monitoramento contínuo da taxa de infecção, com coleta mensal e apuração anual do indicador, permitindo a análise por modalidade de AD. A detecção de agravos clínicos relacionados a infecções deve desencadear ações corretivas e preventivas, com revisão de protocolos e requalificação das equipes envolvidas. Para o cumprimento deste item, a operadora deve: ☐ Monitorar mensalmente a Taxa de Infecção na Atenção Domiciliar, estratificada por tipo de AD;	
	☐ Pactuar protocolos clínicos e fluxos assistenciais que prevejam a prevenção e vigilância de IRAS no ambiente domiciliar; ☐ Pactuar com o SAD a previsão de capacitação contínua da equipe multiprofissional e dos cuidadores sobre segurança do paciente, especialmente medidas de controle de infecção; ☐ Pactuar com o SAD a promoção da adoção sistemática da higienização das mãos antes e após qualquer contato com o paciente ou com materiais de cuidado;	
	Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ Existência de protocolo clínico com diretrizes específicas para prevenção, detecção e notificação de infecções na AD; ☐ Sistema de monitoramento da AD com evidências da apuração do indicador; ☐ Documentos que comprovem a previsão de capacitação das equipes e familiares em medidas de prevenção, incluindo higienização das mãos.	
Referências do requisito 4.6: Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016 . Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html >. Acesso em 30/05/2025 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC n.º 11, de 26 de janeiro de 2006 . Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html >. Acesso em 30 mai.2025. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Segurança do paciente: higiene das mãos . Brasília: Anvisa, 2020. Disponível em: < https://www.gov.br/anvisa >. Acesso em 30 mai.2025. World Health Organization(WHO). Guidelines on Hand Hygiene in Health Care .Geneva: WHO; 2009. Disponível em: < bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/who/2009/guidelines-on-hand-hygiene-in-health-care.pdf >. Acesso em 30 mai.2025. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Diretrizes para a organização da atenção oncológica no Brasil .Rio de Janeiro: INCA, 2020. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Caderno de Atenção Domiciliar - Volume 3: Cuidados Paliativos .Brasília: Ministério da Saúde, 2013. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Modalidades de Atenção Domiciliar . 05 de agosto de 2024. Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/modalidades >. Acesso em: 30 mai. 2025 MORAES, EN. Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde [livro eletrônico] : aplicações do IVCF-20 e do ICOPE - Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa / Edgar Nunes de Moraes, Priscila R. Rabelo Lopes. - Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2023. 110 p. : il. Disponível em: < file:///E:/ans%20docs%20importantes/Manual-de-Avaliacao-Multidimensional-da-Pessoa-Idosa-para-a-Atencao-Primaria-a-Saude-Aplicacoes-do-IVCF-20-e-do-ICOPE-1.pdf >. Acesso em 09 jun. 2025 SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE (SAS). [recurso eletrônico]. Atenção Domiciliar Primária . / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p.: il. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf >. Acesso em: 30/05/2025.		

4.7 Cuidados Paliativos e Cuidados de fim de vida no Câncer de Próstata
Requisito que avalia a disponibilização Cuidados Paliativos, Cuidados de fim de vida e Atenção Domiciliar no Câncer de Próstata.

4.7.1	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados pela operadora como participantes desta Linha de Cuidado dispõem de equipe multiprofissional dedicada aos cuidados paliativos. Interpretação:	Essencial
	O câncer de próstata é uma doença silenciosa com evolução lenta. Segundo o INCA (2022), ocorreram 16.429 mortes por câncer de próstata naquele ano, o que representa uma taxa ajustada de mortalidade por este câncer de 15,76/100 mil homens. Diante desses números, é fundamental reforçar a importância da conscientização sobre a doença considerando o estigma e as diversas barreiras culturais que ainda dificultam o acesso ao diagnóstico e ao tratamento precoce.	
	A OMS reconhece, desde 1990, os princípios e conceitos dos cuidados paliativos como um modelo inovador de atenção à saúde. Em 2002, esse conceito foi atualizado, definindo os cuidados paliativos como uma abordagem realizada por equipe multidisciplinar, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Isso é feito por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce, da avaliação adequada e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002; GOMES ET AL., 2016; D'ALESSANDRO ET AL., 2023; INCA, 2024; BRASIL, 2024).	
	Esses cuidados devem ser iniciados o mais precocemente possível e oferecidos por uma equipe interdisciplinar, atuando de forma integrada ao tratamento curativo. O objetivo é empregar todos os esforços necessários para garantir um melhor controle possível dos sintomas, promovendo qualidade de vida ao paciente e sua família. (WHO, 2002; OPAS, 2024; INCA, 2024; D'ALESSANDRO ET AL., 2023) Em 2024, o MS publicou a Portaria GM/MS 3.681/2024, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do SUS, reforçando a relevância dessa abordagem no cenário da saúde brasileira.	
	No entanto, no senso comum, os cuidados paliativos ainda são frequentemente associados apenas à fase final da vida - uma visão ultrapassada. A literatura atual compreende os cuidados paliativos de forma mais ampla, reconhecendo sua importância ao longo de todo o curso da doença. Na prática clínica, observa-se um crescente reconhecimento da necessidade de sua integração precoce, em conjunto com tratamentos curativos ou modificadores da doença (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Compreende-se como doença grave e ameaçadora à vida qualquer condição aguda ou crônica, ou diversas situações de saúde associadas a alta mortalidade, que comprometem a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa. Esses casos podem resultar em sintomas debilitantes ou na necessidade de tratamentos que gerem dependência de cuidados, além de potencial sobrecarga para o cuidador responsável (KELLEY, 2014; D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Nesse contexto, as doenças que ameaçam a vida, independentemente da possibilidade de reversão ou da utilização de tratamentos curativos, demandam uma abordagem que considere o cuidado integral e complexo, respeitando a totalidade da vida do paciente e reconhecendo seu sofrimento, assim como o de seus familiares (D'ALESSANDRO ET AL., 2023; INCA, 2024; MS, 2024).	
	Assim, os cuidados paliativos não devem ser oferecidos apenas na fase de final de vida, mas, sim, como uma abordagem complementar, estando presentes desde o início do processo de doença que ameaça a vida. Dessa forma, à medida que a doença progride, os cuidados paliativos podem passar a ser utilizados de forma mais intensiva e tornar-se, até mesmo, exclusivo (INCA, 2022; D'ALESSANDRO ET AL., 2023; MS, 2024).	
	O conceito mais atual de cuidados paliativos inclui a disponibilização dessa abordagem em todos os níveis de atenção - primário, secundário e terciário. Isso inclui uma variedade de serviços, como atenção básica, ambulatorial, hospitalar, de urgência e emergência e domiciliar (D'ALESSANDRO ET AL., 2023; INCA, 2024; MS, 2024) e devem ser integrados à jornada do paciente em todos os seus níveis. A experiência da doença deve ser compreendida de maneira integral, abordando todos os aspectos de forma holística, incluindo a dimensão espiritual (WHO; 2007).	
	Seguem os princípios que fundamentam o conceito de cuidados paliativos na atenção ao paciente com câncer (D'ALESSANDRO ET AL., 2023; MS/2024; INCA, 2024; WHO; 2007):	
	☐ Alívio de Sintomas : proporcionar alívio para dor e outros sintomas angustiantes, como astenia, anorexia e dispneia, além de gerenciar emergências oncológicas. ☐ Aceitação da Vida e da Morte : reafirmar a vida e a morte como processos naturais, permitindo que pacientes e familiares enfrentem esses momentos com dignidade.	



	☐ Abordagem Holística : integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao cuidado clínico do paciente, promovendo um atendimento mais completo. ☐ Equilíbrio na Morte : garantir que não se apresse nem se adie o processo de morte, respeitando o tempo de cada paciente. ☐ Unidade de Tratamento : a abordagem deve compreender o paciente e sua família como uma unidade, reconhecendo a importância do suporte familiar no processo de cuidado.	
	☐ Viver Ativamente : proporcionar um sistema de suporte que ajude os pacientes a viverem da forma mais ativa possível até o final de suas vidas. ☐ Equipe Interdisciplinar: utilizar uma abordagem interdisciplinar para identificar e atender às necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte durante o luto.	
	☐ Decisões Éticas : as decisões relacionadas à assistência e tratamentos médicos devem ser fundamentadas em princípios éticos, respeitando a autonomia e os desejos do paciente. ☐ Comunicação Eficaz : uma comunicação adequada entre a equipe de saúde, pacientes e familiares é fundamental para esclarecer dúvidas, promover a adesão ao tratamento e facilitar a aceitação da proximidade da morte.	
	Essas diretrizes visam promover um ambiente que favoreça o bem-estar e a qualidade de vida, mesmo em contextos desafiadores, assegurando um cuidado que respeite a dignidade do paciente e a complexidade da experiência da doença. A abordagem dos cuidados paliativos é fundamental no tratamento do câncer, sobretudo considerando que, constatou-se que 80% do total estimado de pessoas no mundo que necessitam dessa abordagem têm acesso limitado até mesmo a intervenções básicas para o controle da dor (KNAUL ET AL., 2018; D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Para atender a este item, a operadora deve assegurar a cobertura dos cuidados paliativos realizados por uma equipe multidisciplinar nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial assim como nos Serviços Hospitalares designados a integrar esta Linha de Cuidado. A oferta e a cobertura de cuidados paliativos devem ser expressamente especificadas em contrato ou em documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares que participam dessa Linha de Cuidado, independentemente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada da operadora.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A descrição detalhada das estratégias dos Cuidados Paliativos no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 para esta Linha de Cuidado. ☐ O Sistema de Informação da operadora que demonstre o monitoramento dos pacientes em Cuidados Paliativos para esta Linha de Cuidado. ☐ O sistema de contas médicas da operadora, que demonstre a cobertura de cuidados paliativos aos pacientes com câncer de próstata.	
	☐ O relatório de visita anual presencial ou à distância da operadora aos serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado. ☐ De forma amostral os contratos prevendo a disponibilização de equipes de cuidados paliativos nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado. A equipe de auditores poderá ainda, a seu critério, realizar visitas amostrais presenciais ou à distância a Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
4.7.2	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado utilizam ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos. Interpretação:	Essencial
	Os estudos apontam que existem marcadores gerais que estão associados a um prognóstico desfavorável, independentemente da doença subjacente. A literatura oferece diversas ferramentas que auxiliam na avaliação do prognóstico em patologias comuns no contexto dos cuidados paliativos (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	A utilização de ferramentas de triagem para identificar pacientes que necessitam de suporte e cuidados paliativos é essencial para garantir que mais pessoas se beneficiem da abordagem de cuidados paliativos, permitindo intervenções precoces e não apenas na fase final da doença (WPCA e WHO, 2020; D'ALESSANDRO ET AL., 2023). A operadora deve assegurar que os serviços de atenção oncológica designados para participar desta certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Próstata adotem uma ferramenta validada e traduzida para o português do Brasil.	



	Dentre as principais ferramentas disponíveis na literatura, destaca-se o <i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool</i> (SPICT-BRTM), que foi inicialmente descrito em 2010 (BOYD ET AL., 2010), aprimorado em 2014 (HIGHET, 2014) e tem como objetivo identificar, de forma holística, as necessidades do paciente, promovendo a tomada de decisão compartilhada sobre os objetivos e o planejamento avançado de cuidados (D'ALESSANDRO ET AL., 2023). Essa ferramenta tem como vantagem o fato de já ter sido traduzida e validada para o português do Brasil.	
	A SPICT-BRTM foi desenvolvida com base em princípios fundamentais (D'ALESSANDRO ET AL., 2023): ▣ Simplicidade : Facilita a compreensão e a aplicação. ▣ Objetividade : Foca em indicadores claros e diretos. ▣ Indicadores de fácil identificação : Permite a rápida detecção das necessidades dos pacientes. ▣ Indicadores clínicos de doenças avançadas baseados em evidências: Fundamentam-se em dados confiáveis para melhor avaliação.	
	▣ Promoção de cuidados paliativos precoces : Incentiva a integração dos cuidados paliativos em paralelo às intervenções curativas. ▣ Linguagem acessível : Garante que a ferramenta seja compreensível para todos os profissionais de saúde envolvidos. Esses elementos tornam a SPICT-BRTM uma ferramenta útil para o manejo de pacientes oncológicos, facilitando a identificação precoce da necessidade de cuidados paliativos. O SPICT-BRTM é aplicável em diferentes contextos clínicos, como atenção primária, instituições de longa permanência, ambulatórios especializados e serviços hospitalares (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	A ferramenta é dividida em duas partes: a primeira inclui indicadores clínicos gerais, enquanto a segunda se concentra em indicadores específicos, conforme a doença de base, permitindo uma avaliação abrangente e direcionada (HIGHET, 2014; D'ALESSANDRO ET AL., 2023). Vale destacar que a identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos não contraindica necessariamente o uso de tratamentos modificadores de doença, desde que esses contribuam para a melhoria da qualidade de vida do paciente (D'ALESSANDRO ET AL., 2023; MS, 2024; INCA, 2024).	
	Embora o SPICT-BRTM não seja uma ferramenta prognóstica, estudos indicam que a presença de duas condições de declínio geral pode estar associada a um risco aumentado de óbito nos próximos 12 meses (PESSINI E BERTACHINI, 2012; D'ALESSANDRO, 2023). Essa informação reforça a importância de um manejo cuidadoso e individualizado, que considere tanto os tratamentos curativos quanto o suporte paliativo (WOOLFIED ET AL., 2019; D'ALESSANDRO ET AL., 2023). Para ilustrar, segue quadro com o SPICT-BRTM:	
	Fonte: Manual de Cuidados Paliativos do MS, 2023, adaptado de Quill et al. (2013), p 33. Para pontuar neste item, Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados pela operadora para participarem desta Linha de Cuidado devem adotar este ou outro instrumento com o mesmo objetivo, desde que esteja traduzido e validado para o português do Brasil.	
	A operadora deve prever nos contratos ou documentos similares com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados pela operadora para participarem desta Linha de Cuidado adoção de ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	
	▣ A previsão da indicação de serviços de atenção oncológica que ofereçam cuidados paliativos e utilizem ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata. ▣ A previsão nos documentos de pactuação entre a operadora e os serviços e atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata, a adoção de ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos.	
	▣ O Relatório anual da visita anual realizada pela operadora aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado, demonstrando a adoção de escalas de avaliação prognóstica. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
4.7.3	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial os Serviços Hospitalares e os Serviços de Atenção Domiciliar indicados para participarem desta Linha de Cuidado contam com equipes para cuidados de fim de vida. Interpretação	Essencial



	Os cuidados de fim de vida são essenciais quando o prognóstico indica a proximidade do término da vida. A avaliação prognóstica é um processo multifatorial e a comunicação do prognóstico deve ser feita de forma individualizada com o paciente e/ou sua família (WPCA e WHO, 2020; D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	A identificação precoce dos pacientes que podem se beneficiar da abordagem de cuidados paliativos (CP) é um grande desafio. Essa identificação é preconizada desde 2014 pelo Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, para possibilitar que a integração entre CP e medidas modificadoras de doença ocorra no momento inicial das doenças ameaçadoras de vida (WPCH e WHO; 2020). A avaliação correta e identificação da demanda por CP deve ser realizada, inicialmente, por profissional não especialista e, de acordo com a progressão da doença, deve-se associar a abordagem da equipe multiprofissional em CP (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Abordar a questão do fim de vida é um desafio tanto para os profissionais de saúde quanto para pacientes e familiares. A preocupação com incertezas prognósticas não deve ser um obstáculo para discutir o tema. É importante reconhecer que nem todos os pacientes desejam ou estão em condições de receber informações detalhadas sobre seu prognóstico. Assim, a comunicação sobre a avaliação prognóstica deve ser feita de forma individualizada e cuidadosa, levando em conta as necessidades e preferências de cada paciente e sua família (WPCA e WHO, 2020; D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	A fase final de vida é caracterizada por uma deterioração progressiva da funcionalidade, um aumento da carga sintomática e uma maior demanda por cuidados, devido à progressão da doença. Esse estágio geralmente está associado a um tempo de sobrevivência estimado reduzido, tornando ainda mais crucial o suporte adequado para o paciente e sua família (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Essa fase é frequentemente marcada por um aumento significativo do sofrimento físico, incluindo aumento da intensidade da dor, além de importantes desafios nos aspectos social, psicológico e espiritual. Esse contexto demanda uma abordagem abrangente e sensível para atender às necessidades do paciente e de sua família (CARDOSO, 2012; D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Quando a avaliação cuidadosa do prognóstico indica terminalidade e são oferecidos cuidados de fim de vida, é essencial que pacientes e familiares estejam bem-informados sobre (MATTOS, 2022; MURPHY, 2000; KUTNER, 2009): ☐ O(s) diagnóstico(s);	
	☐ O prognóstico; e ☐ As opções terapêuticas disponíveis, levando em consideração os diagnósticos e o prognóstico, incluindo os riscos e benefícios de cada alternativa. Os cuidados paliativos modernos são estruturados em graus de complexidade que se somam para oferecer um cuidado integral e ativo ao paciente (D'ALESSANDRO ET AL., 2023; MS, 2024).	
	☐ Cuidados Paliativos Gerais: devem ser iniciados assim que o paciente recebe o diagnóstico de uma doença que ameaça à vida em progressão. o Nesses casos, o foco é atuar em todas as dimensões dos sinais e sintomas que possam surgir, promovendo alívio e melhorando a qualidade de vida desde o início do tratamento. ☐ Cuidados Paliativos Específicos: são indicados para pacientes nas últimas semanas ou nos últimos seis meses de vida, quando fica evidente que há um declínio progressivo da condição.	



o Nessa fase, as intervenções se concentram em proporcionar conforto e suporte intensivo, respeitando as necessidades e desejos do paciente. Essas duas abordagens garantem que os cuidados paliativos sejam adaptados ao estágio da doença e às necessidades individuais, sempre priorizando o bem-estar e a dignidade do paciente. Nos Cuidados Paliativos Específicos, voltados para o período de final de vida, todo o esforço deve ser direcionado para que o paciente mantenha sua autonomia, preservando seu autocuidado e permanecendo próximo de seus entes queridos (MS, 2024).	
Os cuidados de final da vida, em geral, referem-se aos últimos dias ou às últimas 72 horas de vida, e devem buscar proporcionar conforto e dignidade nesse momento delicado. O reconhecimento desta fase é complexo, porém é extremamente necessário para o planejamento do cuidado e preparo do paciente e sua família para perdas e óbito (MS, 2024).	
Quadro comparativo - Cuidados paliativos gerais e especializados	
Cuidados paliativos gerais	Cuidados paliativos especializados
Manejo básico da dor e sintomas gerais	Manejo da dor ou outros sintomas de déficit controle
Manejo básico da depressão e ansiedade	Suporte em casos de depressão mais complexa, luto complicado e angústia existencial
Discussões básicas sobre: prognóstico, objetivos do tratamento, sofrimento físico, emocional, espiritual e social	Assistência na resolução de conflitos em relação a objetivos ou métodos de tratamento entre os próprios familiares, entre equipes e familiares ou entre diferentes equipes
Acolhimento psicossocial aos familiares	Assistência na resolução de casos de possível futilidade terapêutica
Fonte: Manual de Cuidados Paliativos do MS, 2023, adaptado de Quill et al. (2013), p 33.	



Apesar da disseminação mais recente dos cuidados paliativos, alguns pacientes podem passar por um processo de morte prolongado, enfrentando sofrimento significativo enquanto recebem tratamentos invasivos e muitas vezes indesejados. Para evitar essa situação, é fundamental reconhecer a fase final da vida de maneira oportuna. Esse reconhecimento permite um manejo mais adequado da terminalidade, promovendo uma abordagem que priorize o conforto e a qualidade de vida do paciente e de seus familiares (STEINHAUSER ET AL; 2000; D'ALESSANDRO ET AL., 2023).		
Apesar de diversos estudos indicarem que a maioria das pessoas no mundo prefere falecer em casa, uma parte significativa ainda morre em hospitais. Nesse contexto, a literatura aponta para o uso excessivo de medidas agressivas no fim da vida e para baixa utilização de cuidados de final de vida nesta fase (BROWNLEE, ET AL., 2017).		
Para isso, é essencial abordar o sofrimento por meio do controle de sintomas e de discussões abertas e empáticas com os pacientes e/ou familiares. Os objetivos do cuidado de final de vida devem ser alinhados aos valores e desejos dos pacientes e de seus familiares, garantindo que as intervenções respeitem suas preferências e promovam o bem-estar (HUI ET AL; 2015; NEUBERGER ET AL., 2016; D'ALESSANDRO ET AL., 2023)		
O ideal é que as discussões sobre as preferências de cuidado para o fim de vida se iniciem antes do período crítico da doença, porque nas últimas semanas ou meses de vida, muitos pacientes enfrentam uma progressiva piora funcional. No entanto, no processo, é fundamental oferecer a oportunidade de revisar e ajustar essas decisões, permitindo que pacientes e familiares reafirmem ou modifiquem o Plano de Cuidado Individualizado conforme necessário (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).		
Um bom fim de vida geralmente envolve aspectos comuns, compartilhados entre a maioria dos pacientes e dos profissionais de saúde, tais como (STEINHAUSER, 2000):		
☐ Adequado controle da dor, dispneia e ansiedade. ☐ Higiene corporal apropriada. ☐ Preparação para a morte. ☐ Ter pessoas queridas por perto. ☐ Não morrer sozinho.		
☐ Ser respeitado.☐ Manter a dignidade. ☐ Sentir-se cuidado como uma pessoa integral. Após a análise prognóstica de terminalidade, é fundamental instituir os cuidados de fim de vida, que podem ser realizados em diversos contextos, como hospitais, atenção domiciliar ou <i>hospices</i>, conforme a indicação clínica. A decisão sobre o local e a abordagem deve ser tomada de forma compartilhada com o paciente e/ou seus familiares (MS, 2024).		
☐ Manter a dignidade. ☐ Sentir-se cuidado como uma pessoa integral. Após a análise prognóstica de terminalidade, é fundamental instituir os cuidados de fim de vida, que podem ser realizados em diversos contextos, como hospitais, atenção domiciliar ou <i>hospices</i>, conforme a indicação clínica. A decisão sobre o local e a abordagem deve ser tomada de forma compartilhada com o paciente e/ou seus familiares (MS, 2024).		
Para atender a esse item de verificação, a operadora deve garantir a cobertura para os cuidados paliativos com suporte especializado para cuidados de fim de vida, quando indicados. Além disso, o contrato ou documento similar deve incluir a previsão de que os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares designados pela operadora para esta Linha de Cuidado contem com equipes capacitadas para a realização desses cuidados. Possíveis Formas de Verificação de Evidências:		
A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A descrição detalhada das estratégias de cobertura de cuidados paliativos com oferecimento de suporte especializado para cuidados de fim de vida disponibilizados aos pacientes com câncer de próstata no Plano Estruturado mencionado no item 1.1. ☐ O sistema de informação que demonstre a oferta e a cobertura de cuidados paliativos que oferecem suporte especializado para cuidados de fim de vida.		
☐ As evidências de remuneração de cuidados paliativos que oferecem suporte especializado para cuidados de fim de vida podendo ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros. ☐ A previsão nos documentos de pactuação entre a operadora e os serviços e atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata, do oferecimento de suporte especializado para cuidados de fim de vida.		
☐ O Relatório anual da visita anual presencial ou à distância realizada pela operadora aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado, demonstrando o oferecimento de suporte especializado para cuidados de fim de vida. ☐ A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos SServiços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.		
4.7.4	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Certificação na Linha de Cuidado, utilizam escalas de avaliação prognóstica. Interpretação	Complementar

	O uso de escalas de avaliação prognóstica é um recurso valioso, especialmente porque nem sempre os profissionais de saúde encontram-se preparados para realizar essa avaliação e comunicar o prognóstico aos pacientes e familiares. Essas escalas são fundamentais para identificar o estado de saúde dos pacientes e orientar as intervenções mais apropriadas, garantindo um cuidado mais efetivo (KRAWCZYK ET AL., 2016; D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Quando se deparam com a dificuldade de avaliar o prognóstico, os profissionais podem recorrer a atalhos mentais (heurísticas), o que frequentemente resulta em vieses significativos. Muitas vezes, os profissionais tendem a superestimar o prognóstico de seus pacientes, especialmente o médico responsável, devido ao vínculo estabelecido.	
	Essa superestimação pode distorcer o julgamento e levar a práticas como distanásia ou obstinação terapêutica, que se referem ao prolongamento artificial do processo de morrer, resultando em sofrimento sem benefícios tangíveis para o paciente. Essa abordagem pode gerar um descompasso entre os objetivos do tratamento e as necessidades reais do paciente, aumentando o sofrimento em vez de proporcionar conforto. (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Assim, é recomendável que o médico assistente compartilhe sua avaliação prognóstica com colegas e outros profissionais da equipe de saúde. Além disso, deve combinar sua impressão clínica com a utilização de escalas de avaliação prognóstica validadas na literatura. Essa abordagem ajuda a evitar a superestimação do prognóstico, facilitando uma avaliação mais precisa e uma melhor tomada de decisão (D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Seguem alguns marcadores gerais de pior prognóstico, independentemente da patologia subjacente: ☐ Infecções recorrentes e de difícil tratamento (como pneumonia, pielonefrite e sepse). ☐ Piora significativa da ingesta alimentar, incluindo perda não intencional de peso superior a 10% nos últimos seis meses, hipo albuminemia ou disfagia com aspiração.	
	☐ Perda de funcionalidade, resultando em maior dependência de terceiros para atividades básicas da vida diária. Nos casos de câncer, a avaliação prognóstica possui várias particularidades. De modo geral, tumores metastáticos, especialmente aqueles que afetam órgãos considerados "nobres", como pulmão, fígado e sistema nervoso central, estão associados a prognósticos menos favoráveis. Além disso, a perda de funcionalidade é um fator crítico: quanto maior a perda de funcionalidade, maior a probabilidade de toxicidade relacionada ao tratamento e menor a expectativa de sobrevida. (D'ALESSANDRO ET AL., 2023; INCA, 2022; DF, 2018).	
	Quando a avaliação cuidadosa do prognóstico indica terminalidade, é essencial oferecer cuidados de fim de vida aos pacientes (INCA, 2022; D'ALESSANDRO ET AL., 2023). Essa discussão é importante para todos os envolvidos. Para que possam tomar decisões informadas e alinhadas à sua história de vida e valores, é fundamental que os pacientes e seus familiares compreendam os seguintes tópicos: (MURPHY, 2000; KUTNER ET AL., 2009; D'ALESSANDRO ET AL., 2023)	
	☐ O(s) diagnóstico(s). ☐ O prognóstico. ☐ A terapêutica disponível de acordo com seus diagnósticos e o prognóstico informado, incluindo os riscos e benefícios de cada opção terapêutica.	
	Para cumprir esse item de verificação, a operadora deve prever, nos contratos ou documentos similares firmados com os prestadores de Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata, a adoção de utilizam escalas de avaliação prognóstica validadas. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	
	☐ A previsão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata, a indicação de Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares que adotem escalas de avaliação prognóstica validadas. ☐ A previsão nos contratos ou documentos similares de pactuação entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata da adoção de escalas de avaliação prognóstica validadas.	
	☐ O Relatório da visita anual realizada pela operadora aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado, demonstrando a adoção de escalas de avaliação prognóstica. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	



4.7.5	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado oferecem apoio espiritual aos pacientes com doença ameaçadora de vida. Interpretação	<i>Excelência</i>
	Segundo a OMS, a espiritualidade está no escopo da abordagem de cuidados paliativos (CP). Assim, esta dimensão deve fazer parte do cuidado de pacientes com doença ameaçadora de vida (WPCA e WHO, 2020; PUCHALSKI ET AL., 2009; D'ALESSANDRO ET AL., 2023). Essa abordagem se justifica visto que a espiritualidade é uma das dimensões do ser humano, entendida como: "um aspecto intrínseco e dinâmico da humanidade, através do qual o indivíduo busca significado, sentido e transcendência, e experimenta a relação consigo mesmo, com a família, com os outros, a comunidade, a sociedade, a natureza e o que é significativo e sagrado" (PUCHALSKI ET AL., 2014).	
	É importante diferenciar espiritualidade de religiosidade. A religiosidade diz respeito à expressão da espiritualidade no contexto de uma coletividade por meio de tradições, rituais, crenças, práticas, normas e celebrações compartilhadas (EVANGELISTA, 2016; STEINHAUSER ET AL., 2017; D'ALESSANDRO ET AL., 2023). Já a espiritualidade é uma dimensão pessoal, relacionada à busca de sentido, propósito e transcendência da vida, por meio das relações consigo mesmo, com os outros, com o momento presente, com o universo e o sagrado, podendo ou não estar vinculada a uma religião (Saporetti, et al., 2008).	
	Nesse contexto, o sagrado é uma experiência subjetiva, que pode ser vinculada por meio da religião, da arte, da música, de projetos de vida, da filosofia, do contato com a natureza, ou por meio da solidariedade. (CHERNY, 2015; EVANGELISTA, 2016; STEINHAUSER ET AL., 2017; D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	À medida que a doença ameaçadora da vida avança, os pacientes podem recorrer à espiritualidade, tanto como forma de aliviar o sofrimento quanto como estratégia de enfrentamento. Nesse processo, buscam ter fé, sentir que viveram de forma plena, manter a esperança, perdoar, amar, conectar-se e estar em paz consigo mesmos, com os outros, com a divindade e com o sagrado. (SAPORETTI ET AL., 2008; STEINHAUSER ET AL., 2017; EVANGELISTA ET AL. 2016; D'ALESSANDRO ET AL., 2023).	
	Assim, a dimensão espiritual deve ser considerada na abordagem de pacientes com doenças ameaçadoras da vida, estando integrada à rotina de cuidado e incluída no plano terapêutico, assim como qualquer outra dimensão clínica ou psicossocial. (PUCHALSKI ET AL., 2009).	
	Diversas barreiras têm sido identificadas e dificultam a abordagem da espiritualidade dos pacientes, tais como: (SAPORETTI ET AL., 2008; EVANGELISTA ET AL., 2016; D'ALESSANDRO ET AL., 2023). ☐ Desconhecimento dos profissionais sobre o conceito de espiritualidade e como abordá-lo. ☐ Preocupação em relação a instituir pontos de vista religiosos.	
	☐ Ideia de que abordar esse tema não é importante ou que não faz parte do escopo de trabalho. ☐ Falta de tempo na assistência ou de apoio institucional. Outra dificuldade, nessa abordagem, está relacionada à definição de que a espiritualidade é um conceito complexo e multidimensional, mas, ao mesmo tempo, intrínseco à experiência humana, que envolve à busca individual por sentido na vida e transcendência (D'ALESSANDRO ET AL., 2023; STEINHAUSER ET AL., 2017).	
	Para cumprir este item, a operadora deve oferecer cobertura para os cuidados paliativos, incluindo a assistência espiritual. Deve constar do contrato com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado o oferecimento de cuidados paliativos, quando indicado, incluindo assistência espiritual.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A previsão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata, a indicação de Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares que contam com equipe interdisciplinar para realização de cuidados paliativos, incluindo assistência espiritual.	
	☐ A pactuação por meio de contrato ou documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer de Próstata para que realizem cuidados paliativos, incluindo a assistência espiritual.	



	☐ O Sistema de Contas Médica, faturas, entre outros constando a remuneração das equipes de cuidados paliativos. ☐ Visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visita anual realizada pela operadora aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
Referências Bibliográficas do Requisito 4.7 :		

BEST M., BUTOW P., OLVER I. Why do we find it so hard to discuss spirituality? A qualitative exploration of attitudinal **Med** [Internet].2016 [cited 2023 Jul 11];5(9). Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC503948/>>. Acesso em 07 dez. 2023.

BLEGER, J. **Temas de psicologia: Entrevista e grupos** (2a ed.). Martins Fontes, 2003 (Trabalho original publicado em 1998).
BOYD K, MURRAY SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. **BMJ** [Internet]. 2010. Disponível em:<<https://www.bmj.com/content/341/bmj.c4863.long>>. Acesso em 07 dez. 2023.

CASTANHO, P. Sobre a questão da tarefa no grupo: Aspectos psicanalíticos e psicossociais. In T. S. Emidio, & M. Y. Okamoto (orgs). **Perspectivas psicanalíticas atuais para o trabalho com famílias e grupos na universidade** (pp. 87-101). **Cultura Acadêmica**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003.
BROWNLEE S, CHALKIDOU K, DOUST J, ELSHAUG AG, GLASZIOU P, HEATH I, et al. Evidence for overuse of medical services in the developed world. **Lancet** [Internet].2017.Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28077234/>>. Acesso em 07 dez. 2023.

CARDOSO MG. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. **Manual de cuidados paliativos**. ANCP [Internet]. 2. ed. Porto Alegre: **Sulina** ; 2012. p.113-22. Disponível em:

<<http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>. Acesso em 07 dez. 2023.

CHERNY NI. The problem of suffering and the principles of assessment in palliative medicine. In: Cherny N, Fallon M, Currow DC, organizadores. **Oxford Textbook of palliative medicine**. New York: **Oxford University Press** ; 2015. p. 35-48.

D'ALESSANDRO, MPSet *al.* **Manual de cuidados paliativos** - 2. ed. São Paulo: Hospital Sirio-Libanês; Ministério da Saúde; 2012.

DF- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES-DF). **Protocolo de atenção à saúde: limite de viabilidade em Neonatologia**. [Brasília]: Secretaria de Estado da Saúde (DF);2018. Disponível em:

<<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Limite+de+Viabilidade+em+Neonatalogia.pdf/35da70b0-9e48b685baaa?t=1648646097907>>. Acesso em 07 dez. 2023.

EVANGELISTA CB, LOPES ME, COSTA SF, BATISTA PS, BATISTA JB, OLIVEIRA AM. Cuidados paliativos e espiritualidade: uma revisão da literatura. **Rev. Bras.Enferm** [Internet]. 2016 [cited 2023 Jul 11];69(3). Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reben/a/TY7ydpbDpBhnfBDmh5nH36b/?lang=pt#>>. Acesso em 07 dez. 2023.

GOMES, A.L.Z.; OTHERO, M.B. **Cuidados paliativos**. Estudos Avançados, n, 30, v. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/>>.Acesso em 07 dez. 2023

HIGHET G, CRAWFORD D, MURRAY AS, BOYD K. Development and evaluation of the supportive and palliative care in the mixed-methods study. **BJM** [Internet]. 2014. Disponível em:<<https://spcare.bmj.com/content/4/3/285>>.Acesso em 07 dez. 2023.

HUI D, DEV R, BRUERA E. The Last Days of Life: Symptom Burden and Impact on Nutrition and Hydration in Cancer Patients Receiving Support Palliat Care [Internet]. 2015. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792116/pdf/>>. Acesso em 07 dez. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Cuidados paliativos: orientações para agentes comunitários de saúde / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2022.

Disponível em:<<https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartilhas/cuidados-paliativos-em-oncologia-orientacoes-par-comunitarios-de>>. Acesso em: 13 nov. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. **Cuidados Paliativos**. 2024. Disponível em:<<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/cuidados-paliativos>>. Acesso em: 13 nov. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Atlas On-line de Mortalidade por câncer, brutas e ajustadas por idade pelas populações mundial e brasileira, por 100.000, segundo localidade e por período selecionado. Disponível em:

<<https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo03/consultar.xhtml#panelResultado>>. Acesso em: 13 nov. 2024.

KELLEY, AS. Defining "Serious Illness".*J Palliat Med*, 2014. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2511530/>>. Acesso em: 13 nov. 2024.

KNAUL FM, FARMER PE, KRAKAUER EL, LIMA L, BHADALIA A, JIANG KX, et al. Alleviating the access abyss in palliative care: an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. **Lancet** [Internet]. 2018. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032993/>>. Acesso em: 13 nov. 2024.

KRAWCZYK M, GALLAGHER R. Communicating prognostic uncertainty in potential end-of-life contexts: experiences of palliative care providers. **BMC Palliat Care** [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 16];15:59. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4904441/>>. Acesso em: 13 nov. 2024.

KUTNER JS, KILBOURN KM. Bereavement: addressing challenges faced by advanced cancer patients, their caregivers and physicians., 2009 **Prim. Care** [Internet].Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19913188/>>.Acesso em: 13 nov. 2024.

MATTOS DW, CARVALHO IS. Assistência à fase final de vida e processo ativo de morte. In: Ferreira EA, Barbosa SM, Iqbal M, organizadores. **Cuidados paliativos pediátricos**.1. ed. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2022. p.185-8.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Cuidados Paliativos na Unidade de Atenção Primária (internet). Acesso em 20/03/de 2023. Disponível em:<<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/unidade-de-atencao-primaria/acompanhamento/cuidados-paliativos-aps>>.Acesso em 07 dez. 2023

MURPHY P, KRELING B, KATHRYN E, STEVENS M, LYNN J, DULAC J. Description of the SUPPORT intervention. Study of prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2000 [cited 2023 Mar 16];48 (5 Suppl): 154-61. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10809469/>>. Acesso em: 13 nov. 2024.

NEUBERGER RB. The Liverpool care pathway: what went right and what went wrong. Br. J. Hosp. Med [Internet]. 2016 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26961447/>

OMS, Cuidados Paliativos, (internet), 2024. Disponível em:<<https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>> . / 2024.

PESSINI L, BERTACHINI L. **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situação da vida** .1.ed. São Paulo: Editora Paulinas; Centro Universitário São Camilo; 2012. Capítulo 1, Conhecendo o que são cuidados paliativos: conceitos fundamentais; p. 19-55.

PICHON-RIVIÈRE, E. O Processo Grupal. (6ª edição). Editora Martins Fontes, 2000 (Trabalho original publicado em 1978)

FERRELL B, VIRANI R, OTIS-GREEN S, BAIRD P, BULL J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of report of the consensus conference. **J. Palliat. Med** [Internet]. 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26874317_Improving_the_Quality_of_Spiritual_Care_as_a_Dimension_of_Palliative_Care_The_Report_of_the_Consensus_Conference>. Acesso em: 13 nov. 2024.

QUILL TE, ABERNETHY AP. Generalist plus specialist palliative care - creating a more sustainable model. **N. Engl. J. Med** [Internet]. 2009. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1215620>>. Acesso em: 13 nov. 2024.

SAPORETTI LA. SOMUS: **formas de conexão** [Internet].2020 [cited 2023 Jul 11]. Available from:<<https://irp-cdn.multiscreensite.com/d917b1b0/files/uploaded/SOMUS%20formas%20de%20conex%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2024.

STEINHAUSER KE, CHRISTAKIS NA, CLIPP EC, MCNEILLY M, MCINTYRE L, TULSKY JA. Factors considered important by patients, family, physicians and other care providers. **JAMA** [Internet]. 2000. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/193279>>. Acesso em: 13 nov. 2024.

STEINHAUSER KE, FITCHETT G, HANDZO GF, JOHNSON KS, KOENIG HG, PARGAMENT KI, et al. State of the science of palliative care research part I: definitions, measurement, and outcomes. **J Pain Symptom Manage** [Internet]. 2017 Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392417302920>>. Acesso em: 13 nov. 2024.

WOOLFIED A, MITCHELL G, KONDALSAMY-CHENNAKESAVAN S, SENIOR H. Predicting those who are at risk of dying in the last months in primary care: a retrospective case-control general practice chart analysis. **J. Palliat. Med** [Internet]. 2019. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jpm.2018.0562>>. Acesso em: 13 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes**. Geneva: WHO; 2007 Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAE102B00000000000?sequence=1>. Acesso em: 13 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2002. Disponível em:<<https://iris.who.int/handle/10665/42494>>. Acesso em: 13 nov. 2024.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA) AND WHO. **Global atlas of palliative care**[Internet].London: WPCA; 2020.Disponível em:<[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)>. Acesso em: 13 nov. 2024.



Dimensão 5. Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão

DIMENSÃO 5 - LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE PULMÃO		
A Dimensão 5 tem por objetivo avaliar a operadora no que tange a definição, organização e implementação da linha do cuidado do Câncer de Pulmão em todo o ciclo do cuidado.		
5.1 Organização e Estruturação Técnica da Operadora na Linha de Cuidado Câncer de Pulmão		
Este requisito tem como objetivo avaliar a organização técnica da operadora e de sua rede prestadora de serviços oncológicos para oferecer um cuidado integral e de qualidade aos pacientes na Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão		
5.1.1	A operadora estabelece um capítulo específico no Plano Estruturado detalhando a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão	Essencial
	Interpretação:	
	A operadora deverá desenvolver um capítulo específico no Plano Estruturado quando a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão for priorizada para esta Certificação. O Capítulo deve apresentar, de forma detalhada, a organização das ações voltadas à sua implementação. Esse conteúdo deve refletir a atuação coordenada da operadora na organização da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão.	
	Esse capítulo deverá funcionar como um instrumento de gestão, servindo como guia para a implementação e qualificação da atenção ao câncer de pulmão no âmbito da operadora. Sua construção deve estar baseada em diretrizes clínicas, protocolos assistenciais e evidências científicas atualizadas, e deve ser revisado sempre que necessário.	
	O conteúdo mínimo obrigatório desse capítulo inclui: ☐ Objetivos da Linha de Cuidado; ☐ Justificativa técnica para sua implementação; ☐ Cobertura prevista pela operadora, respeitando a cobertura mínima obrigatória definida no item 5.1.2 deste requisito;	
	☐ Estratégias de ação e fluxos para: o Promoção da saúde; o Prevenção do câncer de pulmão. o Detecção precoce, contemplando: ☐ Rastreamento individualizado para população de alto risco de acordo com o protocolo estabelecido nesta linha de cuidado; e	



	☐ Diagnóstico precoce. o Diagnóstico; o Estadiamento; o Tratamento e reabilitação; o Cuidados paliativos; e						
	o Cuidados de fim de vida. ☐ Indicação dos serviços de saúde oncológicos designados para participar da certificação no âmbito da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão, de acordo com o estabelecido nesta Certificação. As ações descritas devem assegurar o cuidado integral, coordenado e contínuo ao longo de toda a jornada do paciente, desde a promoção da saúde até os cuidados no fim da vida.						
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A existência no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 do capítulo específico para a Linha de Câncer de Pulmão; e ☐ O documento deve estar disponível tanto na sede da operadora (em meio físico e digital) como nas suas diferentes unidades, caso existam (em meio físico e/ou digital).						
5.1.2	A Operadora estabelece o número de beneficiários de acordo com a cobertura mínima estabelecida para a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão. Interpretação						Essencial
	A cobertura populacional mínima para a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão deve considerar a estimativa de incidência da doença no Brasil, bem como a população da carteira de beneficiários da operadora.						
	De acordo com o INCA (2022), o número estimado de casos novos para câncer de pulmão para cada ano do triênio de 2023 a 2025 foi de 32.560 casos, com taxa de incidência estimada foi de 15,06 casos novos a cada 100 mil habitantes (ambos os sexos) em 2023. A estimativa considerando homens foi de 17,06 casos novos a cada 100 mil homens e de 13,15 a cada 100 mil mulheres em 2023. Assim, a cobertura mínima obrigatória para esta Linha de Cuidado deve ser ajustada com base na última estimativa de incidência média nacional de câncer de pulmão divulgada pelo INCA.						
	O estabelecimento de uma cobertura mínima obrigatória para a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão busca garantir que as boas práticas, padronizadas neste manual, alcancem um número significativo de beneficiários, promovendo um impacto positivo no cuidado prestado aos pacientes com câncer de pulmão pelas operadoras.						
	Considerando as 678 operadoras do seguimento Médico Hospitalar com registro ativo na ANS e beneficiários na carteira, o número de beneficiários em 2023 variou de 1 até 7.409.677 de beneficiários, na maior operadora do setor (SIB/ANS, abr. 2024). De acordo com o SIB, em 2023, 86,73% das operadoras do segmento Médico Hospitalar tinham até 100 mil beneficiários em suas carteiras, enquanto apenas 13,27% contavam com mais de 100 mil beneficiários (SIB/ANS, abr. 2024).						
	A cobertura mínima para esta Linha de Cuidado deve ser calculada da seguinte maneira: ☐ Para os itens de verificação referentes: o Promoção da saúde - letramento em saúde e prevenção do câncer de pulmão, a regra para o estabelecimento da cobertura mínima será calculada com base no percentual do número total de beneficiários da carteira da operadora; e o Ao diagnóstico, ao tratamento e ao seguimento, será utilizado um percentual baseado na estimativa de casos novos.						
	Na ocasião da auditoria de certificação, a cobertura mínima deverá ser calculada com base na última estimativa de incidência para o câncer de pulmão publicada pelo INCA. Para facilitar o entendimento, a regra de cobertura obrigatória será ilustrada com exemplos de operadoras, considerando o número de beneficiários registrados no SIB no ano de 2023. Os dados utilizados na tabela referem-se ao ano de 2023. Quadro. Regra da Cobertura Mínima obrigatória para a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão						
	Nº de operadoras	% de operadoras	Nº de beneficiários	Casos novos por 100mil/ano*	Cobertura mínima: Promoção da Saúde e Prevenção	Cobertura mínima: diagnóstico precoce; tratamento e seguimento	
	588	86,73%	Até 100 mil	Até 15 casos novos	90% dos beneficiários	70% dos casos novos (até 10 casos novos) e os demais 70% casos em seguimento	

	66	9,73%	Acima de 100 mil a 400 mil	de 16 a 60 casos novos	85% dos beneficiários	65% casos novos (de 11 casos a 39 casos novos) e os demais 65% em seguimento	
	16	2,36%	Acima de 400 mil a 800 mil	De 61 a 120 casos novos	80% dos beneficiários	65% casos novos (de 40 a 78 casos novos) e os demais 65% em seguimento	
	5	0,74%	Acima de 800 mil até 4 milhões	De 121 a 602 casos novos	75% dos beneficiários	65% casos novos (de 79 a 391 casos novos) e os demais 65% em seguimento	
	3	0,44%	Acima de 4 milhões	De 603 a 130 casos novos	70% dos beneficiários	65% casos novos (de 392 a 734 casos novos) e os demais 65% em seguimento	
Fonte: SIB/ANS. abril de 2024							
Ressalta-se que o cumprimento da cobertura mínima para essa Linha de Cuidado deve considerar: ▣ As ações de promoção da saúde e prevenção do câncer de pulmão se referem ao requisito 5.2 deste manual; ▣ As ações de Diagnóstico Precoce e Rastreamento se referem ao requisito 5.3; ▣ As ações de Diagnóstico; Tratamento, incluindo Atenção Domiciliar; Cuidados Paliativos e de Fim de Vida e Seguimento - se referem aos requisitos: 5.4; 5.5; 5.6 e 5.7;							
▣ Toda a organização prevista no requisito 5.1 deve ser desenvolvida com vistas ao cumprimento da cobertura obrigatória prevista neste item de verificação. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:							
· De forma amostral, o alcance das ações de Promoção da Saúde e Prevenção do câncer de pulmão incluindo ações de educação em saúde e letramento, por meio da existência de palestras,lives, vídeos epodcastsdirecionados a beneficiários e ao público em geral que abordem os temas relacionados ao câncer pulmão. · O número de beneficiários da carteira da operadora atendidos nos serviços de atenção oncológica indicados para participar desta Linha de Cuidado por meio de sistema de monitoramento em saúde, faturas, contratos, entre outros.							



5.1.3	A Operadora estabelece a relação de prestadores de serviços da rede de Atenção Oncológica indicados para participar da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão. Interpretação:	Essencial
	Para assegurar a cobertura populacional mínima e a integração da rede, a operadora deverá indicar no Plano Estruturado os serviços de saúde de sua rede de atenção oncológica na linha de cuidado do Câncer de Pulmão como participantes da presente Certificação.	
	A relação dos serviços de saúde acima citados deve ser registada conforme o "Formulário de Especificação de Rede de Atenção Oncológica para Certificação da Operadora", no capítulo 11 deste Manual. Devem ser especificadas as seguintes informações relativas a cada serviço indicado: · Linha de Cuidado.	
	· Nome Fantasia. · Razão Social. · Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ. · Cadastro Nacional de Estabelecimento - CNES. · Município e Unidade da Federação (UF).	

	Caso o serviço funcione dentro de outro Estabelecimento de Saúde, essa informação deve ser especificada. Por exemplo, se um Serviço de Atenção Oncológica Ambulatorial operar anexo a um hospital, utilizando o mesmo CNPJ e CNES, a operadora deverá informar, no formulário, que o Estabelecimento de Saúde abriga dois serviços indicados para participar da Linha de Cuidado. A operadora deverá indicar os seguintes tipos de serviços para a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão, que devem atuar de forma integrada em rede, organizando-se de acordo com o estabelecido no requisito 1.2:	
	☐ Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial ☐ Serviços de Diagnóstico por Imagem - para o câncer de pulmão (Ex.: Tomografia Computadorizada; Ressonância Magnética Nuclear, entre outros). ☐ Laboratórios de anatomopatologia; ☐ Serviços de Terapia Antineoplásica;	
	☐ Serviços de Radioterapia; ☐ Serviços Hospitalares de referência para a realização de cirurgias para tratamento do câncer de pulmão - devem dispor de infraestrutura adequada para suporte aos pacientes com câncer para a realização de internações, tratamento, incluindo os procedimentos cirúrgicos e o manejo de intercorrências oncológicas. Pode incluir os serviços de radiologia intervencionista (Ex.: Biópsia pulmonar transtorácica guiada por tomografia, entre outros) e serviços de endoscopia respiratória (Ex.: Broncoscopia);	
	☐ Serviços de Atenção Domiciliar. Os serviços de pronto atendimento e serviços de urgência e emergência para o paciente com câncer de pulmão devem ser indicados dentre os hospitais e clínicas indicados pela operadora. Sempre que houver alterações, tais como inclusão, exclusão e substituição de prestadores de serviços participantes desta Linha de Cuidado, essas informações devem ser atualizadas.	
	A operadora deverá pactuar com a sua rede de atenção oncológica ao câncer de pulmão, indicada para participar desta certificação, o cumprimento dos critérios estabelecidos, conforme este Manual, tais como: · Visita técnica anual. · Estrutura física e tecnológica. · Equipes.	
	· Comissões, entre outros. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A especificação da relação dos serviços de saúde indicados para participarem desta Linha de Cuidado no Plano Estruturado estabelecido no item 1.1.1, com as devidas atualizações.	
	· Se as informações relativas aos serviços de saúde na Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão estão de acordo com o "Formulário de Especificação de Rede de Atenção Oncológica para Certificação da Operadora" disponível no capítulo 11 deste Manual. · A existência de contrato formal estabelecido entre a operadora e os serviços da rede de atenção para Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão indicados como participantes desta Certificação.	
	· Os documentos de cobrança de faturas referentes aos atendimentos realizados por beneficiários da operadora na rede de atenção para Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão indicados pela operadora como participantes desta Certificação. · Por amostragem, Relatórios de Visita Técnica presencial ou virtual realizadas pela operadora, com periodicidade anual, dos serviços indicados para a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão para a presente Certificação.	
5.1.4	A operadora divulga em seu portal os serviços de atenção oncológica que participam da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão de acordo com o plano contratado. Interpretação:	Essencial
	A operadora informa em seu portal institucional na internet quais serviços de atenção oncológica estão incluídos na certificação da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão, sem prejuízo das obrigações estabelecidas pela Resolução Normativa - RN nº 486/2022 (ANS, 2022) e quaisquer alterações que possam ocorrer.	
	A operadora disponibiliza redes diferenciadas para a cobertura de consultas, eventos e procedimentos em saúde, de acordo com o produto ou plano contratado. Portanto, é importante que o beneficiário tenha acesso às informações sobre o que é oferecido para o seu plano específico no âmbito desta Linha de Cuidado. Para o cumprimento deste item, a divulgação deve estar obrigatoriamente disponível no portal da operadora na internet, podendo, adicionalmente, ser também divulgada em aplicativos para dispositivos móveis.	





	A informação sobre a rede de atenção oncológica para o câncer de pulmão deve ser apresentada de forma compreensível e acessível, permitindo que o beneficiário consulte facilmente a lista de prestadores de serviços participantes desta Linha de Cuidado, de acordo com o tipo de plano de saúde contratado. As informações referentes à rede devem ser disponibilizadas conforme o tipo de serviço por plano contratado e de acordo com o especificado no item 1.2.4 deste Manual:	
	☐ Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial. ☐ Serviços de Diagnóstico por Imagem, para o câncer de pulmão (Ex.: Tomografia Computadorizada; Ressonância Magnética Nuclear, entre outros). ☐ Serviços de Terapia Antineoplásica. ☐ Serviços de Radioterapia.	
	☐ Serviços de Endoscopia Respiratória (Broncoscopia). ☐ Serviços Hospitalares de referência para a realização de cirurgias para tratamento do câncer de pulmão - devem dispor de infraestrutura adequada para suporte aos pacientes com câncer para a realização de internações, tratamento, incluindo os procedimentos cirúrgicos e o manejo de intercorrências oncológicas. Pode incluir os serviços de radiologia intervencionista (Ex.: Biópsia pulmonar transtorácica guiada por tomografia, entre outros) e serviços de endoscopia respiratória (Ex.: Broncoscopia).	
	Devem ser destacados, entre os hospitais e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados pela operadora para esta Linha de Cuidado, aqueles que oferecem serviço de pronto atendimento e serviços de urgência e emergência, garantindo retaguarda assistencial aos pacientes oncológicos.	
	Sempre que houver alterações, tais como inclusão, exclusão e substituição de prestadores de serviços participantes desta Linha de Cuidado, essas informações devem ser divulgadas de forma compreensível e de fácil acesso. A operadora deverá manter os dados da rede de atenção da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão atualizados.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ As informações relativas aos serviços de saúde indicados para participar da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão estão de acordo com o modelo de "Formulário de Especificação de Rede de Atenção Oncológica para Certificação da Operadora" disponível no capítulo 11 deste Manual.	
	☐ A especificação da relação dos serviços de saúde indicados para participar desta Linha de Cuidado no Plano Estruturado, conforme estabelecido neste item de verificação, incluindo as devidas atualizações, quando aplicável; ☐ A existência de contrato formal estabelecido entre a operadora e os serviços da rede de atenção para Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão, indicada como participante desta Certificação.	
	☐ Os documentos de cobrança e as faturas referentes aos atendimentos realizados por beneficiários na rede de atenção da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão, indicada pela operadora como participante desta Certificação. ☐ Por amostragem, Relatórios de Visita Técnica - presencial ou virtual - realizadas pela operadora, com periodicidade anual, nos serviços indicados para a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão nesta Certificação.	
5.1.5	Os Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para participar da Certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão contam com certificado do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem - PADI do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR. Interpretação	Complementar
	O Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (PADI), reconhecido pela <i>The International Society for Quality in Health Care</i> (ISQua), tem o objetivo de qualificar serviços de radiologia e diagnóstico por imagem por meio de avaliações imparciais e rigorosas, assegurando que os requisitos mínimos de qualidade, segurança e sustentabilidade sejam cumpridos. A norma PADI é um referencial de qualidade e um padrão de excelência no setor (CBR, 2022, 2024).	
	Além disso, o PADI é uma acreditação reconhecida pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS da ANS, que divulga nominalmente as clínicas e hospitais que obtiverem o certificado de acreditação. O QUALISS é uma iniciativa da ANS que visa aprimorar a qualidade dos serviços de saúde na Saúde Suplementar brasileira, que tem como objetivo: · Estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde no setor suplementar.	

	· Aumentar a disponibilidade de informações sobre os prestadores de serviços de saúde no setor suplementar. · Auxiliar os pacientes a fazerem escolhas mais conscientes e proativas em relação à sua saúde. Para cumprir esse item, os Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para participar desta Linha de Cuidado pela Operadora devem contar com certificado do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem - PADI do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR ou outra acreditação similar para o mesmo tipo de estabelecimento, desde que reconhecida pelo Programa QUALISS da ANS.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A existência do certificado vigente do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem - PADI do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR dos Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados pela Operadora para participar desta Linha de Cuidado.	
5.1.6	Os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar da Certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão contam com selo do Programa de Acreditação e Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia (PACQ-SBP). Interpretação:	Complementar
	A Acreditação em Saúde é um processo periódico e voluntário conduzido por uma organização independente, que avalia se um estabelecimento cumpre requisitos técnicos e de segurança previamente definidos, demonstrando competência e excelência no atendimento ao usuário.	
	O PACQ-SBP é um programa de acreditação baseado em requisitos que busca verificar o cumprimento de processos e procedimentos essenciais para a segurança dos pacientes e colaboradores (SBP, 2021). Segundo a SBP (2021), o programa tem como objetivo avaliar a conformidade e a rastreabilidade das amostras, a adequação das instalações, a manutenção dos equipamentos e os procedimentos internos de segurança. Além disso, abrange o sistema de qualidade do laboratório como um todo, incluindo requisitos de gestão da qualidade, procedimentos e processos laboratoriais, recursos humanos e gestão administrativa.	
	O PACQ-SBP é uma acreditação reconhecida pelo Programa QUALISS da ANS, que divulga nominalmente os prestadores de serviços de saúde que obtiverem acreditação de acordo com os critérios estabelecidos no Programa. O QUALISS é uma iniciativa da ANS que visa aprimorar a qualidade dos serviços de saúde na Saúde Suplementar brasileira, que tem como objetivo: · Estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde na saúde suplementar.	
	· Aumentar a disponibilidade de informações sobre os prestadores de serviços de saúde na saúde suplementar. · Auxiliar os pacientes a fazerem escolhas mais conscientes e proativas em relação à sua saúde. Para cumprir esse item, os Laboratórios de Anatomopatologia indicados pela Operadora para participar desta Linha de Cuidado devem contar com certificado PACQ-SBP da Sociedade Brasileira de Patologia ou outra acreditação similar para o mesmo tipo de estabelecimento, desde que reconhecida pelo programa QUALISS da ANS.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A existência do certificado vigente PACQ-SBP dos Laboratórios de Anatomopatologia indicados pela Operadora para participar desta Linha de Cuidado ou outro certificado similar para o mesmo tipo de estabelecimento, desde que reconhecida pelo programa QUALISS da ANS.	
5.1.7	Os Hospitais indicados pela Operadora para participar da Certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão contam com certificado de Acreditação reconhecido pelo Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS da ANS. Interpretação:	Complementar
	A Acreditação em Saúde é um processo periódico e voluntário conduzido por uma organização independente, que avalia se um estabelecimento cumpre requisitos técnicos e de segurança previamente definidos, demonstrando competência e excelência no atendimento ao usuário.	
	O Programa QUALISS, da ANS, divulga nominalmente os hospitais com certificado de acreditação, de acordo com os critérios da RN nº 510/2022 (ANS, 2022b). A iniciativa busca aprimorar a qualidade da saúde suplementar, com os seguintes objetivos (ANS, 2024):	



	☐ Estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde na saúde Suplementar; ☐ Aumentar a disponibilidade de informações sobre os prestadores de serviços de saúde na saúde Suplementar; e ☐ Auxiliar os pacientes a fazerem escolhas mais conscientes e proativas em relação à sua saúde. Para atender a este critério, os hospitais indicados pela operadora para esta Linha de Cuidado devem possuir certificado de acreditação ou outra Acreditação conforme os critérios estabelecidos pela ANS no Programa QUALISS .	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A existência do certificado de acreditação dos hospitais indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado, reconhecido pelo Programa QUALISS da ANS.	
5.1.8	A operadora monitora os resultados dos Indicadores assistenciais para a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão. Interpretação:	Excelência
	A operadora deve monitorar o desempenho da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão por meio dos indicadores assistenciais listados neste item de verificação, de forma complementar aos macroindicadores, previstos no item 1.3.1. Há uma grande diversidade de indicadores, constantes da literatura científica da área, que podem favorecer o processo de tomada de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação da atenção à saúde.	
	A avaliação e o monitoramento da atenção à saúde por meio de indicadores oferecem subsídios para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde. O monitoramento desses indicadores deve ser realizado pela operadora, não havendo a necessidade de envio à ANS, mas poderá ser solicitado a qualquer tempo por requerimento de informação à operadora.	

	A atenção à saúde se consubstancia na rede para atenção, de modo que é primordial que seja estabelecida uma troca sistemática de informação entre a operadora e a sua rede prestadora de saúde na área de atenção oncológica participante desta Linha de Cuidado. Segue a lista de indicadores que devem ser monitorados pela operadora para esta Linha de Cuidado. As respectivas fichas técnicas constam no Capítulo 12 deste Manual:	
	1. Percentual de beneficiários com registro do estadiamento de câncer de pulmão antes da cirurgia de ressecção; 2. Percentual de pacientes submetidos à cirurgia de ressecção pulmonar com laudo anatomopatológico completo e padronizado; e 3. Sobrevida global de beneficiários com câncer de pulmão em 1 ano estratificada por estadiamento ao diagnóstico. Esses indicadores devem ser coletados pelos prestadores de serviços de atenção oncológica indicados para esta Linha de Cuidado e reportados às operadoras, de modo a subsidiar os processos de gestão tanto no âmbito dos próprios serviços quanto da operadora.	
	A partir da identificação de práticas que impactaram positivamente o cuidado em saúde, podem ser adotadas ações que estimulem e favoreçam a consolidação e ampliação do seu alcance na rede assistencial da operadora. Por outro lado, se identificada a necessidade, a operadora deve estabelecer medidas corretivas caso não tenha alcançado o impacto pretendido na qualidade e segurança da atenção ao paciente com câncer de pulmão.	
	Assim, a operadora deve utilizar as informações obtidas a partir do monitoramento dos indicadores e os resultados de sua avaliação para a realização do planejamento e para a gestão da atenção na Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão. Os resultados do monitoramento e da avaliação, bem como o respectivo plano de ação com as eventuais medidas de ajustes, devem retroalimentar o Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1.	
	A forma de envio de dados deverá ser estabelecida em contrato ou documento similar firmado entre a operadora e os prestadores de serviços indicados para participar da Certificação na Linha de Cuidado, respeitadas as regras da LGPD. Os contratos ou documentos similares devem ser estabelecidos entre a operadora e os prestadores, independentemente de serem integrantes da rede própria, contratada ou referenciada. Possíveis Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: . Se o Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1, prevê o monitoramento e a avaliação dos Indicadores assistenciais complementares para a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão. . Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais indicados como participantes da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão nesta Certificação, mencionando o envio de dados para o cálculo dos Indicadores.	



Referências Bibliográficas do Requisito 5.1: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1>. Acesso em: 04 out. 2024. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa - RN nº 486, de 2022. Agência Nacional De Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa nº 486, de 29 de março de 2020. Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa - RN Nº 190, de 30 de abril de 2009 e a RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respetivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da saúde suplementar. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa ANS nº 510, de 30 de Março de 2022a. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS; revoga as Resoluções Normativas nº 405, de 09 de maio de 2016 e nº 421, de 23 de março de 2017, e dá outras providências. Disponível em: < ">https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDE2OQ=>>. Acesso em: 14 out. 2024. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em 15 jun. 2022. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil . - Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2023. Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR DI). Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (PADI). Norma do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem (Padi), 2022. Disponível em: <https://padi.org.br/wp-content/uploads/2023/12/Norma-Padi-Versao-5.1.pdf>. Acesso em: 24 out. 2024. LANGLEY, G. J. et al. Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho profissional., 1.ed. Campinas, SP: Ed. Mercado de Letras, 2011. PRESTES, A. et al. Manual do gestor hospitalar. Brasília, DF: Federação Brasileira de Hospitais, 2019. Disponível em: <https://fbh.com.br/wp-content/uploads/2020/11/MANUAL-FBH_web.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2023.		
5.2. Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer de Pulmão Requisito direcionador para avaliação da Estratégia de Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer de Pulmão, incluindo as ações de comunicação e educação e saúde.		
5.2.1	A Operadora deve assegurar a disponibilização de material educativo atualizado, voltado para o letramento em saúde dos beneficiários, que contemple informações essenciais sobre promoção da saúde, prevenção e detecção precoce do câncer de pulmão. Interpretação:	Essencial
	O câncer de pulmão é uma das neoplasias malignas de maior incidência e letalidade no Brasil e no mundo, com predominância em indivíduos acima de 50 anos. Apresenta forte relação com o tabagismo ativo e passivo, responsável por aproximadamente 85% dos casos diagnosticados (INCA, 2023). A prevenção, diagnóstico precoce e o acesso à informação qualificada são fundamentais para enfrentar esse cenário.	
	Detectar precocemente o câncer de pulmão é desafiador, pois a doença costuma evoluir rapidamente e apresentar sintomas inespecíficos em estágios iniciais. Estima-se que 70% dos casos no Brasil são diagnosticados em estágios avançados (Araujo et al., 2018). Por isso, o letramento em saúde se torna uma ferramenta estratégica para promover o conhecimento da população sobre fatores de risco, sintomas iniciais e possibilidades de rastreamento, além de apoiar a tomada de decisão informada e compartilhada.	
	De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1998) e o <i>Institute of Medicine</i>(2004), o letramento em saúde é definido como a capacidade dos indivíduos de acessar, compreender e utilizar informações de saúde de forma autônoma. Nutbeam (2000) reforça que esse processo contribui para o empoderamento da população e redução das iniquidades em saúde.	
	Conteúdo Obrigatório dos Materiais de Letramento Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer de Pulmão ☐ Prevenção e cessação do tabagismo, incluindo o uso de dispositivos eletrônicos para fumar. ☐ Estimulo a hábitos saudáveis: alimentação balanceada, prática regular de atividade física, controle da poluição ambiental e da qualidade da água.	
	☐ Redução de exposições ocupacionais e ambientais a agentes cancerígenos (asbesto, sílica, radônio). ☐ Informações sobre predisposição genética e histórico familiar da doença. Prevenção Secundária e Detecção Precoce ☐ Informação clara e acessível sobre sinais e sintomas sugestivos: o Hemoptise;	



	- o Tosse persistente; - o Rouquidão prolongada; - o Dor torácica; - o Dispneia; - o Astenia e perda de peso sem causa aparente;	
	- o Pneumonias de repetição. ☐ Indicação de onde e como buscar atendimento na rede de atenção à saúde da operadora. - Rastreamento em Grupos de Alto Risco ☐ Informações sobre os critérios de elegibilidade para rastreamento com Tomografia Computadorizada de Baixa Dose (TCBD): - o Idade entre 50 e 80 anos;	
	- o Carga tabágica ³ 20 maços/ano; - o Fumantes atuais ou ex-fumantes há menos de 15 anos. ☐ Esclarecimento sobre a necessidade de decisão compartilhada com o profissional de saúde, considerando riscos e benefícios do rastreamento (falsos positivos, sobrediagnóstico, achados incidentais). - Orientações para o Exercício do Autocuidado e Tomada de Decisão	
	☐ Estímulo ao reconhecimento precoce dos sinais de alerta. ☐ Apoio à decisão informada sobre estratégias de rastreamento. ☐ Direcionamento para os serviços assistenciais da operadora. - O material educativo deve: ☐ Ser voltado a beneficiários, familiares e cuidadores;	
	☐ Utilizar linguagem compreensível, objetiva e adequada ao público-alvo; ☐ Estar disponível em múltiplos formatos: cartilhas impressas ou digitais, vídeos, <i>podcasts</i>, redes sociais, portal institucional da operadora e aplicativos móveis; ☐ Seguir critérios de usabilidade e acessibilidade, inclusive para pessoas com necessidades especiais; ☐ Ser atualizado conforme as evidências científicas mais recentes.	
	Importante ☐ O material educativo complementa, mas não substitui, a orientação individualizada feita por profissionais de saúde durante as consultas ou encaminhamentos. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar:	
	☐ Disponibilidade do material nos canais digitais da operadora; ☐ Existência de conteúdos abrangentes sobre os temas obrigatórios (promoção da saúde, prevenção do câncer, rastreamento, sinais e sintomas); ☐ Adequação técnica e linguística das informações; ☐ Estratégias de divulgação e atualização periódica.	
5.2.2	A Operadora deve disponibilizar material educativo atualizado voltado para o letramento em saúde dos beneficiários sobre as seguintes etapas da linha de cuidado do câncer de pulmão: diagnóstico, tratamento, seguimento clínico, reabilitação. Interpretação:	Essencial
	O câncer de pulmão, responsável por altas taxas de mortalidade no Brasil e no mundo, é frequentemente diagnosticado em fases avançadas (Araujo et al., 2018; Barta; Powell; Wisnivesky, 2019). Diante desse cenário, é essencial que os pacientes, familiares e cuidadores tenham acesso a informações qualificadas para compreender e se engajar em todas as etapas do cuidado, desde a confirmação do diagnóstico até a fase de reabilitação ou cuidados paliativos, conforme o curso clínico da doença.	
	O letramento em saúde permite que o beneficiário compreenda o percurso assistencial, participe ativamente de decisões compartilhadas e pratique o autocuidado com segurança (Nutbeam, 2000; Institute of Medicine, 2004). Um aspecto fundamental nesse processo é a navegação do cuidado, que consiste no apoio contínuo e coordenado ao paciente para transitar de forma segura e eficiente entre os diferentes pontos da rede assistencial. A presença de um profissional ou serviço de navegação contribui diretamente para reduzir atrasos no diagnóstico, evitar perda de seguimento, facilitar o acesso a serviços especializados e promover a continuidade do cuidado (INCA, 2023; WHO, 1998).	
	Conteúdo Obrigatório dos Materiais de Letramento Diagnóstico do Câncer de Pulmão ☐ Explicação dos exames utilizados: tomografia, PET-CT, biópsia, entre outros. ☐ Importância do estadiamento para o plano terapêutico (INCA, 2023).	
	☐ Papel da equipe na comunicação de resultados e orientações iniciais. Tratamento ☐ Apresentação dos tipos de tratamento: ☐ Local: cirurgia, radioterapia; ☐ Sistêmico: quimioterapia, imunoterapia, terapias-alvo.	



	☐ Efeitos colaterais e orientações de manejo (INCA, 2022). ☐ Apoio multiprofissional no tratamento: enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia. Seguimento Clínico ☐ Importância das consultas regulares após o tratamento. ☐ Exames periódicos para controle da doença e identificação de recidiva.	
	☐ Continuidade do vínculo com a equipe assistencial. Navegação do Cuidado ☐ Definição e importância da navegação: apoio para superar barreiras assistenciais, garantir acesso oportuno a exames, tratamentos e serviços de suporte (INCA, 2023). ☐ Atuação de profissionais como enfermeiros navegadores ou gestores de caso na orientação do paciente.	
	☐ Comunicação entre os níveis de atenção, evitando descontinuidades no cuidado. Atenção Domiciliar ☐ Indicação clínica e critérios para o cuidado em domicílio. ☐ Serviços ofertados: enfermagem, administração de medicamentos, cuidados paliativos, suporte familiar. ☐ Vínculo com a equipe assistencial mesmo fora do ambiente hospitalar (WHO, 1998).	

	Cuidados Paliativos ☐ Introdução precoce, mesmo durante o tratamento oncológico ativo. ☐ Controle de sintomas físicos e sofrimento emocional. ☐ Planejamento antecipado de cuidados e decisões compartilhadas (Institute of Medicine, 2004). Reabilitação e Qualidade de Vida	
	☐ Reabilitação pulmonar e funcional. ☐ Estimulo à retomada de atividades cotidianas conforme a condição clínica. ☐ Suporte psicológico e reinserção social. O material deve: ☐ Ser direcionado a pacientes, familiares e cuidadores;	
	☐ Utilizar linguagem compreensível, empática, acessível e adequada ao público-alvo (Nutbeam, 2000); ☐ Estar disponível em formatos diversos: cartilhas, vídeos, <i>podcasts</i>, infográficos, aplicativos móveis, portal da operadora, redes sociais; ☐ Observar critérios de acessibilidade (visual, auditiva, cognitiva) e usabilidade (Torres; Mazzoni, 2004); ☐ Ser atualizado periodicamente com base em diretrizes clínicas e evidências científicas (INCA, 2023; USPSTF, 2021). Importante:	
	☐ O material educativo é complementar às orientações individualizadas realizadas por profissionais de saúde durante as consultas e acompanhamentos presenciais ou remotos. A navegação do cuidado deve ser enfatizada como elemento que integra e qualifica a experiência assistencial dos pacientes. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar:	
	☐ Existência dos materiais educativos e sua acessibilidade nos canais institucionais da operadora; ☐ Conteúdo abrangente e atualizado sobre diagnóstico, tratamento, seguimento, navegação, atenção domiciliar, cuidados paliativos e reabilitação; ☐ Clareza técnica e linguística dos materiais; ☐ Estratégias de atualização e divulgação ativa junto aos beneficiários oncológicos.	
5.2.3	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial disponibilizam material educativo para o letramento em saúde de pacientes, familiares sobre o Câncer de Pulmão.	Essencial
	Interpretação:	
	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado devem disponibilizar material educativo voltado ao letramento em saúde de pacientes e familiares sobre o câncer de pulmão. O objetivo principal é promover a participação ativa e consciente dos usuários no processo de cuidado.	
	Esses conteúdos devem abordar, no mínimo, os seguintes tópicos:	
	☐ Promoção da saúde; ☐ Prevenção do câncer de pulmão; ☐ Rastreamento;	
	☐ Diagnóstico precoce (sinais e sintomas); ☐ Diagnóstico; ☐ Navegação e gestão do cuidado; ☐ Tratamentos e manejo de efeitos colaterais; ☐ Cuidados paliativos e de final de vida.	



	O material educativo deve ser elaborado com base em evidências científicas atualizadas, direcionado principalmente a pacientes e familiares, podendo também atingir o público em geral. As informações podem ser disponibilizadas em diversos formatos - cartilhas, manuais, vídeos, <i>podcasts</i>, postagens em redes sociais, entre outros - e devem estar acessíveis tanto em formato impresso quanto digital. No ambiente digital, devem estar disponíveis no portal institucional do serviço e, adicionalmente, podem ser divulgadas por meio de aplicativos para dispositivos móveis ou redes sociais.	
	Os serviços também podem empregar estratégias de interação educativa remota, como palestras, vídeos, cursos <i>online</i> e grupos virtuais com temas específicos. A forma de comunicação adotada pode impactar diretamente os desfechos clínicos, de forma positiva ou negativa. Por isso, a linguagem deve ser objetiva, compreensível e acessível, facilitando o entendimento dos pacientes e seus familiares. Além disso, é essencial considerar ações voltadas à redução de estigmas sociais relacionados ao câncer.	
	As informações devem ser atualizadas sempre que houver mudanças nas diretrizes assistenciais da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão. Ressalta-se, entretanto, que nenhum material educativo substitui a orientação individualizada realizada por profissionais de saúde, seja de forma verbal ou escrita, durante as consultas e os encaminhamentos.	
	Para cumprir este item, os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados pela operadora devem disponibilizar tais informações, independentemente de serem autônomos ou vinculados a hospitais, e independentemente de integrarem a rede própria, contratada, credenciada ou referenciada da operadora.	
	A disponibilização do material educativo deve estar prevista em contratos ou documentos similares firmados entre a operadora e os serviços participantes, garantindo que a educação em saúde seja promovida de forma consistente, contribuindo para a qualidade do cuidado e o engajamento dos pacientes.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ A existência e disponibilidade das informações nos portais institucionais, aplicativos móveis e redes sociais dos serviços indicados;	
	☐ Amostralmente, os contratos entre operadora e serviços participantes, assegurando a formalização da obrigatoriedade da divulgação educativa; ☐ A existência de manuais e cartilhas, em formato impresso ou digital, abordando temas relacionados ao câncer de pulmão; ☐ A produção e divulgação de palestras, <i>lives</i>, vídeos e <i>podcasts</i> voltados a pacientes, familiares e ao público em geral, com foco nos conteúdos educativos desta Linha de Cuidado.	
5.2.4	Os Serviços de Terapia Antineoplásica devem disponibilizar material educativo voltado ao letramento em saúde de pacientes e familiares sobre o Câncer de Pulmão Interpretação:	Complementar



Os Serviços de Terapia Antineoplásica indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado são responsáveis por disponibilizar informações educativas em saúde sobre o câncer de pulmão, direcionadas principalmente a pacientes e seus familiares. O objetivo é promover o letramento em saúde e incentivar o protagonismo do paciente no cuidado, possibilitando decisões mais conscientes e compartilhadas ao longo do tratamento.	
Esses conteúdos devem abordar, no mínimo, os seguintes temas: · Promoção da saúde; · Fatores de risco e prevenção do câncer de pulmão;	
· Rastreamento e diagnóstico precoce; · Sinais e sintomas; · Diagnóstico e estadiamento; · Abordagens terapêuticas (quimioterapia, imunoterapia, terapia-alvo etc.); · Manejo de efeitos colaterais e toxicidades;	
· Cuidados paliativos e de final de vida; · Navegação e gestão do cuidado durante o tratamento. O material educativo deve ser elaborado com base em evidências científicas atualizadas e com linguagem acessível, objetiva, garantindo a compreensão mesmo por pessoas com baixo letramento em saúde. O conteúdo pode ser destinado também ao público em geral, desde que preserve o foco nos pacientes e seus cuidadores.	
As informações devem ser ofertadas em formato impresso e digital, contemplando diferentes canais, tais como: · Cartilhas, guias e manuais informativos; · Vídeos explicativos e palestras educativas; · <i>Podcast</i> e áudios informativos; · Postagens em redes sociais;	

· Aplicativos para dispositivos móveis. O conteúdo digital deve estar disponível no portal institucional do serviço, podendo também ser veiculado em redes sociais ou plataformas próprias do prestador. Além disso, os serviços podem adotar estratégias de educação remota, como cursos <i>online</i>, <i>lives</i> com especialistas, grupos virtuais temáticos e atividades interativas com os pacientes em tratamento.	
É fundamental que a comunicação seja realizada de forma sensível, respeitando aspectos emocionais e socioculturais dos pacientes, e contribuindo para a redução de estigmas associados ao câncer de pulmão - especialmente relacionados ao histórico de tabagismo. As informações educativas devem ser atualizadas periodicamente, especialmente em casos de mudanças nas diretrizes clínicas da Linha de Cuidado. É importante ressaltar que o material educativo não substitui o aconselhamento clínico individualizado, que deve ocorrer em todas as fases do cuidado oncológico, inclusive no momento da decisão terapêutica.	
Para o cumprimento deste item, os Serviços de Terapia Antineoplásica indicados pela operadora devem disponibilizar os conteúdos educativos, independentemente da natureza da rede (própria, contratada, credenciada ou referenciada). A obrigatoriedade de divulgação dessas informações deve estar prevista nos contratos ou documentos similares firmados entre a operadora e os serviços. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:	
A equipe de auditoria poderá verificar: · A existência e a disponibilização das informações no portal institucional, aplicativos e redes sociais dos serviços de terapia antineoplásica indicados para esta Linha de Cuidado; · De forma amostral, os contratos ou instrumentos de pactuação entre a operadora e os serviços, verificando se está formalizada a exigência de oferta de material educativo;	
· A presença de cartilhas, manuais, vídeos, <i>podcasts</i> ou outros materiais, impressos ou digitais, com conteúdos educativos sobre o câncer de pulmão; · A realização de <i>lives</i>, palestras, cursos ou grupos educativos online, voltados a pacientes e familiares em tratamento nos serviços de terapia antineoplásica participantes da Linha de Cuidado.	

5.2.5	Os Serviços de Radioterapia devem disponibilizar material educativo voltado ao letramento em saúde de pacientes e familiares sobre o Câncer de Pulmão	Complementar
	Interpretação:	
	Os Serviços de Radioterapia indicados pela operadora para participar desta Linha de Cuidado são responsáveis por disponibilizar informações educativas em saúde sobre o câncer de pulmão, direcionadas principalmente a pacientes e seus familiares. O objetivo é promover o letramento em saúde e incentivar o protagonismo do paciente no cuidado, possibilitando decisões mais conscientes e compartilhadas ao longo do tratamento.	
	Esses conteúdos devem abordar, no mínimo, os seguintes temas:	
	· Promoção da saúde; · Fatores de risco e prevenção do câncer de pulmão;	
	· Rastreamento e diagnóstico precoce; · Sinais e sintomas; · Diagnóstico e estadiamento; · Abordagens terapêuticas (quimioterapia, imunoterapia, terapia-alvo etc.); · Manejo de efeitos colaterais e toxicidades;	
	· Cuidados paliativos e de final de vida; · Navegação e gestão do cuidado durante o tratamento. O material educativo deve ser elaborado com base em evidências científicas atualizadas e com linguagem acessível, objetiva, garantindo a compreensão mesmo por pessoas com baixo letramento em saúde. O conteúdo pode ser destinado também ao público em geral, desde que preserve o foco nos pacientes e seus cuidadores.	
	As informações devem ser ofertadas em formato impresso e digital, contemplando diferentes canais, tais como:	
	· Cartilhas, guias e manuais informativos; · Vídeos explicativos e palestras educativas; · <i>Podcast</i> e áudios informativos; · Postagens em redes sociais;	
	· Aplicativos para dispositivos móveis. O conteúdo digital deve estar disponível no portal institucional do serviço, podendo também ser veiculado em redes sociais ou plataformas próprias do prestador. Além disso, os serviços podem adotar estratégias de educação remota, como cursos <i>online</i>, <i>lives</i> com especialistas, grupos virtuais temáticos e atividades interativas com os pacientes em tratamento.	



	É fundamental que a comunicação seja realizada de forma sensível, respeitando aspectos emocionais e socioculturais dos pacientes, e contribuindo para a redução de estigmas associados ao câncer de pulmão - especialmente relacionados ao histórico de tabagismo. As informações educativas devem ser atualizadas periodicamente, especialmente em casos de mudanças nas diretrizes clínicas da Linha de Cuidado. É importante ressaltar que o material educativo não substitui o aconselhamento clínico individualizado, que deve ocorrer em todas as fases do cuidado oncológico, inclusive no momento da decisão terapêutica.	
	Para o cumprimento deste item, os Serviços de Radioterapia indicados pela operadora devem disponibilizar os conteúdos educativos, independentemente da natureza da rede (própria, contratada, credenciada ou referenciada). A obrigatoriedade de divulgação dessas informações deve estar prevista nos contratos ou documentos similares firmados entre a operadora e os serviços. Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditoria poderá verificar: · A existência e a disponibilização das informações no portal institucional, aplicativos e redes sociais dos Serviços de Radioterapia indicados para esta Linha de Cuidado; · De forma amostral, os contratos ou instrumentos de pactuação entre a operadora e os serviços, verificando se está formalizada a exigência de oferta de material educativo;	
	· A presença de cartilhas, manuais, vídeos, <i>podcasts</i> ou outros materiais, impressos ou digitais, com conteúdos educativos sobre o câncer de pulmão; · A realização de <i>lives</i>, palestras, cursos ou grupos educativos <i>online</i>, voltados a pacientes e familiares em tratamento nos Serviços de Radioterapia participantes da Linha de Cuidado.	
5.2.6	A operadora disponibiliza serviço de cessação do tabagismo aos beneficiários da sua carteira. Interpretação:	Complementar
	O tabagismo é uma doença crônica, epidêmica e recidivante, caracterizada pela dependência da nicotina presente nos produtos derivados do tabaco (INCA, 2021). Trata-se da principal causa evitável de morte no mundo, associada a diversas doenças, com destaque para o câncer de pulmão. A dependência pode ser: ☐ Física, em função da ação da nicotina no sistema nervoso central; ☐ Psicológica, relacionada a hábitos, emoções, rotinas e fatores sociais.	
	Reconhecido como a principal causa de morte evitável no mundo, o tabagismo está relacionado a uma série de condições, entre as quais se destacam: ☐ Neoplasias malignas (como câncer de pulmão, boca, laringe e bexiga); ☐ Doenças cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, AVC); ☐ Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);	
	☐ Complicações gestacionais e infertilidade; ☐ Doenças bucais e periodontais. Dados recentes do Vigitel (2023) apontam que a prevalência de fumantes adultos no Brasil foi de 9,1%, sendo mais elevada entre homens (11,3%) do que entre mulheres (7,1%). Em 2006, esse índice era de 15,7%, representando uma queda superior a 40% em 17 anos. Ainda assim, estima-se que o tabaco cause mais de 8 milhões de mortes por ano no mundo (OMS, 2023).	
	Cerca de 46% dos fumantes no Brasil relataram ter tentado parar de fumar no ano anterior (Vigitel, 2022). No entanto, somente cerca de 30% dos países oferecem programas de cessação com acesso facilitado, sendo que as taxas de sucesso são maiores em países que oferecem terapias combinadas e apoio contínuo.	
	O INCA (2021) recomenda a aplicação da abordagem breve como estratégia eficaz para a cessação, baseada no modelo dos 5 As: 1. Perguntar sobre o uso de tabaco; 2. Aconselhar a cessação; 3. Avaliar motivação para parar; 4. Ajudar com orientações e encaminhamentos;	
	5. Agendar acompanhamento para reforçar o apoio. A operadora deve oferecer aos beneficiários tabagistas acesso a serviços de cessação do tabagismo, como parte das ações previstas na Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão. Os profissionais de saúde da rede de atenção devem aplicar protocolo pactuado para identificação, captação e engajamento de fumantes, incluindo a pergunta sistemática sobre o uso de tabaco em todos os atendimentos, com registro no prontuário ou ficha clínica.	



	Além disso, a operadora pode utilizar campanhas de comunicação institucional, redes sociais e outras estratégias para promover a identificação e o encaminhamento de tabagistas aos serviços especializados. Segundo o Programa Nacional de Controle do Tabagismo do INCA (2023), a abordagem desses serviços deve incluir as seguintes etapas: 1. Avaliação Inicial ☐ Multiprofissional, realizada por médicos, enfermeiros e psicólogos.	
	☐ Avaliação do grau de dependência da nicotina, podendo usar testes de avaliação como o teste de Fagerström. ☐ Avaliação das condições de saúde e possíveis contraindicações. 2. Tratamento Multidisciplinar ☐ Abordagem multiprofissional como médicos, psicólogos, enfermeiros. ☐ Acompanhamento regular, individual ou em grupo.	
	3. Sessões de Apoio Psicossocial ☐ Sessões em grupo com abordagem cognitivo-comportamental. ☐ Estratégias para lidar com a vontade de fumar, estresse e recaídas. 4. Tratamento Medicamentoso (quando indicado) ☐ Pode incluir terapia de reposição de nicotina (adesivos, gomas) ou medicações como bupropiona ou vareniclina.	
	5. Acompanhamento e Manutenção ☐ Após a parada, há um acompanhamento contínuo para prevenção de recaídas. ☐ Sessões de reforço e apoio. Os serviços podem estar vinculados à Atenção Primária à Saúde, ambulatórios de especialidades, centros de atenção ao tabagismo ou hospitais, compondo a rede própria, contratada, credenciada ou referenciada da operadora.	

	Para pontuar neste item, a operadora deve: ☐ Demonstrar a existência de Serviço de Cessação do Tabagismo na rede de atenção indicada para participar desta Linha de Cuidado; ☐ Adotar estratégias de busca ativa dos beneficiários tabagistas; ☐ Promover o encaminhamento efetivo aos serviços especializados; ☐ Pactuar com os profissionais da rede a aplicação do protocolo de identificação e abordagem breve.	

	Formas de Verificação de Evidências: ☐ Verificação da previsão do serviço de cessação no Plano Estruturado da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão; ☐ Análise dos contratos e documentos similares firmados entre a operadora e seus prestadores; ☐ Avaliação do sistema de informação ou faturamento quanto à cobertura e oferta dos serviços; ☐ Análise das estratégias de captação, tais como publicações, campanhas e comunicações oficial.	

Referências Bibliográficas do Requisito 5.2:

ARAUJO LH, BALDOTTO C, CASTRO JR G DE, KATZ A, FERREIRA CG, MATHIAS C, et al. Lung cancer in Brazil. J Bras Pneumol. 2018;44(1):55-64.

BARTA, JA; POWELL CA, WISNIVESKY JP. Global Epidemiology of Lung Cancer. Annals of Global Health. v. 85, n. 1, 8, 2019. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6724220/>>. Acesso em: 24 mar. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Detecção Precoce do Câncer. 2021 Disponível em<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Controle do tabagismo: uma estratégia para reduzir a carga global do câncer de pulmão. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de Pulmão: estimativa 2023. Rio de Janeiro: INCA, 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de pulmão: Saiba mais sobre como prevenir o câncer de pulmão, sinais e sintomas, tratamento, entre outras informações. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pulmao>>. Acesso em: 13 nov. 2024

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press, 2004.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE (NASEM). Public health consequences of e-cigarettes. Washington, DC: The National Academies Press, 2018.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, v. 15, n. 3, p. 259-267, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>>. Acesso em: 27 mai. 2025.





TORRES, E. F.; MAZZONI, A. A. Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade. Ci.Inf., Brasília, DF, v. 33, n. 2, p. 152-160, aug. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ci/a/pjwPPLyPk3YnmQ3zFHz8SFJ/?lang=pt. Acesso em: 07 dez. 2023. VIEIRA, G.S.; SOUZA, C.G.; BERMUDEZ, X. P. D. Entre o estigma e a saúde: itinerários de pacientes com câncer de próstata. Saúde debate 48 (142), 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/X5pWhMdP7pHpQwNWsH9QQHs/#. Acesso em 07 nov. 2024. TORRES, A. L. A.; MAZZONI, A. A. Usabilidade e acessibilidade na educação a distância. Rev. Bras. de Aprendizagem Aberta e a Distância, 2004. UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Screening for lung cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA, v. 325, n. 10, p. 962-970, 2021. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/health-promotion-glossary. Acesso em: 27 mai. 2025. 5.3 Estratégias para a Detecção Precoce (incluindo decisão compartilhada) - Câncer de Pulmão Requisito avaliador de ações da Operadora no estabelecimento de estratégias para a detecção precoce do Câncer de Pulmão.		
5.3.1	A Operadora deve pactuar com a rede de serviços de atenção primária e com médicos de família e pneumologistas, protocolo para rastreamento individualizado para pessoas com risco aumentado para o câncer de pulmão. Interpretação:	Essencial
	A operadora deve pactuar com a rede de serviços de atenção primária, com médicos de família e pneumologistas um protocolo para o rastreamento individualizado com Tomografia Computadorizada de Baixa Dose de radiação - TCBD de tórax para pessoas com risco aumentado para o câncer de pulmão. São considerados de alto risco, de forma cumulativa (U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2021; INCA, 2021): · Indivíduos com idade entre 50 e 80 anos;	
	· História de tabagismo com carga tabágica de 20 maços ou mais por ano; · Indivíduos que atualmente fumam ou pararam de fumar nos últimos 15 anos. O câncer de pulmão (traqueia, brônquios e pulmões) apresenta alta morbimortalidade no Brasil e no mundo, atingindo majoritariamente homens e mulheres acima dos 50 anos. Está fortemente associado ao tabagismo, tanto ativo quanto passivo, o que lhe confere elevado potencial de prevenção (INCA, 2021).	
	Apesar disso, a detecção precoce representa um grande desafio, devido à natureza assintomática nos estágios iniciais e à rápida evolução clínica (INCA, 2019; Wild, Weiderpass, Stewart, 2020). Cerca de 70% dos casos no Brasil são diagnosticados em estágios localmente avançados ou metastáticos (Araujo et al., 2018), o que limita as opções terapêuticas e reduz a sobrevida.	
	Até o momento, não há diretriz nacional oficial do INCA ou do Ministério da Saúde que recomende o rastreamento do câncer de pulmão, mesmo para pessoas com alto risco (INCA, 2021). No entanto, diversas sociedades médicas brasileiras, como a Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica (SBCT), a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) e o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), emitiram um painel de consenso com recomendações para o rastreamento individualizado com TCBD em populações de risco (Pereira et al., 2024).	
	A Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (USPSTF, 2021) recomenda, com base em forte evidência, o rastreamento anual com TCBD para indivíduos de alto risco, apontando benefícios na redução da mortalidade por câncer de pulmão.	
	Estudos clínicos randomizados reforçam a eficácia do rastreamento com TCBD: ▣ O National Lung Screening Trial (NLST) demonstrou redução significativa da mortalidade por câncer de pulmão em grupos de alto risco (NLSTRT et al., 2011). ▣ O Netherlands-Leuven Longkanker Screenings Onderzoek (NELSON) confirmou os achados do NLST, reforçando o impacto positivo do rastreamento sobre o prognóstico (De Koning et al., 2020).	
	▣ Metanálises recentes apontam que a detecção precoce permite diagnóstico em estágio inicial, possibilitando tratamento curativo e aumentando a sobrevida (Wild et al., 2020; INCA, 2021). Cerca de 15% a 20% dos indivíduos rastreados apresentam nódulos pulmonares não calcificados, o que eleva a probabilidade de detecção precoce (Wild et al., 2020). Contudo, apenas 1 em cada 20 nódulos detectados corresponde de fato a um câncer, o que levanta preocupações quanto a falsos-positivos, sobrediagnóstico e complicações associadas a exames invasivos, como biópsias e ressecções (Robbins et al., 2019).	
	No Brasil, uma das limitações para adoção ampla do rastreamento com TCBD é a alta prevalência de tuberculose, o que dificulta o diagnóstico diferencial, devido à sobreposição radiológica entre nódulos infecciosos e neoplásicos (Santos et al., 2016). Isso pode aumentar a taxa de falsos-positivos, além de induzir procedimentos desnecessários, com risco de efeitos adversos.	
	Outro ponto crítico é a variabilidade na conduta clínica frente a nódulos detectados, que pode variar entre acompanhamento com tomografia seriada, biópsia por agulha e cirurgia (Wild et al., 2020). Para casos de nódulos em "vidro fosco", a tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) possibilita cortes finos (0,5-1 mm) e reconstruções tridimensionais, otimizando o planejamento cirúrgico e o monitoramento da evolução.	

	Diante das evidências disponíveis, recomenda-se que operadoras estabeleçam protocolos assistenciais pactuados com a rede de atenção para o rastreamento individualizado em grupos de risco. A adoção da TCBD como ferramenta de rastreamento deve ser pautada pela decisão clínica compartilhada, levando em conta:	
	▣ Benefícios da detecção precoce; ▣ Potenciais danos (falsos-positivos, sobrediagnóstico); ▣ Complexidades logísticas e diagnósticas, especialmente no contexto brasileiro.	
	O infográfico a seguir resume os possíveis riscos e benefícios do rastreamento do câncer de pulmão (INCA, 2021; IARC, 2019). A decisão de realizar ou não o rastreamento individualizado com tomografia computadorizada de baixa dosagem de radiação (TCBD) para pacientes de alto risco deve ser discutida entre o paciente e o médico, considerando os riscos associados à investigação subsequente nos casos com achados positivos (CTFPHC, 2016; USPSTF, 2021; INCA, 2024).	
	Além dos riscos já mencionados, a TCBD pode gerar resultados falso-positivos ou falso-negativos, levando à realização de exames adicionais, como novas tomografias ou biópsias para exclusão de malignidade. Esses procedimentos podem resultar em complicações, achados incidentais e sobrediagnóstico (ROBBINS et al., 2019).	
	O médico assistente, responsável pelo acompanhamento de pessoas com risco aumentado para o câncer de pulmão, deve orientá-las de forma objetiva e compreensível sobre: · A prevenção de fatores de risco modificáveis para o câncer de pulmão;	
	· As manifestações clínicas sugestivas da doença; · Os riscos e benefícios da realização do rastreamento com TCBD. Diante da possibilidade de resultados imprecisos e da complexidade envolvida na investigação dos achados, a decisão sobre a realização do rastreamento deve ser feita de forma compartilhada entre médico e paciente. Essa abordagem, fundamentada nas melhores evidências disponíveis e nas preferências do paciente, contribui para um cuidado mais individualizado e centrado na pessoa.	
	A decisão compartilhada é um processo colaborativo em que profissional de saúde e paciente tomam decisões informadas, integrando as evidências científicas com os valores e preferências individuais. Essa prática promove maior engajamento do paciente e qualifica o plano terapêutico.	
	Para a realização do rastreamento com TCBD em pessoas com risco aumentado para câncer de pulmão, é necessário que: · Haja indicação clínica do médico assistente, que conheça o histórico e acompanhe o paciente; · A decisão seja tomada de forma compartilhada entre médico e paciente; · O paciente assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).	
	Após a realização do exame, caso sejam identificados nódulos pulmonares, estes devem ser classificados e acompanhados conforme as recomendações do sistema Lung-RADS - desenvolvido pelo <i>American College of Radiology</i> (ACR) com o objetivo de padronizar a interpretação e o manejo dos achados em tomografias computadorizadas de baixa dose, utilizadas em programas de rastreamento do câncer de pulmão. A categorização dos nódulos pelo sistema Lung-RADS contribui para a definição de condutas apropriadas, otimizando o manejo clínico e promovendo melhores desfechos em saúde (ACR, 2022; Pereira et al., 2024).	
	A definição do acompanhamento individualizado de pessoas com risco aumentado para o câncer de pulmão, assim como a oferta do rastreamento com base em decisão clínica compartilhada, deve estar contemplada no capítulo da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão, inserido no Plano Estruturado da Certificação em Atenção Oncológica da operadora. A operadora deve pactuar com a rede de atenção primária à saúde, médicos de família e pneumologistas, o protocolo clínico de acompanhamento individualizado dos beneficiários com risco elevado, conforme as diretrizes estabelecidas neste item.	
	Essa pactuação deve estar formalizada por meio de contrato ou documento equivalente, independentemente de os profissionais e serviços envolvidos integrarem a rede própria, contratada, credenciada ou referenciada da operadora. Possíveis Formas de Verificação de Evidências: O Auditor pode verificar:	
	· A previsão no Plano Estruturado da Certificação em Atenção Oncológica do acompanhamento individualizado específico para indivíduos com risco aumentado de câncer de pulmão. · A avaliação amostral dos contratos com a rede de prestadores de serviços. · A verificação, nos materiais educativos, de informações específicas sobre o acompanhamento clínico individualizado de indivíduos com risco aumentado de câncer de pulmão.	
5.3.2	A operadora pactua com sua rede de serviços de atenção primária, clínicas de pneumologia e pneumologistas um protocolo de investigação para o diagnóstico precoce de câncer de pulmão de indivíduos com sinais e sintomas suspeitos. Interpretação:	Essencial



	A operadora estabelece contratos ou documentos similares com sua rede de serviços de atenção primária, clínicas de pneumologia e pneumologistas, prevendo a utilização de um protocolo de investigação para o diagnóstico precoce do câncer de pulmão em indivíduos com sinais e sintomas suspeitos. O diagnóstico precoce busca reduzir a morbidade e mortalidade do câncer de pulmão, concentrando-se na identificação da doença em seus estágios iniciais por meio de uma avaliação diagnóstica imediata.	
	Existem diversas barreiras que podem interferir no diagnóstico precoce do câncer de pulmão, com destaque para (INCA, 2021): · A baixa compreensão quanto às manifestações clínicas da doença. · O estigma do câncer como doença incurável, que leva a população a evitar procurar serviços de saúde. · A necessidade de atualização dos profissionais de saúde, que pode comprometer a identificação e o acompanhamento adequado dos casos de câncer.	

	· A dificuldade de acesso dos beneficiários aos serviços para avaliação, investigação diagnóstica e tratamento em tempo oportuno, de forma contínua e integrada. A definição de protocolos de referência para a investigação diagnóstica de casos suspeitos é altamente recomendada. É importante destacar que um protocolo de encaminhamento para investigação diagnóstica não busca restringir a liberdade de decisão do médico, mas sim atuar como um suporte para o raciocínio clínico, auxiliando na tomada de decisões com base em evidências e melhores práticas (INCA, 2015).	
	A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer. É importante que a população e os profissionais estejam aptos para o reconhecimento dos sinais e sintomas suspeitos de câncer, bem como os pacientes terem acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde, apesar do diagnóstico precoce desse tipo de câncer ser possível em apenas parte dos casos pois a maioria dos pacientes só apresenta sinais e sintomas em fases mais avançadas da doença.	
	A seguir são listados os sinais e sintomas mais comuns do câncer de pulmão e que devem ser investigados (INCA, 2021; NICE, 2015; NCI, 2021): · Hemoptise.	
	· Tosse. · Rouquidão persistentes por mais de duas a três semanas. · Dor torácica. · Dispneia. · Astenia e perda de peso sem causa aparente.	
	· Pneumonias de repetição. Na presença de sinais e sintomas suspeitos, a investigação diagnóstica deve ser iniciada imediatamente. Os seguintes exames podem ser utilizados para o diagnóstico do câncer de pulmão (INCA, 2024): · Exemplo de Exames Iniciais para avaliar um nódulo ou massa pulmonar: · Radiografia de tórax ;	
	· Tomografia computadorizada de tórax; · FDG PET/CT (Tomografia por Emissão de Pósitrons com Fluordesoxiglicose associada à Tomografia Computadorizada). Em caso de suspeita de câncer de pulmão, a investigação diagnóstica deve ser conduzida de forma célere, a fim de impactar positivamente nos desfechos clínicos. A confirmação diagnóstica e, quando aplicável, o estadiamento da doença são etapas fundamentais para a continuidade do cuidado.	
	· Exemplo de Exames para avaliar a extensão da doença, quando confirmada a suspeita de neoplasia por médico especialista: · PET-SCAN · Ressonância de crânio · Exemplo de Exames para a confirmação diagnóstica patológica, principalmente para lesões periféricas:	
	· Biópsia pulmonar guiada por exame de imagem · Exemplo de Exames para a confirmação patológica para biópsias de lesões centrais e avaliação da árvore brônquica. · Broncoscopia flexível · Mais recentemente a ecobroncoscopia e a ecoendoscopia são de grande importância no diagnóstico e principalmente no estadiamento do câncer de pulmão.	
	É importante que as solicitações dos exames para dar prosseguimento à investigação do diagnóstico precoce do câncer de pulmão sejam priorizadas e sigam a Via Rápida oncológica ou <i>Fast Track</i>, conforme previsto no item 1.1.8. Essa abordagem visa garantir que os pacientes recebam um atendimento ágil e eficaz, reduzindo o tempo de espera e melhorando os desfechos clínicos. A concordância entre os resultados dos exames e a clínica oferece segurança no diagnóstico e é fundamental para o planejamento terapêutico adequado. Quando ocorre discordância entre esses resultados, é necessário intensificar a investigação diagnóstica para garantir precisão.	



A decisão sobre a investigação diagnóstica cabe ao médico assistente, baseado nas melhores práticas e em protocolos clínicos baseados em evidências e pactuados com a operadora. Para cumprir este item, a operadora deve pactuar um protocolo de diagnóstico precoce com sua rede assistencial participante da certificação, incluindo clínicas de pneumologia, serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), pneumologistas e oncologistas. Este protocolo deve assegurar uma abordagem integrada e ágil no diagnóstico do câncer de pulmão.
Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · No Plano Estruturado da Certificação em Atenção Oncológica a previsão de pactuação de protocolo de investigação diagnóstica para o câncer de pulmão em beneficiários que apresentam sinais e sintomas suspeitos com a rede indicada para participar desta Linha de Cuidado.
· A previsão de celeridade dos exames de investigação diagnóstica para o câncer de pulmão por meio do Via Rápida oncológica ou <i>Fast Track</i> oncológico da Central de Atendimento da operadora. · Nos contratos, de forma amostral, a existência de pactuação de protocolo para o diagnóstico precoce do câncer pulmão com clínicas de pneumologia, serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), pneumologistas e oncologistas indicados para esta Linha de Cuidado.

5.3.3	A Operadora pactua com sua rede de prestadores de Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para participar desta Linha de Cuidado, a realização de busca ativa dos pacientes com resultados alterados de exames de Imagem para detecção do Câncer de Pulmão. Interpretação:	Essencial
	A Operadora deve pactuar e estabelecer rotina com sua rede de prestadores de serviços de Serviços de Diagnóstico por Imagem para realizarem busca ativa dos pacientes com resultados alterados de exames iniciais de detecção do câncer do pulmão: Radiografia de Tórax e Tomografia Computadorizada de Tórax. Consideram-se como resultados alterados, aqueles com forte suspeita de neoplasia maligna de pulmão.	
	Além dos exames para o diagnóstico do câncer de pulmão, é fundamental assegurar também, que os resultados suspeitos dos exames sejam comunicados aos pacientes por meio de um processo de busca ativa. A busca ativa dos pacientes com resultados alterados deve ser realizada pelo Serviço de Apoio Diagnóstico por Imagem em um prazo máximo de 48 horas. Essa ação tem como objetivo viabilizar o prosseguimento da investigação e garantir a continuidade do cuidado em tempo oportuno, contribuindo para melhores desfechos em saúde.	
	A implementação de um serviço de busca ativa para garantir que os resultados dos exames alterados sejam conhecidos pode ser uma ferramenta importante na organização da rede de cuidados. O objetivo desse instrumento é assegurar que tanto os pacientes quanto os médicos solicitantes tenham acesso a resultados de exames alterados, mesmo que o paciente não retorne para buscá-los (ANS, 2016). Para que a busca ativa seja rápida e eficiente, os Serviços e Apoio Diagnóstico por Imagem devem implementar uma ferramenta de notificação no sistema de informação com alertas, automatizando a identificação dos laudos com resultados alterados.	
	Ainda que os resultados dos exames de imagem não devam ser considerados isoladamente, pois apresentam capacidade diagnóstica limitada, é importante que haja a continuidade da investigação, sendo recomendada a associação de outros métodos diagnósticos. Geralmente, após um exame de imagem suspeito para câncer de pulmão, são realizados outros exames confirmatórios como biópsia pulmonar guiada por exame de imagem, principalmente para lesões periféricas; e Broncoscopia flexível para biópsias de lesões centrais e avaliação da árvore brônquica.	
	Além disso, o Serviço de Diagnóstico por Imagem deve manter um protocolo que solicite a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a autorização da realização de contato direto em caso de resultado alterado. Caso o beneficiário se recuse a autorizar a realização de contato direto em caso de resultado alterado, deverá assinar uma declaração informando sua recusa.	
	A negativa do paciente em autorizar o contato em caso de exame alterado, deve ser documentada pelo Serviço. Para pontuar neste item, a operadora deve pactuar com a rede indicada para esta linha de cuidado: · O encaminhamento dos beneficiários para realizar os exames confirmatórios nos serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado	
	· A busca ativa pelos Serviços de Apoio Diagnóstico por Imagem imediatamente após a identificação de imagens suspeitas de Câncer de Pulmão. · A existência de um sistema de alerta nos Serviços de Apoio Diagnóstico por Imagem que emita notificações sempre que houver a detecção de imagens suspeitas. · A implementação de um TCLE pelos Serviços de Apoio Diagnóstico por Imagem para autorização do contato em caso de exames alterados, que deve ser assinado pelo paciente antes da realização do exame de imagem.	



	· A implementação de cadastro de pacientes e médicos solicitantes para que a busca ativa seja realizada, respeitando o disposto na LGPD. Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · No capítulo sobre a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão do Plano Estruturado a previsão da pactuação entre a operadora e os Serviços de Apoio Diagnóstico por Imagem para o estabelecimento de estratégias de busca ativa de pacientes com resultados de exames alterados.	
	· Por amostragem, os contratos ou documentos similares firmados entre a operadora e os prestadores de serviços de Apoio Diagnóstico por Imagem indicados para participar desta Linha de Cuidado, que prevejam a realização da busca ativa dos pacientes com resultados de exames alterados. · A lista de serviços de Apoio Diagnóstico por Imagem indicados para participar desta Linha de Cuidado. A critérios da equipe de auditores, podem ser realizadas visitas amostrais, presenciais ou à distância, aos Serviços de Apoio Diagnóstico por Imagem indicados para participar desta Linha de cuidado, para verificação da estratégia de busca ativa.	

Referências:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDIzMA=>>>. Acesso em 27 jul. 2022.

ARAUJO LH, BALDOTTO C, CASTRO JR G DE, KATZ A, FERREIRA CG, MATHIAS C, et al. Lung cancer in Brazil. J bras pneumol. 2018;44(1):55-64

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União, Brasília, 15 ago. 2018. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm>. Acesso em: 15 jun. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>>. Acesso em: 23 jul. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-docancer.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Câncer de pulmão. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pulmao>>. Acesso em: 20 março de 2024.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE (CTFPHC). Lung Cancer. Published: 2016. Disponível em: <<https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/lung-cancer/>>. Acesso em: 17 Ago. 2023.

COYLEWRIGHT, M. et al. Pragmatic study of clinician use of a personalized patient decision aid integrated into the electronic health record: an 8-year experience. Telemedicine and E-Health, v. 26, n. 5, p: 597-602, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31381477/>>. Acesso em: 17 out. 2024.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). Overview - Lung cancer. Reviewed: 01 November 2022. Disponível em: <<https://www.nhs.uk/conditions/lung-cancer/>>. Acesso em: 17 Ago. 2023.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). NICE Guideline Suspected cancer: recognition and referral. Published: 23 June 2015. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>>. Acesso em: 17 Ago. 2023.

PEREIRA LFF, SANTOS RS, BONOMI DO, FRANCESCHINI J, et al. Lung cancer screening in Brazil: recommendations from the Brazilian Society of Thoracic Surgery, Brazilian Thoracic Association, and Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging. J Bras Pneumol. 2024;50(1):e20230233. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/HnjpJqTxKc5Fbyh7KCYq7hN/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 17 out. 2024.

TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. Glossário de análise política em saúde. Salvador: Edufba, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2021.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Lung cancer: screening. 2021. Disponível em: <<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/lung-cancer-screening>>. Acesso em: 27 mar. 2023.

WAIT, S. et al. Implementing Lung Cancer Screening in Europe: taking a Systems Approach. JTO. Clinical and Research Reports, v. 3, n. 5, 2022. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666364322000534>>. Acesso em: 20 abr. 2024.

WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. World cancer report: cancer research for cancer prevention. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020. Disponível em: <<http://publications.iarc.fr/586>>. Acesso em: 19 abr. 2024.

5.4 Diagnóstico - Câncer de Pulmão

Requisito que avalia as ações da operadora na organização do cuidado aos beneficiários com suspeita diagnóstica de Câncer de Pulmão, o acesso à exames de diagnóstico e o encaminhamento para o tratamento efetivo e em tempo oportuno.



5.4.1	A operadora referencia os pacientes com resultados alterados em exames de imagem para que realizem os exames para confirmação diagnóstica em serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado. Interpretação:	Essencial
	A operadora deve referenciar os pacientes com resultados alterados em exames de imagem como Radiografia de Tórax e Tomografia Computadorizada de Tórax - para a realização de exames para confirmação diagnóstica em serviços previamente indicados para participar desta Linha de Cuidado. Esse referenciamento é essencial, uma vez que esses serviços já atendem aos critérios de boas práticas estabelecidos neste Manual e atuam de forma integrada com os demais pontos da rede assistencial.	
	O objetivo do encaminhamento é assegurar que os exames de confirmação diagnóstica patológica sejam realizados em serviços articulados em rede, facilitando o itinerário terapêutico dos pacientes e garantindo que as boas práticas recomendadas neste Manual estejam presentes em todos os pontos de atenção utilizados pelo paciente durante a sua jornada.	

	Alguns dos principais exames para a confirmação diagnóstica patológica para o câncer de pulmão, principalmente para lesões periféricas, são a biópsia por broncoscopia flexível e biópsia pulmonar guiada por exame de imagem. É importante que as solicitações de exames de confirmação diagnóstica do câncer de pulmão sejam inseridas na Via Rápida ou <i>Fast Track</i> oncológico, conforme previsto no item 1.1.8. Isso assegura maior celeridade no processo, permitindo que os pacientes recebam o diagnóstico e o tratamento necessários de forma mais ágil. Essa abordagem contribui para um atendimento mais eficaz e melhora dos desfechos clínicos.	
	Para cumprir esse item, a operadora deve: · Referenciar os pacientes com exame de imagem suspeitos para o câncer de pulmão, para que realizem a confirmação diagnóstica nos serviços de saúde indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
	· Pactuar em contrato ou documento similar com a rede de pneumologistas, serviços de atenção primária e oncologistas clínicos o encaminhamento, em tempo oportuno, de pacientes com exames de imagem com resultados alterados para a confirmação diagnóstica do câncer de pulmão nos serviços de saúde - clínicas e hospitais - indicados para participar desta Linha de Cuidado. Formas de Verificação de Evidências	
	A equipe de auditores poderá verificar: · A existência de serviços para a realização de conformação diagnóstica (biópsia pulmonar, broncoscopia) indicados para participar desta Linha de Cuidado no Plano Estruturado. · Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, dos serviços de referência para realização de confirmação diagnóstica indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
	· O sistema de informação da operadora com os dados de realização dos exames de conformação diagnóstica nos serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado. · O sistema de contas médicas, faturamento, entre outros para verificar a realização dos exames de conformação diagnóstica nos serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
5.4.2	A operadora pactua com os Pneumologistas, Oncologistas Clínicos e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e Serviços de Atenção Primária, indicados para participar desta Linha de Cuidado, a adoção de Protocolo Clínico para realização de exames de confirmação diagnóstica do câncer de pulmão. Interpretação:	Essencial
	A maioria dos pacientes com câncer de pulmão é diagnosticada em estágio avançado, uma vez que a doença raramente apresenta sinais e sintomas. No Brasil, cerca de 70% dos casos são diagnosticados já em estágios localmente avançados ou metastáticos (Araujo et al., 2018). Existem dois tipos principais de câncer de pulmão (INCA, 2024):	
	I - Câncer de pulmão de células não pequenas (CPNPC), corresponde a cerca de 80% a 85% dos casos de câncer de pulmão. Seus principais subtipos são: · Adenocarcinoma - é atualmente o subtipo mais comum de câncer de pulmão. Origina-se nas células que produzem e secretam substâncias, como o muco. Embora ocorra com maior frequência em fumantes ou ex-fumantes, também é o tipo mais comum observado entre não fumantes. É mais prevalente em mulheres do que em homens, e tem maior probabilidade de ocorrer em pessoas mais jovens, em comparação com outros subtipos de câncer de pulmão.	
	· Carcinoma de células escamosas (ou espinocelular) - começa nas células escamosas, que são células planas que revestem o interior das vias aéreas. Também está relacionado ao tabagismo e costuma se localizar na parte central dos pulmões, próximo ao brônquio, que é a principal via aérea do corpo humano. · Carcinoma de grandes células (indiferenciado) - pode surgir em qualquer parte do pulmão. Tende a crescer e se espalhar rapidamente, o que dificulta o seu tratamento. Um tipo é o carcinoma neuroendócrino, que se assemelha ao câncer de pulmão de pequenas células.	



	II - Câncer de pulmão de pequenas células (CPPC) - equivale a cerca de 10% a 15% de todos os cânceres de pulmão e tende a crescer e a se espalhar mais rapidamente que o CPNPC. É mais sensível ao tratamento com quimioterapia e radioterapia, e sua agressividade está relacionada a maiores taxas de recidiva da doença. Tem grande capacidade de disseminação e invasão cerebral frequente. Apesar do alto grau de resposta ao tratamento, apresenta baixo percentual de cura.	
	Para a confirmação diagnóstica é necessária a realização de biópsia pulmonar, que podem ser realizadas por diferentes procedimentos, como os que seguem:	
	· Biópsia por agulha guiada por exames de imagem; e · Broncoscopia flexível. A concordância entre os resultados dos exames e a clínica oferece segurança no diagnóstico e é fundamental para o planejamento terapêutico adequado. Quando ocorre discordância entre esses resultados, é necessário intensificar a investigação diagnóstica para garantir precisão.	
	Em caso de confirmação do câncer de pulmão, são necessários outros exames para avaliar a extensão e o estadiamento (INCA, 2024). Para dar prosseguimento à investigação do diagnóstico do câncer de pulmão e para o tratamento possa ser iniciado o mais precocemente possível, é importante que as solicitações dos exames sejam priorizadas pela operadora e sigam a Via Rápida Oncológica ou <i>Fast Track</i>, conforme previsto no item 1.1.8. Essa abordagem visa garantir que os pacientes recebam um atendimento ágil e eficaz, reduzindo o tempo de espera e melhorando os desfechos clínicos.	
	Para cumprir este item, a operadora deve pactuar em contrato ou documento similar, com Pneumologistas, Oncologistas Clínicos, Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e Serviços de Atenção Primária participantes desta Linha de Cuidado, protocolo baseado em evidências científicas para a realização de exames de confirmação diagnóstica para o câncer de Pulmão. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	
	· A previsão no capítulo relativo ao câncer de pulmão no Plano Estruturado previsto no item 1.1.1 do protocolo baseado em evidências científicas para a realização de exames de conformação diagnóstica para o câncer de pulmão. · Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, entre a operadora e os Pneumologistas, Oncologistas Clínicos e Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais participantes desta Linha de Cuidado, prevendo protocolo para a realização de exames de conformação diagnóstica para o câncer de pulmão.	
5.4.3	A Operadora deve incluir na autorização inicial dos exames de confirmação diagnóstica, a pré-autorização do exame patológico para o diagnóstico definitivo do Câncer de Pulmão. Interpretação:	Essencial
	A análise histopatológica inicial de uma lesão pulmonar é necessária sempre que houver suspeita de câncer de pulmão, a fim de confirmar o diagnóstico e determinar o melhor tratamento. Os dois principais métodos para obter amostras de biópsia adequadas são a broncoscopia flexível e a biópsia pulmonar guiada por tomografia computadorizada (TC). Pode ser realizada também a mediastinoscopia (INCA, 2024).	
	A biópsia pulmonar guiada por TC é bastante precisa para tumores periféricos, é um procedimento confiável com sensibilidade de 90% para o diagnóstico de Câncer de Pulmão. Se realizada em ambiente seguro, seu índice de complicações graves é baixo. A tomografia computadorizada é usada para conduzir de forma precisa o posicionamento da agulha de biópsia a um local com suspeita de câncer. A broncoscopia flexível é indicada para tumores proximais (Brasil, 2014; INCA, 2021; 2024).	
	A seleção do tratamento deverá ser adequada ao estadiamento clínico da doença (classificação TNM), capacidade funcional (escala ECOG/Zubrod), condições clínicas e preferências do paciente (Brasil, 2014).	
	A operadora deve incluir na autorização inicial dos exames de confirmação diagnóstica, como broncoscopia, biópsia por agulha, mediastinoscopia, a pré-autorização do exame patológico, quando solicitado pelo médico assistente de acordo com o protocolo pactuado. A inclusão da pré-autorização do exame patológico tem como objetivo permitir a confirmação diagnóstica mais rápida para o câncer de pulmão e a definição dos fatores prognósticos indispensáveis para tomada de decisão, viabilizando assim, melhores resultado do cuidado em saúde.	
	Esta medida é fundamental também porque garante ao Laboratório de Patologia que não haverá glosas dos exames, evitando atrasos diagnósticos e o início do tratamento dos pacientes com câncer de pulmão. As solicitações dos exames de confirmação diagnóstica do Câncer de Pulmão devem ser priorizadas pela operadora e contar tratamento especial, entrando no fluxo de autorização previsto na Via Rápida oncológica ou <i>Fast Track</i> oncológico descrito no item 1.1.8.	



	Para cumprir este item a operadora deve fornecer conjuntamente com a autorização de exames de confirmação diagnóstica, como biópsia por agulha guiada por exame de imagem, broncoscopia flexível, mediastinoscopia, a pré-autorização do exame patológico. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A análise deste item deve verificar: ☐ Os critérios para a autorização dos exames de biópsia, incluindo a pré-autorização do exame patológico na Central de Atendimento da Operadora.	
	☐ A data de autorização da coleta para biópsia e do exame patológico. ☐ O registro da data de pagamento dos exames de coleta para biópsia e do exame anatomopatológico. ☐ Os contratos com a previsão do protocolo de realização da biópsia após a broncoscopia e biópsia por agulha guiada por TC. ☐ Os contratos com a previsão de autorização inicial dos exames de confirmação diagnóstica e a pré-autorização do exame patológico para o diagnóstico definitivo do Câncer de Pulmão.	
5.4.3	Os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão emitem Laudo anatomopatológico completo e padronizado. Interpretação:	Essencial
	Segundo o Ministério da Saúde (2024), a confirmação diagnóstica de câncer de pulmão é realizada por meio do estudo anatomopatológico de amostra do tumor. As amostras são obtidas por meio de dois procedimentos principais: · Biópsia pulmonar guiada por exame de imagem: É o procedimento de escolha para realizar a confirmação patológica de lesões periféricas. · Broncoscopia flexível: É utilizada frequentemente para biópsias de lesões centrais e avaliação da árvore brônquica.	
	A Operadora deve pactuar com a rede de Laboratórios de Anatomopatologia ou Laboratórios de Patologia para a linha de Cuidado do Câncer de Pulmão, a emissão de laudo anatomopatológico completo e padronizado. O laudo anatomopatológico consiste em análise interpretativa e subjetiva do profissional médico patologista, sendo assim, procedimento que requer informes clínicos, laboratoriais, estudos de imagem para interpretação adequada. Os patologistas devem reunir todas as informações do caso para elaborar um diagnóstico objetivo contendo todas as informações necessárias à elaboração do plano terapêutico pela equipe multiprofissional (ANS, 2016).	
	O avanço no entendimento das neoplasias tem aumentado a complexidade das classificações das doenças na tentativa de oferecer informações mais detalhadas sobre o prognóstico e sobre as modalidades terapêuticas mais eficazes em cada caso. Com isso, aumenta o volume e o detalhamento de informações que devem constar nos laudos anatomopatológicos.	
	Atualmente, os laudos anatomopatológicos requerem, além da natureza maligna, o tipo do tumor, o grau histológico, a invasão vascular e o índice proliferativo. Além de outras variáveis, como a intensidade e tipo do infiltrado inflamatório, outras características clínicas e o estadiamento são necessárias para a elaboração do adequado plano de cuidado (ANS, 2016).	
	Preparar os laudos de neoplasias baseados em padrões estabelecidos por Sociedades Médicas, que são rotineiramente atualizados quanto às variáveis de relevância para o tratamento, garante que o patologista informe em seus laudos todo o conteúdo necessário. Além disso, quanto maior a uniformidade de informações em relação às neoplasias, melhor o entendimento do seu comportamento, tornando o cuidado do paciente mais efetivo dentro da rede (ANS, 2016).	
	Desse modo, aproximar os patologistas de todos os profissionais envolvidos com as etapas pregressas à elaboração do laudo anatomopatológico é uma condição necessária para garantir a qualidade do laudo e para a definição do plano de cuidado do paciente. A integração do oncologista clínico, do radiologista, do cirurgião, dentre outros, é fundamental. Assim, os profissionais envolvidos na etapa do diagnóstico devem ser capazes de trabalhar de maneira integrada de forma a beneficiar ao paciente, propiciando a construção de um laudo anatomopatológico completo e padronizado, que auxilie na definição dos próximos passos do tratamento (ANS, 2016).	
	Seguem pontos importantes para elaboração do laudo anatomopatológico completo e padronizado (ANS, 2016): · Comunicação aberta entre os profissionais de saúde - troca de informações rápida e eficiente sobre os pacientes e seus exames. · Dados clínicos completos são fundamentais para a correlação com os dados morfológicos observados pelo patologista no desenvolvimento do raciocínio diagnóstico. · Dados morfológicos completos devem fazer parte do laudo, incluindo dados prognósticos de forma clara - laudo sinóptico.	



	- Dados de exames por outros métodos devem ser definidos pelo médico patologista baseados em correlação com dados morfológicos e clínicos. - Todos os aspectos diagnósticos, sempre que possível, devem ser correlacionados em um único laudo ou documento para melhor visualização das informações médicas. Para cumprir este item, a operadora deve pactuar por meio de contrato ou documento similar, modelo de laudo anatomopatológico completo e padronizado e a previsão da integração da rede para melhorar o diagnóstico, o estadiamento, a definição de prognóstico e plano de cuidado.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: No Plano Estruturado para a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão, as estratégias de pactuação da operadora com sua rede Laboratórios Anatomopatológicos ou Laboratórios de Patologia Clínica para a emissão de laudo anatomopatológico completo e padronizado.	
	Nos contratos ou documentos similares, de forma amostral, a previsão de emissão de laudos anatomopatológicos completos e padronizados pelos Laboratórios de Anatomopatologia indicados para esta Linha de Cuidado. A equipe de auditores poderá realizar, de forma amostral, visita presencial ou à distância, aos Laboratórios de Anatomopatologia ou Laboratórios de Patologia para verificar a padronização dos Laudos.	
5.4.4	Os Laboratórios de Anatomopatologia participantes desta certificação monitoram e enviam os laudos anatomopatológicos com resultados alterados para o médico solicitante. Interpretação	Essencial
	A operadora deve pactuar e estabelecer rotinas com os Laboratórios de Anatomopatologia participantes desta Linha de Cuidado para enviar ao médico solicitante os laudos completos e padronizados dos resultados alterados dos exames anatomopatológicos. Esse envio deve ocorrer em até 48h após a emissão do Laudo para que o acompanhamento e o tratamento do paciente possam prosseguir em tempo oportuno.	
	Portanto, essas ações de comunicação com o médico solicitante do procedimento visam viabilizar o prosseguimento célere da investigação. O estabelecimento dessa rotina é essencial para garantir agilidade no diagnóstico e na definição dos fatores prognósticos, que são indispensáveis para a tomada de decisão, viabilizando, assim, os melhores resultados em saúde.	

	Para isso, há a necessidade de criação de alertas para identificação automatizada dos resultados alterados no sistema de informação dos laboratórios para que enviem os laudos para o médico solicitante, garantindo a continuidade do cuidado. Essa é uma medida relativamente simples, mas que tem um impacto sistêmico importante (ANS, 2016).	
	Os Serviços, clínicas e hospitais, que realizam a Biópsia por agulha, Broncospopia, Mediastinoscopia, participantes desta Linha de Cuidado devem manter uma rotina de solicitação de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE antes da realização dos exames. Esse termo deve incluir a autorização para o encaminhamento dos resultados anatomopatológicos ao médico solicitante, em caso de resultado alterado. Caso o beneficiário se recuse a autorizar o encaminhamento dos resultados ao médico solicitante, deverá assinar uma declaração informando sua recusa, que deve ser documentada pelo estabelecimento que coletou a amostra.	
	Os Laboratórios de Anatomopatologia participantes desta Linha de Cuidado deverão monitorar os exames e enviar os laudos com resultados alterados ao médico solicitante em até 48 horas, para que o acompanhamento e o tratamento do paciente possam prosseguir em tempo oportuno. Os Serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado devem atuar em rede de modo que a jornada do paciente seja mais fluida, reduzindo as barreiras para o diagnóstico completo e o tratamento em tempo oportuno.	
	Para pontuar nesse item, a operadora deve prever em contrato com os Laboratórios Anatomopatológicos, independente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada: - O envio dos laudos anatomopatológicos completos e padronizados, conforme descrito neste manual, ao médico solicitante, no prazo máximo de 48 horas após a emissão do laudo. - A implementação de um sistema de alerta para a rápida identificação dos exames com laudos alterados.	
	- A implementação de um cadastro com os contatos de pacientes e médicos solicitantes, para que seja realizado o envio dos laudos aos médicos solicitantes, respeitando o disposto na LGPD. - A previsão em contrato ou documento similar com os Serviços, clínica e hospitais, que realizam a Biópsia por agulha, Broncospopia, Mediastinoscopia indicados para esta Linha de Cuidado que contem com o TCLE, no qual deve constar a autorização do paciente para o encaminhamento do resultado dos exames ao médico solicitante.	



	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · No Plano Estruturado da Certificação em Atenção Oncológica a previsão de estratégias para o envio pelos Laboratórios anatomopatológicos dos exames alterados aos médicos solicitantes.	
	· De forma amostral, nos contratos ou documentos similares com Laboratórios de Anatomopatologia, a previsão de estratégias para o envio dos exames alterados aos médicos solicitantes. · De forma amostral, os contratos ou documentos similares com os Serviços, clínica e hospitais, que realizam a Biópsia por agulha, Broncospopia, Mediastinoscopia indicados para esta Linha de Cuidado, a previsão do TCLE, no qual deve constar a autorização do paciente para o encaminhamento do resultado dos exames aos médicos solicitantes.	
5.4.5	A operadora deve estabelecer, em conjunto com os Serviços de Atenção Oncológica participantes desta Linha de Cuidado, a adoção de protocolos clínicos baseados em evidências científicas para a realização do estadiamento do câncer de pulmão. Interpretação:	Essencial
	O estadiamento do câncer de pulmão é uma etapa essencial e obrigatória após a confirmação diagnóstica e antes do início do tratamento, pois determina a extensão da doença e orienta a definição terapêutica. Trata-se de um processo sistemático que avalia aspectos fundamentais como a localização e dimensões do tumor pulmonar, o comprometimento de linfonodos regionais, a presença de metástases à distância e o impacto funcional nos sistemas orgânicos afetados (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2024).	
	A adoção de protocolos clínicos padronizados, baseados em evidências científicas e pactuados entre operadora e serviços oncológicos, garante qualidade, segurança e agilidade no cuidado oncológico, além de fornecer subsídios clínicos e diagnósticos indispensáveis para a elaboração de um Plano de Cuidado Individualizado seguro e adequado.	
	Esse processo deve seguir critérios internacionalmente reconhecidos, como os estabelecidos pelo sistema TNM (Tumor, Node, Metastasis) da União Internacional Contra o Câncer (UICC). Os componentes são: · T (Tumor): Avaliação do tamanho e extensão local do tumor primário no pulmão;	
	· N (Node): Verificação do envolvimento de linfonodos regionais; · M (Metástase): Identificação de metástases à distância. No câncer de pulmão, o estadiamento classifica a doença como localizada (restrita ao pulmão), regional (com envolvimento linfonodal) ou metastática. Os sítios mais comuns de metástases são cérebro, fígado, ossos e glândulas adrenais. A interpretação integrada dos exames deve ser feita por equipe multiprofissional, que poderá contar com:	
	· Oncologista clínico; · Cirurgião oncológico ou cirurgião torácico; · Radio-oncologista; · Broncoscopista; · Pneumologista;	
	· Radiologista; · Patologista; · Geneticista. A reavaliação clínica pelo médico assistente permitirá a estratificação adequada da doença e a definição do Plano de Cuidado Individualizado, com registro completo do estadiamento no prontuário clínico.	
	Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC, 2024), recomenda-se para o estadiamento do câncer de pulmão: · Em casos iniciais, sem sintomas sugestivos de disseminação: exames de estadiamento podem ser limitados; · Quando há sintomas ou achados sugestivos de metástases: · TC de tórax com contraste; · TC de abdome e pelve com contraste (para avaliar fígado e adrenais);	
	· RM de crânio com contraste (em caso de sintomas neurológicos); · Cintilografia óssea ou PET/CT (em caso de sintomas ósseos ou alterações laboratoriais); · PET/CT pode ser considerado, quando indicado por diretrizes clínicas. · Para casos localmente avançados ou com indicação de tratamento neoadjuvante: · Painel laboratorial completo, incluindo marcadores como fosfatase alcalina;	
	· TC de tórax, abdome e pelve com contraste; · Cintilografia óssea ou PET/CT; · RM de crânio em casos de sintomas neurológicos. A responsabilidade pelo estadiamento é do médico assistente ou equipe assistente, de acordo com avaliação individualizada do paciente, protocolos clínicos baseados em evidências científicas e pactuação com a operadora.	



	A operadora deverá garantir: · Estabelecimento de protocolo clínico formal com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e os oncologistas da Linha de Cuidado; · Inclusão do protocolo pactuado no Plano Estruturado da Certificação, com a descrição clara dos exames e fluxos assistenciais; · Estadiamento como item obrigatório no Plano de Cuidado Individualizado, conforme item 2.5.1 da certificação; · Inclusão dos exames de estadiamento no fluxo prioritário (<i>Fast Track</i>) da Central de Atendimento, garantindo agilidade no início do tratamento.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: · Existência de protocolo clínico baseado em evidências para o estadiamento do câncer de pulmão no capítulo específico da Linha de Cuidado no Plano Estruturado; · Documentação contratual ou documento similar entre operadora, oncologistas e serviços ambulatoriais, formalizando a adoção do protocolo; · Verificação da implementação dos protocolos em visitas presenciais ou remotas, amostrais, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial.	
5.4.6	A Operadora monitora o tempo entre a emissão do resultado da Tomografia Computadorizada de Tórax com resultado suspeito de Câncer de Pulmão e a realização do exame Anatomopatológico. Interpretação:	Excelência
	Após a suspeita de câncer de pulmão no exame de imagem, é necessária a realização da confirmação diagnóstica com o exame anatomopatológico e posterior estadiamento com exames de imagem (INCA, 2014; INCA, 2024). A operadora deve monitorar o tempo entre a emissão do resultado da Tomografia Computadorizada de Tórax com resultado suspeito de câncer de pulmão e a realização do exame anatomopatológico para confirmação diagnóstica, para que o diagnóstico definitivo possa ser estabelecido o mais rápido possível.	
	Para dar celeridade, reduzindo o tempo entre o resultado alterado da TC e a realização da da Broncoscopia, Biópsia por agulha, Mediastinoscopia, seguida do exame anatomopatológico, as solicitações de biópsias devem ter tratamento diferenciado na operadora, sendo aprovadas por meio da Via Rápida ou <i>Fast Track</i> oncológico, conforme descrito no item 1.1.8. Para que a operadora monitore e calcule o tempo ente o resultado alterado da TC de Tórax com suspeita de câncer de pulmão e a emissão do laudo anatomopatológico, deverá identificar no seu sistema de informação as datas da realização dos exames, com a identificação unívoca dos beneficiários.	
	O cálculo do indicador deve ser feito de acordo com a ficha técnica, disponível no capítulo 12 deste Manual. A operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica e os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar desta Linha de Cuidado, para que trabalhem em rede e enviem as informações realizações dos exames para que possa haver o Monitoramento do tempo entre a emissão do laudo anatomopatológico e da TC de Tórax.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A previsão do monitoramento do indicador no Plano Estruturado mencionado previsto no item 1.1. · De forma amostral, os contratos ou documentos similares entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica prevendo a troca de informações sobre a realização dos exames, respeitando o que prevê a LGPD.	
	· A existência de sistema de informação da operadora que possibilite a identificação das datas dos exames de Tomografia Computadorizada de Tórax com resultado alterado e com a data emissão do laudo do exame anatomopatológico. · A existência de evidências do monitoramento pela operadora dos resultados observados no intervalo de tempo entre a data de emissão do laudo do exame de TC de Tórax com resultado suspeito pata o câncer de pulmão e a data da realização do exame anatomopatológico	
Referências Requisito 5.4: : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede: A (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/documento-tecnico-oncorede.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023. BRASIL. Lei Geral de Proteção aos Dados Pessoais (LGPD) - Lei no. 13.709 de 14 de agosto de 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm>. Acesso em 11 nov. 2024. BRASIL/MS. Portaria nº 957, de 26 de setembro de 2014. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Pulmão. Ministério da Saúde. Brasília, 2014 BRIERLEY, J.; GOSPODAROWICZ, M.; WITTEKIND, C. <i>TNM</i> Classification of Malignant Tumours. 8. ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2016. DE MARGERIE-MELLON, C.; DE BAZELAIRE, C.; DE KERVILER E. Image-guided biopsy in primary lung cancer: why, when and how. <i>Diagnostic and Interventional Imaging</i>, v. 97, n. 10, p. 965-972, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211568416301577>. Acesso: em 23 mai. 2023.		



GAO, S.et al. Lung Cancer in People's Republic of China. Journal of Thoracic Oncology, v. 15, n. 10, p. :1567-1576, 2020. Disponível em:<[https://www.jto.org/article/S1556-0864\(20\)30375-0/fulltext](https://www.jto.org/article/S1556-0864(20)30375-0/fulltext)>. Acesso em: 23 mai. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de Pulmão. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pulmao>>. Acesso em: 11 de nov. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estadiamento do Câncer de Pulmão. Rio de Janeiro: INCA, 2024. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 30 mai. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Câncer de Pulmão. Brasília: MS, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). Pulmão não-pequenas células: doença localizada e localmente avançada.2024. Disponível em: <<https://sboc.org.br/images/Diretrizes-2024/pdf/Diretrizes-SBOC-2024---Pulmao-NSCLC-localizado-v3-FINAL.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2023.

WENDER, R.C. et al. A blueprint for cancer screening and early detection: Advancing screening's contribution to cancer control. CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 69, n. 1, p. 50-79, 2019. Disponível em: <<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21550#>>.Acesso em 07 marc. 2024.

5.5 Tratamento - Câncer de Pulmão Requisito que avalia a disponibilização do tratamento adequado ao paciente com Câncer de Pulmão de acordo com estadiamento, faixa etária e tipo de tumor.		
5.5.1	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado estabelecem Plano de Cuidado Individualizado para os pacientes com câncer de pulmão confirmado.	Essencial
	Interpretação	
	O tratamento e o acompanhamento dos pacientes com câncer de pulmão devem ser realizados nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado, os quais devem oferecer assistência integral, especializada e multiprofissional. Esses Serviços devem funcionar de acordo com o estabelecido nos itens 1.2.1; 1.2.2 e 1.2.3 deste Manual.	

Para o melhor acompanhamento dos pacientes com câncer de pulmão os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial devem estabelecer um Plano de Cuidado Individualizado, elaborado pela equipe multiprofissional, com o objetivo de planejar o tratamento e monitorar os resultados, considerando as melhores práticas clínicas e as possibilidades terapêuticas, centradas nas necessidades e na realidade de cada paciente.	
Para a elaboração do Plano de Cuidado Individualizado, é fundamental fornecer aos pacientes todas as informações relevantes sobre sua condição de saúde, de forma compreensível e acessível, possibilitando que as decisões sejam tomadas de maneira compartilhada. O Plano de Cuidado Individualizado deve conter, no mínimo, as seguintes informações: ☐ O tipo de câncer; ☐ O estadiamento do câncer;	
☐ Avaliação do estado nutricional e físico, com vistas a monitorar e tratar a desnutrição, a sarcopenia, entre outras condições; ☐ Avaliação psicossocial; ☐ Os objetivos do tratamento; ☐ O Planejamento do tratamento oncológico específico, incluindo os procedimentos e técnicas que serão utilizados e o tempo de utilização: o Cirurgia oncológica (em casos de doença localizada e operável);	
o Radioterapia (isolada ou em combinação com outros métodos); o Tratamento sistêmico, como quimioterapia, imunoterapia ou terapia-alvo, conforme o perfil molecular e clínico do tumor; o Reabilitação fisioterápica (quando indicada); o Cuidados paliativos (quando indicados, visando ao controle de sintomas e à promoção da qualidade de vida); o Cuidados de fim de vida (quando indicados, visando ao controle de sintomas e à promoção da qualidade no fim de vida).	
☐ Resultado desejado. Para pacientes com mais de 60 anos, o Plano de Cuidado Individualizado deverá incluir a estratificação de risco atualizada para a pessoa idosa, bem como o instrumento utilizado para essa avaliação, possibilitando um planejamento mais adequado e orientações para cuidadores e/ou familiares. Alguns instrumentos de estratificação de risco disponíveis atualmente são o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13), (Moraes, 2023; Brasil, 2018).	
Para o cumprimento deste item, a operadora deve pactuar com seus prestadores de serviços de atenção oncológica a adoção de um Plano de Cuidado Individualizado para cada paciente com diagnóstico de câncer de pulmão, elaborado e monitorado pela equipe multiprofissional dos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial.	



Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A previsão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1. da utilização de Plano de Cuidado Individualizado pelos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado;	
☐ De forma amostral, nos contratos ou documentos similares firmados entre a operadora e os Serviços Atenção Oncológica Ambulatorial, a pactuação da utilização de Plano de Cuidado Individualizado por esses serviços; e ☐ Por meio de visita presencial ou remota, de forma amostral, a adoção do Plano de Cuidado Individualizado pelos Serviços Atenção Oncológica participantes desta Linha de Cuidado.	

5.5.2	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Certificação estabelecem um navegador de cuidado para pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão confirmado. Interpretação	Essencial
	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta certificação disponibilizam um navegador/gestor de cuidado para pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão confirmado.	
	O navegador do cuidado é um profissional de saúde, geralmente um enfermeiro, cuja função é apoiar o paciente a transitar de forma oportuna e assertiva pelo sistema de saúde, facilitando seu itinerário terapêutico na rede de atenção (ANS, 2016, BRASIL, 2024). Caso o navegador de cuidado seja enfermeiro(a), deverá ser observada a Resolução COFEN nº 735 de 17 de janeiro de 2024, que normatiza a atuação do Enfermeiro navegador e do Enfermeiro clínico especialista para que haja maior clareza e qualidade nas atividades desenvolvidas por esse profissional.	
	A atuação de um navegador do cuidado é indicada para condições crônicas complexas, como nos casos de câncer de pulmão confirmados. Nessas situações, o paciente necessita de uma abordagem proativa, mais próxima e frequente de um profissional de saúde, a fim de reduzir barreiras de acesso e facilitar o acesso ao tratamento adequado e em tempo oportuno (Mendes, 2011; BRASIL, 2024).	
	A atuação do navegador do cuidado é indicada a partir da confirmação diagnóstica do câncer de pulmão até o fim do tratamento oncológico completo, incluindo, caso necessário, atenção domiciliar, cuidados paliativos e de fim de vida. Na abordagem ao paciente com câncer, o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento pode ser crucial para o prognóstico. Assim, uma das principais funções da navegação do cuidado é garantir o atendimento oportuno, o que pode impactar significativamente o desfecho clínico (BRASIL, 2024; INCA, 2021; Mendes, 2011).	
	A oportunidade é um dos principais atributos da qualidade em saúde, configurando-se como a redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente prejudiciais tanto para quem recebe quanto para quem presta o cuidado (Brasil, 2014). Dessa forma, entende-se que o tempo oportuno é o período durante o qual a prestação do cuidado ou da intervenção se faz mais benéfica e necessária (JCAHO, 1993 apud PROADESS, 2011). Na atenção ao paciente com câncer, além do tempo oportuno, outro objetivo da navegação/gestão do cuidado é garantir que o paciente receba um cuidado integrado, coordenado e baseado nas melhores evidências científicas, conforme o Plano de Cuidado Individualizado.	
	Assim, outra função fundamental do navegador do cuidado é garantir a utilização dos protocolos clínicos definidos no Plano de Cuidado do paciente pela equipe. Dessa forma, a navegação pode auxiliar na garantia da pertinência do cuidado aos pacientes com câncer de pulmão. A disponibilização do navegador do cuidado deve ser realizada o mais precocemente possível, a partir da confirmação diagnóstica do câncer de pulmão, de modo a favorecer o alcance de desfechos positivos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. O navegador do cuidado na Linha de Cuidado do câncer de pulmão deve:	
	Iniciar a navegação do paciente imediatamente após a confirmação do diagnóstico por meio de exame anatomopatológico. Permanecer atuante durante toda a jornada do paciente. Favorecer a integração dos diversos serviços e profissionais envolvidos no acompanhamento do paciente com câncer de pulmão. Proporcionar segurança e apoio ao paciente. Apoiar e facilitar a marcação de exames e terapias em tempo oportuno.	
	Facilitar o acesso a todos os procedimentos e tratamentos previstos no Plano de Cuidado Individualizado do paciente, reduzindo barreiras no itinerário terapêutico. Para a operadora cumprir este item, a navegação do cuidado deve ser realizada por um profissional de saúde do Serviço de Atenção Oncológica Ambulatorial Multiprofissional e pode ocorrer de forma combinada, presencial e à distância. O navegador deverá acompanhar o paciente ao longo de sua jornada na rede de atenção.	
	A disponibilização do navegador do cuidado para os pacientes com câncer de pulmão confirmado deve constar no contrato ou documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado, independentemente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada.	



	Além disso, a operadora deve certificar-se da implementação do Navegador do Cuidado do paciente por meio de visitas anuais aos serviços, que podem ser presenciais ou à distância, conforme 1.2.1. A operadora deve remunerar o serviço de navegação do cuidado das pacientes com câncer de pulmão, devendo constar de forma explícita no contrato, aditivo contratual ou documento similar.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: No capítulo sobre o Câncer de Pulmão do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1, o detalhamento das ações do Navegador do Cuidado. Por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais participantes desta Linha de Cuidado, prevendo a previsão de cobertura da navegação do cuidado.	
	Por amostragem, as notas fiscais, documentos de cobrança ou faturas no sistema de contas médicas relativas às atividades realizadas pelo Navegador do cuidado. Relatório da visita anual da operadora, presencial ou à distância, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, com a conformação da implementação do Navegador do Cuidado, conforme item 1.2.1.	
5.5.3	A operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica protocolo para a abordagem nutricional do paciente com câncer de pulmão. Interpretação:	Essencial
	A terapia nutricional oncológica é uma estratégia essencial e complementar ao tratamento oncológico. Ela visa garantir que o paciente alcance as necessidades nutricionais adequadas para manutenção e/ou recuperação do peso corporal, melhora dos desfechos clínicos, redução de complicações e promoção da qualidade de vida. A intervenção nutricional deve ser iniciada o mais precocemente possível, preferencialmente no momento do diagnóstico de câncer, como forma de evitar a deterioração do estado nutricional e os impactos negativos que isso gera no tratamento (Oliveira, 2015).	
	A desnutrição é uma condição frequente em pacientes oncológicos, resultante tanto dos efeitos da própria doença quanto das toxicidades associadas aos tratamentos, além da redução da ingestão alimentar. Estudos apontam que até 20% das mortes em pacientes com câncer decorrem diretamente da desnutrição e não da progressão do tumor (Li et al., 2018). A prevalência de desnutrição em pacientes oncológicos varia em média entre 20% e 70%, dependendo do tipo e estágio da doença, sendo de 45% especificamente nos casos de câncer de pulmão (Hébuterne et al., 2014).	
	Os sintomas como anorexia, náuseas, vômitos, dor e alterações gastrointestinais são frequentes e impactam significativamente na ingestão alimentar. Paralelamente, o microambiente tumoral e os processos inflamatórios associados promovem desordens metabólicas importantes, como aumento da taxa metabólica basal, resistência à insulina, lipólise e proteólise, levando à perda de peso e de massa muscular.	
	Esse quadro é agravado pela inflamação sistêmica crônica, que gera um estado catabólico, aumentando as demandas energéticas do organismo e dificultando a síntese de proteínas musculares, fenômeno conhecido como resistência anabólica. Esse desequilíbrio entre maior demanda metabólica e menor ingestão alimentar resulta em deterioração progressiva do estado nutricional (Arends et al., 2017; Li et al., 2018).	
	As principais complicações nutricionais incluem caquexia e sarcopenia, condições que comprometem o desempenho físico, aumentam a toxicidade dos tratamentos, reduzem a resposta terapêutica, pioram a qualidade de vida e diminuem a sobrevida (INCA, 2015; Arends et al., 2017). A caquexia, síndrome caracterizada pela perda involuntária e progressiva de peso e massa muscular, acomete cerca de 50% dos pacientes oncológicos (Kern; Norton, 1988), sendo associada à anorexia, atrofia muscular, fadiga, anemia e hipoalbuminemia, fatores que comprometem gravemente os resultados terapêuticos (INCA, 2015).	
	Diante desse contexto, torna-se imprescindível a adoção de Protocolos de Assistência Nutricional, padronizando as práticas de avaliação, intervenção e monitoramento dos pacientes com câncer de pulmão. O objetivo é garantir que o cuidado nutricional esteja integrado a todas as etapas do tratamento oncológico, desde o diagnóstico até o seguimento ambulatorial, hospitalar e domiciliar, permitindo intervenções precoces e contínuas, baseadas em evidências, que contribuam diretamente para melhores desfechos clínicos e operacionais.	
	O Protocolo de Assistência Nutricional deve contemplar: · Triagem Nutricional precoce, para identificar risco nutricional;	
	· Avaliação Nutricional Subjetiva e Objetiva, incluindo parâmetros antropométricos, bioquímicos, composição corporal, força muscular e funcionalidade; · Monitoramento da ingestão alimentar e qualidade de vida; · Definição da conduta nutricional com suporte oral, enteral ou parenteral, de acordo com a necessidade clínica, respeitando todas as fases do tratamento (hospitalar, ambulatorial e domiciliar).	



	O protocolo deve considerar as diretrizes propostas pela ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism), que preconiza três passos fundamentais no manejo nutricional do paciente oncológico (Arends et al., 2017): Rastrear todos os pacientes para risco nutricional no início do tratamento, independentemente do índice de massa corporal (IMC) ou perda de peso anterior;	
	Expandir a avaliação nutricional, incluindo além dos dados tradicionais, marcadores inflamatórios, avaliação da composição corporal, gasto energético e função física; Adotar intervenções nutricionais multimodais, com planos personalizados, visando não apenas o aumento da ingestão calórica, mas também a modulação da inflamação, controle do estresse metabólico e promoção da atividade física.	
	A ferramenta recomendada para avaliação inicial é a Triagem de Risco Nutricional 2002 (TRN-2002), que orienta intervenções específicas conforme o escore obtido. Pacientes com escore ³3 devem iniciar terapia nutricional especializada, inclusive no pré-operatório. Mesmo aqueles sem risco, mas submetidos a cirurgias de grande porte, devem receber intervenção nutricional prévia (INCA, 2015). Cabe ao nutricionista realizar a avaliação nutricional e definir o plano terapêutico nutricional, que deve contar do Plano de Cuidado Individualizado:	
	· Ambulatorial: ☐ Avaliação nutricional e orientação sobre a dieta oral e acompanhamento nutricional - pacientes sem risco devem ser reavaliados em até 30 dias; ☐ Avaliação nutricional e orientação sobre a dieta oral e acompanhamento nutricional - pacientes com risco devem ser reavaliados em até 15 dias.	

	· Internação: ☐ A pré habilitação cirúrgica deve ser realizada quando indicada. ☐ A avaliação inicial deve ser realizada entre 24 e 48 horas da admissão hospitalar, podendo ser utilizadas as ferramentas Triagem de Risco Nutricional 2002 (TRN-2002), Avaliação Subjetiva Global (ASG) e Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP).	
	☐ A reavaliação nutricional deve ser realizada, no mínimo, a cada sete dias durante o período de internação. ☐ No pós-operatório, é obrigatória a continuidade do acompanhamento nutricional no ambulatório, com foco na reabilitação e na prevenção de complicações, evitando reinternações. · Atenção Domiciliar:	
	☐ Orientação sobre a dieta oral, enteral ou parenteral. ☐ Definição do plano terapêutico, considerando o quadro clínico, nutricional e socioeconômico, além de avaliar as possíveis sequelas cirúrgicas e comorbidades. O planejamento da Assistência Nutricional, bem como sua evolução, deve ser discutido com a equipe multiprofissional e registrado em prontuário.	
	Para atendimento a esse item, a operadora deve adotar protocolo formalmente pactuado com os serviços de atenção oncológica, abrangendo toda a linha de cuidado para pacientes com câncer de pulmão. Forma de verificação de evidências: A equipe de auditores poderá: · Realizar verificação documental da existência de protocolo nutricional específico no Plano Estruturado da Operadora;	
	· Verificação de forma amostral de contratos ou documentos similares entre a operadora e os serviços de atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer de pulmão; · Verificar realização da assistência nutricional por meio de sistemas de informação assistenciais e operacionais, como sistema de faturamento de contas médicas; · Realizar visitas presenciais ou virtuais aos serviços de atenção oncológica vinculados à linha de cuidado do câncer de pulmão.	
5.5.4	A operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e Hospitalares, indicados para compor a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão, a adoção de um protocolo clínico de pré-habilitação cirúrgica multiprofissional, com base em evidências científicas. Interpretação Técnica:	Essencial
	A pré-habilitação oncológica consiste em um conjunto de intervenções realizadas antes do procedimento cirúrgico, com abordagem integral e multiprofissional, que visa otimizar o estado funcional do paciente, reduzir complicações intra e pós-operatórias, acelerar a recuperação e melhorar os desfechos clínicos (INCA, 2024; Carli; Scheede-Bergdahl, 2015).	
	Essa preparação deve ser personalizada, conforme as necessidades clínicas identificadas pelo médico assistente, e articulada entre diferentes profissionais, podendo incluir médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos. O programa é estruturado com base em princípios fundamentais (INCA, 2024), entre os quais destacam-se:	



	· Ação multiprofissional como pilar do programa; · Estimulo à adoção de hábitos saudáveis, com foco especial na cessação do tabagismo e etilismo, além da correção de padrões alimentares inadequados; · Avaliação nutricional detalhada;	
	· Melhora da capacidade funcional por meio de exercícios físicos planejados, com ênfase na função cardiorrespiratória, especialmente relevante no contexto do câncer de pulmão; · Controle glicêmico rigoroso, particularmente em pacientes diabéticos, visando à redução dos riscos anestésicos e complicações pós-operatórias; · Suporte psicológico, com foco na redução da ansiedade e depressão e no fortalecimento da adesão ao tratamento;	
	· Estratificação de risco para pessoas idosas, com utilização de instrumentos atualizados, registro da ferramenta aplicada, e orientações específicas a cuidadores e familiares, assegurando o planejamento de um cuidado individualizado. Pacientes com câncer de pulmão, sobretudo aqueles em estágios mais avançados ou com comorbidades respiratórias, apresentam risco elevado de complicações cirúrgicas. A literatura destaca que a abordagem pré-operatória integrada e personalizada contribui significativamente para melhores resultados clínicos (Santa Mina et al., 2014; Kortebein et al., 2008; Dronkers et al., 2013).	
	Para atender a este item, a operadora deverá: · Pactuar formalmente com a rede prestadora a adoção de um protocolo clínico de pré-habilitação cirúrgica multiprofissional, baseado em evidências científicas; · Incluir a pré-habilitação no plano estruturado da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão.	
	· Prever a remuneração dos procedimentos relativos à pré-habilitação cirúrgica multiprofissional. Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditoria poderá solicitar os seguintes documentos e registros: · Protocolo clínico multiprofissional baseado em evidência científica, descrito na Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão e previsto no plano estruturado da operadora (item 1.1.1);	
	· Pactuação formal do protocolo entre operadora e prestadores, registrada por meio de contrato, aditivo contratual ou instrumento equivalente; · Registro da data de solicitação do procedimento pelo médico assistente e da data de realização, com documentação que comprove os prazos de autorização; · Evidência da execução dos serviços, por meio de sistemas de contas médicas, faturas ou outro mecanismo de cobrança assistencial.	
5.5.5	Os Serviços de Atenção Oncológica participantes desta Linha de Cuidado utilizam protocolo clínico baseado em evidências atualizadas científicas para o tratamento local do câncer de Pulmão. Interpretação:	Essencial
	Para o tratamento o câncer de pulmão, os pacientes devem ser acompanhados e avaliados por equipe multidisciplinar (INCA, 2024) A operadora deve pactuar com sua rede de prestadores de serviços oncológicos participantes desta Certificação um protocolo clínico baseado em evidências científicas para o tratamento local do câncer de pulmão, conforme definido no plano de cuidado. O tratamento deve ser realizado em tempo oportuno e sempre que solicitado pelo médico assistente.	
	O tratamento local (cirurgia, radioterapia,) deverá ser realizado considerando os protocolos clínicos baseado sem evidências, pactuado entre a operadora e os serviços de saúde de atenção oncológica, participante desta Linha de Cuidado. O Protocolo pactuado deve conter as referências bibliográficas utilizadas.	



O tratamento irá depender do tipo histológico, do estadiamento tumoral e das condições clínicas e características do paciente, com a idade. A prova de função respiratória pode trazer informações importantes em pacientes passíveis de tratamento com cirurgia ou com radioterapia. A reabilitação fisioterápica pré e pós-operatória pode assegurar uma melhor qualidade de vida após o tratamento cirúrgico (INCA, 2024).
Segundo o Ministério da Saúde (2014), agrupa-se os cânceres de pulmão em dois grandes grupos, segundo o tipo histopatológico, para fins terapêuticos e prognósticos: · Câncer de pulmão de pequenas células (CPPC): corresponde a cerca de quinze por cento (15%) dos casos e tem evolução clínica mais agressiva. · Câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNPC): Corresponde a oitenta e cinco por cento (85%) dos cânceres de pulmão e agrega os demais tipos histopatológicos.
No entanto, para o câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNPC), para fins de tratamento, a experiência clínica acumulada demonstra que a escolha da opção terapêutica, em termos de segurança e efetividade podem guardar relação com o subtipo histopatológico e as características moleculares. Assim, é importante diferenciar, minimamente, os subtipos escamoso e não escamoso do CPCNP, bem como, identificar a presença de mutação do receptor para o fator de crescimento epitelial (EGFR) nos casos de adenocarcinoma (Brasil/MS, 2014; Travis et al., 2011; Paech et al., 2011).

Nos casos de câncer de pulmão de pequenas células, a extensão da doença é classificada para fins terapêuticos em doença localizada e doença extensa (Brasil, 2014; Rami-Porta; 2009; Kalemkerian, 2011). ·Doença localizada: é aquela confinada ao hemitórax de origem, mediastino e linfonodos supraclaviculares ipsilaterais, passíveis de tratamento por um mesmo campo de irradiação. A presença de derrame pleural ipsilateral enseja prognóstico intermediário entre casos de doença localizada e doença extensa.	
·Doença extensa: é aquela disseminada além da fossa supraclavicular ipsilateral, incluindo-se os casos de metástases à distância (Brasil, 2014; Rami-Porta; 2009; Kalemkerian, 2011). Após a confirmação da malignidade e do tipo histopatológico tumoral do câncer de pulmão, procede-se ao estadiamento clínico por meio de vários exames diagnósticos, para, em seguida, dar início à terapêutica mais adequada. O Ministério da saúde estabeleceu algumas opções terapêuticas locais para o Câncer de Pulmão (Brasil/MS, 2014):	
Câncer de Pulmão de Pequenas Células (CPPC) Cirurgia: O tratamento cirúrgico não é recomendado para este tipo de neoplasia, pelo seu comportamento biológico de propensão precoce a originar metástases à distância. Quando este diagnóstico é firmado após uma ressecção cirúrgica pulmonar, o paciente deve receber tratamento sistêmico complementar compatível com o estadiamento da doença.	
Para cumprir este item, a operadora deve pactuar com sua rede de Atenção Oncológica nesta Linha de Cuidado a adoção de protocolos clínico baseado em evidências, estabelecido por instituições de reconhecida competência. Sempre que houver mudança nas formas de tratamento do câncer pulmão baseadas em evidências científicas, os protocolos devem ser atualizados.	
Radioterapia: A irradiação torácica aumenta a sobrevida de doentes com câncer de pulmão de pequenas células, sendo costumeiramente indicada. A irradiação craniana com finalidade proflática pode prevenir a recorrência da doença no sistema nervoso central, sendo indicada para doentes que obtiveram controle da doença torácica, e permite o controle temporário de sintomas de metástases no sistema nervoso central (Brasil/MS, 2014; Le Pechoux et al.; 2009; Herrmann et al.; 2011).	
Câncer de Pulmão de Células Não Pequenas (CPCNP) Cirurgia A cirurgia, quando possível, consiste na retirada do tumor com uma margem de segurança, além da remoção dos linfonodos próximos ao pulmão e localizados no mediastino. É o tratamento de escolha por proporcionar melhores resultados e controle da doença. Cerca de 15% dos casos são passíveis de tratamento cirúrgico. Porém, na grande maioria (80-90% dos casos) a cirurgia não é possível na ocasião do diagnóstico (INCA, 2024).	
As cirurgias para tratamento do câncer de pulmão incluem a ressecção pulmonar com a linfadenectomia radical (INCA, 2024): Segmentectomia e ressecção em cunha: Quando se retira uma parte pequena do pulmão (somente o segmento ou parte do segmento que envolve o tumor), reservada para pacientes com tumores pequenos e que não suportam cirurgias maiores por apresentarem idade ou condições clínicas e/ou respiratórias limitadas.	
Lobectomia: É a cirurgia de escolha para o tratamento do câncer de pulmão. Retira-se todo o lobo pulmonar, onde o tumor está situado. É o mais adequado por remover toda a doença de forma anatômica. Pneumectomia: É a retirada de um pulmão inteiro (suas indicações são limitadas e restritas). Procedimento com morbidade maior e não tolerado por alguns pacientes.	
A cirurgia realizada por toracotomia ou toracoscopia vídeoassistida é a modalidade terapêutica com maior potencial curativo para os casos de carcinoma pulmonar de células não pequenas (CPCNP), nos doentes com doença localizada (Yan et al., 2009; Whitson et al. 2008) No intraoperatório, o cirurgião poderá optar, dependendo da extensão real do tumor e da necessidade de se preservar a função pulmonar, pela ressecção em cunha, segmentectomia, lobectomia ou mesmo pneumectomia com ressecção das cadeias linfáticas regionais (Hughes et al., 2011).	
Em casos selecionados de metástase cerebral isolada, sincrônica ou metacrônica, a ressecção cirúrgica completa da lesão enseja prognóstico mais favorável que o tratamento paliativo exclusivo (Modi et al., 2009). Radioterapia A radioterapia externa (teleterapia) tem indicação nos casos de CPCNP em qualquer estágio tumoral, com finalidade curativa ou paliativa e pode ser usada em associação ou combinado com a cirurgia ou a quimioterapia.	
A irradiação ablativa estereotática é uma modalidade de radioterapia que pode ser indicada para doentes no estágio I que não apresentem condições clínicas para tratamento cirúrgico (Brasil/MS, 2014; Lagerwaard et al., 2012; Zhang et al., 2011; Palma et al., 2012). A irradiação torácica associada à quimioterapia sistêmica promove a cura de uma pequena parcela de pessoas com doença localizada inoperável (Brasil/MS, 2014; O'Rourke, 2010; Auperin et al., 2010).	



Nos carcinomas de células não-pequenas que apresentam margens comprometidas após a ressecção cirúrgica, a radioterapia pode ser utilizada após a cirurgia, de maneira adjuvante.

Nos tumores de células não pequenas localmente avançados a radioterapia está indicada associada ou não a quimioterapia além do tratamento de metástases dos tumores de pulmão, como cerebral e óssea.

No caso de tumores iniciais está indicada a Radioterapia estereotática fracionada (SBRT/SABR) como alternativa a cirurgia com intenção ablativa.



	Nos tumores de células não pequenas a radioterapia está indicada combinada a quimioterapia nos estádios de doença limitada e extensa além das indicações no tratamento de doença metastática como cérebro e ossos. O tratamento consiste em aplicações diárias e o número de sessões necessárias pode variar de acordo com a extensão e a localização do tumor, dos resultados dos exames e do estado de saúde do paciente. Pode apresentar uma série de efeitos colaterais que dependem da área irradiada e da proximidade com os órgãos de risco (como pneumonite e esofagite).	
	A irradiação craniana profilática não é indicada para casos de CPCNP (Brasil/MS, 2014; Gore et al.; 2010), mas os sintomas de progressão locorregional ou de acometimento metastático ósseo ou do sistema nervoso podem ser paliados com a teleterapia e a braquiterapia Para cumprir este item a operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica participantes desta Linha de Cuidado protocolos clínicos baseados em evidência científica para o tratamento local do câncer de pulmão. Os Protocolos devem ser baseados em evidências científicas e elaborados por instituições de reconhecida competência.	
	Os Protocolos Clínicos para o tratamento local do câncer de pulmão devem ser revistos sempre que as recomendações forem atualizadas. As solicitações para o tratamento local do câncer de pulmão devem seguir a Via Rápida oncológica ou <i>Fast Track</i> oncológico, de acordo com o item 1.1.8. A pactuação dos Protocolos Clínicos deve constar em contrato ou documento similar, independentemente de o serviço compor a rede própria, contratada ou referenciada da operadora.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: No Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1, a previsão de pactuação de protocolos clínicos baseados em evidências científicas para o tratamento local do câncer de pulmão.	
	- Nos contratos ou documento similar entre a operadora e os serviços e atenção oncológica indicados para participar desta Linha de Cuidado, a existência de pactuação de protocolos clínicos baseados em evidência científica para o tratamento local do câncer de pulmão descrito de forma objetiva. - A data da solicitação do tratamento local pelo médico assistente; a data de início do tratamento e o prazo, em dias, da liberação do procedimento.	
	- Evidências de cobertura dos procedimentos para o tratamento do câncer de pulmão no sistema de Contas Médicas da operadora, faturas, entre outros. - Previsão da utilização da Via Rápida Oncológica ou <i>Fast Track</i> Oncológico na Central de atendimento para dar celeridade à aprovação de cobertura para o tratamento do câncer de pulmão.	
5.5.6	Os Serviços de Atenção Oncológica participantes desta Linha de Cuidado utilizam protocolo clínico baseado em evidências científicas para o tratamento sistêmico do câncer de pulmão. Interpretação:	Essencial
	Para o tratamento o câncer de pulmão, os pacientes devem ser acompanhados e avaliados por equipe multidisciplinar (INCA, 2024). A operadora deve pactuar com sua rede de prestadores de serviços oncológicos participantes desta Certificação um protocolo clínico baseado em evidências científicas para o tratamento sistêmico do câncer de pulmão, conforme definido no plano de cuidado. O tratamento deve ser realizado em tempo oportuno e sempre que solicitado pelo médico assistente.	
	A seleção do tratamento deverá ser adequada ao estadiamento clínico da doença (classificação TNM), capacidade funcional (escala ECOG/Zubrod), condições clínicas e preferência do doente (Brasil/MS, 2014) em evidências, pactuado entre a operadora e os serviços de saúde de atenção oncológica, participante desta Linha de Cuidado. O Protocolo pactuado deve conter as referências bibliográficas utilizadas. O tratamento irá depender do tipo histológico, do estadiamento tumoral e das condições clínicas e características do paciente, com a idade.	
	Segundo o Ministério da Saúde (2014), agrupa-se os cânceres de pulmão em dois grandes grupos, segundo o tipo histopatológico, para fins terapêuticos e prognósticos:	

	·Câncer de pulmão de pequenas células (CPPC): corresponde a cerca de quinze por cento (15%) dos casos e tem evolução clínica mais agressiva e é caracterizado por uma taxa proliferativa muito alta, alta tendência à metástase precoce e mau prognóstico. Está fortemente associado à exposição a carcinógenos do tabaco. A maioria dos pacientes tem doença metastática no momento do diagnóstico, com apenas um terço com a doença em estágio inicial passível de terapia multimodal potencialmente curativa. A extensão da doença é classificada para fins terapêuticos em doença localizada e doença extensa (Brasil, 2014; Rami-Porta; 2009; Kalemkerian, 2011).	
	▣ Doença localizada: é aquela confinada ao hemitórax de origem, mediastino e linfonodos supraclaviculares ipsilaterais, passíveis de tratamento por um mesmo campo de irradiação.	
	▣ A presença de derrame pleural ipsilateral enseja prognóstico intermediário entre casos de doença localizada e doença extensa. ▣ Doença extensa: é aquela disseminada além da fossa supraclavicular ipsilateral, incluindo-se os casos de metástases à distância (Brasil, 2014; Rami-Porta; 2009; Kalemkerian, 2011). ·Câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNPC): Corresponde a oitenta e cinco por cento (85%) dos cânceres de pulmão e agrega os demais tipos histopatológicos.	
	Para o câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNPC), para fins de tratamento, a experiência clínica acumulada demonstra que a escolha da opção terapêutica, em termos de segurança e efetividade podem guardar relação com o subtipo histopatológico e as características moleculares. Assim, é importante diferenciar, minimamente, os subtipos escamoso e não escamoso do CPCNP, bem como, identificar a presença de mutação do receptor para o fator de crescimento epitelial (EGFR) nos casos de adenocarcinoma (Brasil/MS, 2014; Travis et al., 2011; Paech et al.; 2011).	
	Após a confirmação da malignidade e do tipo histopatológico tumoral do câncer de pulmão, procede-se ao estadiamento clínico por meio de vários exames diagnósticos, para em seguida dar início ao tratamento. O Ministério da saúde estabeleceu algumas opções terapêuticas para o tratamento sistêmico do Câncer de Pulmão (Brasil/MS, 2014):quimioterapia, terapia alvo e imunoterapia.	
	O adequado planejamento do tratamento requer o diagnóstico histológico e o estadiamento para definição se a doença está localizada no pulmão ou se há focos em outros órgãos. O tratamento quimioterápico visa a destruir as células cancerígenas, assim como reduzir o crescimento do tumor ou amenizar os sintomas da doença (Brasil/MS, 2014, INCA, 2024). Quimioterapia Para o câncer de pulmão, a quimioterapia pode ser utilizada nas seguintes situações (INCA, 2024):	
	Antes da cirurgia, com intenção de neo adjuvância em doença N2 e para tentar prevenir o aparecimento de metástases; Após a cirurgia, a fim de tentar prevenir o aparecimento de metástases; Associado à radioterapia, para os tumores localizados no pulmão e que não podem ser tratados com cirurgia; Tratamento paliativo, para pacientes que já apresentam metástases ou doença localmente avançada. Para Câncer de Pequenas Células(CPCP):	



	A quimioterapia aumenta a sobrevida de doentes com câncer de pulmão de pequenas células (CPCP), sendo indicada em associação à radioterapia para doentes com doença localizada (quimioterapia prévia) e isoladamente para doentes com doença avançada ou metastática (quimioterapia paliativa). No entanto, mesmo com a assistência terapêutica integral poucos doentes são curados e a expectativa de sobrevida em 5 anos para doentes com doença limitada e extensa é de 10% e 5%, respectivamente (Pelayo et al., 2009). Nos casos de CPCP inexistente benefício com quimioterapia de manutenção ou com intensificação de dose (Rossi et al., 2010).	
	Para Câncer de Pulmão de Células Não Pequenas (CPCNP):	
	A quimioterapia adjuvante confere maior sobrevida para doentes com doença localizada operados (Stuschke; Pottgen, 2010). Alguns doentes com doença localmente avançada logram benefício com quimioterapia prévia à cirurgia, tratamento associado ou não à radioterapia (Burdett et al., 2007; Gilligan et al., 2007; Bakiret et al., 2011). Em doentes com doença avançada ou metastática ao diagnóstico, a quimioterapia paliativa resulta em modesto incremento na sobrevida mediana (2-3 meses), com possibilidade de controle temporário dos sintomas, mas sem expectativa de cura (Brasil/MS, 2024; Younes et al., 2011; Baggstrom, et al., 2007; NSCLCCG, 2008; 2010; Pat et al., 2008).	
	Muitos esquemas de quimioterapia sistêmica podem ser usados com finalidade paliativa. A seleção do tratamento deve considerar as características fisiológicas e capacidade funcional individuais, tipo histológico, perfil de toxicidade clínica, preferências do doente e protocolos terapêuticos institucionais. Recomenda-se que a quimioterapia paliativa de 1ª linha seja indicada para doentes com capacidade funcional 0, 1 ou 2 na escala de Zubrod.	

	A terapia alvo É uma nova forma de tratamento de câncer, frequentemente usada em pacientes cujo tumor tenha determinadas características moleculares (genéticas). Vários estudos estão em andamento para selecionar o grupo de pacientes que melhor se beneficia deste tratamento.	
	Imunoterapia: Refere-se a uma classe de medicamentos que permite que o sistema imunológico do próprio paciente atue para eliminar as células tumorais. O mesmo pode ser utilizado em conjunto com a quimioterapia ou de forma isolada. Porém, não são todos os pacientes que apresentam benefício com esse tratamento (INCA, 2024)	
	Para o câncer de pulmão de células não pequenas, o surgimento da imunoterapia modificou radicalmente o algoritmo terapêutico, pois, com os inibidores do ponto de verificação imunológico bloqueando vias inibitórias que controlam fisiologicamente a resposta imune, há a restauração e a sustentação do sistema imunológico contra células cancerígenas.	
	Para participação desta certificação, a operadora deverá pactuar com a sua rede de Atenção Oncológica ao Câncer de Pulmão a adoção de protocolos clínicos baseados em evidências, estabelecidos por instituições de reconhecida competência. Sempre que houver mudança nas formas de tratamento do câncer de pulmão baseadas em evidências científicas, os protocolos devem ser atualizados.	
	Essa pactuação deve constar em contrato firmado, aditivo contratual ou documento similar, independentemente de a rede ser própria, contratada, credenciada ou referenciada. O Protocolo pactuado deve conter as referências bibliográficas utilizadas. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: O Auditor deve verificar:	
	·Se o protocolo clínico baseado em evidências científicas para o tratamento sistêmico do câncer de pulmão estiver descrito e detalhado no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1. ·A pactuação do protocolo clínico baseado em evidências científicas para o tratamento sistêmico do câncer de pulmão deve ser descrita de forma objetiva no contrato, aditivo contratual ou documento similar. Essa descrição deve constar no sistema de informações da operadora e ser apresentada por meio de relatórios contendo:	
	☐ A descrição expressa e a liberação do tratamento sistêmico (quimioterapia, terapia alvo e imunoterapia) para o Câncer de Pulmão por beneficiário, em tempo oportuno, sempre que solicitado pelo médico assistente. ☐ A data da solicitação do tratamento pelo médico assistente e a data de início do tratamento, contendo o prazo, em dias, da liberação do procedimento.	
5.5.7	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados pela operadora como participantes desta Certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão oferecem grupos de apoio psicossocial para pacientes com câncer de pulmão. Interpretação:	Complementar
	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado realizam grupos de apoio aos pacientes com câncer de pulmão. Esses grupos podem ser conduzidos por diferentes metodologias, como grupos operativos, rodas de conversa, grupos de orientação nutricional e de práticas de atividade física, entre outras modalidades (Menezes; Avelino, 2016; Vincha et al., 2010).	
	Os grupos operativos consistem em estratégias efetivas que permitem a escuta das necessidades dos pacientes, além de oferecer orientações úteis para o autocuidado e o apoio psicossocial. Medidas objetivas de resultado desses grupos indicam melhorias na qualidade de vida e na adoção de hábitos saudáveis. Esses grupos se referem a uma estrutura dinâmica, que evolui constantemente com a experiência e a avaliação das consequências das ações. Por meio da realização da tarefa proposta se aprende a pensar em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no próprio grupo (Bleger, 1979; 2003; Castanho, 2017; Pichon-Rivière, 1983/2000).	
	Já as rodas de conversa representam uma abordagem metodológica que favorece uma comunicação dinâmica e produtiva entre os participantes. Se caracterizam por encontros em que as pessoas podem expressar suas emoções, dúvidas, inseguranças, angústias e sofrimentos, além de compartilhar experiências e aprendizados. Podem ser usadas para: promover a troca de ideias, experiências e perspectivas; melhorar o autocuidado dos usuários; ampliar o olhar sobre a saúde como um todo.	
	Os serviços podem utilizar diversas técnicas de interação educativa remota, como vídeos de palestras, cursos <i>online</i> e a formação de grupos virtuais com temas específicos (Menezes e Avelino, 2016; Vincha et al., 2010). A oferta e a cobertura de grupos de apoio para pacientes com câncer de pulmão devem ser claramente especificadas em contrato ou em documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, que participam dessa Linha de Cuidado, independentemente de serem da rede própria contratada ou referenciada.	



	Os grupos de apoio podem ser realizados tanto presencialmente quanto remotamente, e devem contar com a coordenação de um profissional de saúde capacitado, que esteja alinhado com a metodologia utilizada. Os grupos podem utilizar diferentes abordagens, desde que sejam consolidadas na literatura.	
	Para cumprir este item, as operadoras devem pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais indicados para participar desta Linha de Cuidado o oferecimento e a cobertura de grupos de apoio aos pacientes com câncer de pulmão, coordenado por um profissional de saúde capacitado.	
	Formas de de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A previsão no capítulo referente ao câncer de Pulmão do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1, da disponibilização e a cobertura de grupos de apoio para pacientes com câncer de pulmão.	

	·Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, com a previsão da realização e cobertura de grupos de apoio para pacientes com câncer de pulmão. A equipe de auditores poderá, ainda, realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, para verificar a existência da realização de grupos de apoio para pacientes com Câncer de pulmão.	
5.5.8	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados como participantes desta Certificação na Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão oferecem terapias baseadas nas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI). Interpretação:	Excelência
	Segundo o Ministério da Saúde (MS), as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)são abordagens terapêuticas que têm como objetivo prevenir agravos à saúde, a promoção e recuperação da saúde, enfatizando a escuta acolhedora, a construção de laços terapêuticos e a conexão entre o ser humano, meio ambiente e sociedade (MS, 2024). As PIC se baseiam em conhecimentos tradicionais e utilizam recursos terapêuticos que vão além do uso de fármacos (D'Alessandro et al., 2023).	
	As PICS fazem parte das práticas denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI). O MS lançou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Unico de Saúde (SUS) (Brasil, 2015) seguindo as diretrizes da OMS e as recomendações das Conferências Nacionais de Saúde. O Sistema Unico de Saúde (SUS) oferece procedimentos de TICs a seus usuários.	
	O Comitê de Oncologia Integrativa do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSI) é uma rede colaborativa que reúne pesquisadores, universidades e instituições de pesquisa de todo o Brasil, com foco nas medicinas tradicionais, complementares e integrativas. Esse comitê promove abordagens complementares fundamentadas em evidências científicas, conforme recomendado pela OPAS em 2019, e alinha-se às diretrizes da OMS sobre medicina tradicional (2014-2023).	
	O objetivo é construir conhecimento qualificado sobre as Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI), seguindo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). O Comitê de Oncologia Integrativa, com apoio do INCA, adota a seguinte definição, proposta por Witt et al. (2017):	
	"A Oncologia Integrativa é um campo de cuidado centrado no paciente, baseado em evidências, para o tratamento do câncer que utiliza práticas corporais e mentais, produtos naturais e ou modificações no estilo de vida a partir de diferentes tradições, juntamente com tratamentos convencionais de câncer. A Oncologia Integrativa visa otimizar a saúde, a qualidade de vida e os resultados clínicos em uma trajetória de cuidados com o câncer, e capacitar as pessoas para prevenir o câncer e se tornarem participantes ativos antes, durante e além do tratamento do câncer."	
	Alguns tipos de Terapias Tradicionais, Integrativas e Complementares são (Garcia, Rodrigues; 2021): ·Aromaterapia.	
	·Musicoterapia. ·Arteterapia. ·Meditação. ·Yoga. ·Acupuntura.	
	·Reiki. ·Fitoterapia. As Terapias Tradicionais, Integrativas e Complementares são valiosas por oferecerem diversos benefícios à saúde, incluindo melhora da qualidade de vida, redução do estresse, alívio de sintomas crônicos, fortalecimento do sistema imunológico e promoção do equilíbrio entre corpo e mente (Brasil/MS, 2024).	



	Para cumprir este item, a operadora deve pactuar em contrato ou documento similar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais indicados para participar desta Linha de Cuidado o oferecimento e a cobertura de práticas baseadas nas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) para os pacientes com câncer de pulmão.	
	A pactuação para o cumprimento deste item não depende de os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais pertencerem à rede própria, contratada, credenciada ou referenciada da operadora. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	
	·A previsão no capítulo referente ao câncer de pulmão do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1, da disponibilização e a cobertura de práticas baseadas nas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) para os pacientes com câncer de pulmão. ·Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, com a previsão da realização e cobertura de práticas baseadas nas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) para os pacientes com câncer de pulmão.	
	·Evidências de remuneração de Terapias Integrativas e Complementares podendo ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, para verificar a realização de práticas baseadas nas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) para os pacientes com câncer de pulmão.	
5.5.9	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado oferecem o acompanhamento pós-tratamento do câncer de pulmão. Interpretação	Complementar
	A Operadora deve pactuar com os serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado o acompanhamento pós tratamento do câncer de pulmão O seguimento clínico pós-tratamento de pulmão deve ser individualizado e depende do diagnóstico, estadiamento e terapêutica realizada (Brasil/MS, 2024).	
	Pacientes tratados com intenção curativa devem ser reavaliados quanto a complicações relacionadas aos procedimentos médicos em um prazo de 3-4 meses após o término do tratamento. No seguimento, recomenda-se a realização de consulta médica e exames de imagem (radiografia de tórax ou TC de tórax) a cada 6 meses por 2 anos e, então, anualmente.	
	Não são indicados os exames laboratoriais, marcadores tumorais, citologia de escarro, broncoscopia e PET-CT para fins de acompanhamento pós-tratamento (Rubin, 2007). Fumantes devem ser encorajados a abandonar hábito e ser encaminhados para tratamento antitabágico - comportamental e de apoio farmacoterápico.	



	O acompanhamento pós-tratamento do câncer de pulmão é de responsabilidade do médico assistente e deve ser individualizado de acordo com o quadro do paciente, evidências científicas e protocolo pactuado. Para cumprir este item, a operadora deve pactuar em contrato ou documento similar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais indicados para participar desta Linha de Cuidado o protocolo para o acompanhamento pós tratamento do câncer de pulmão.	
	Formas de Obtenção de evidências ·A previsão no capítulo referente ao câncer de pulmão do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1, a previsão do acompanhamento pós tratamento para os pacientes com câncer de pulmão. ·Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, a previsão do acompanhamento pós tratamento para os pacientes com câncer de pulmão.	
5.5.10	A operadora monitora o tempo médio entre a confirmação do diagnóstico de câncer de pulmão e o início do tratamento local, assegurando que esse período não exceda, em média, 30 dias. Interpretação:	Excelência
	A operadora monitora o tempo entre o diagnóstico anatomopatológico e o início do tratamento, garantindo que, em média, esse período não ultrapasse 30 dias. Para isso, autoriza os procedimentos necessários para o tratamento local do câncer de pulmão de forma oportuna, imediatamente após a solicitação do médico assistente.	
	O tempo oportuno é o intervalo em que a prestação do cuidado ou da intervenção se torna mais benéfica e necessária (JCAHO, 1993 apud PROADESS). Assim, a operadora deve disponibilizar os procedimentos terapêuticos necessários o mais rapidamente possível, reduzindo as barreiras de acesso.	



	É recomendável que o tratamento local seja iniciado em até 30 (trinta) dias corridos após a confirmação do diagnóstico anatomopatológico do câncer pulmão, podendo variar conforme o estadiamento da doença, as características biológicas do tumor e as condições da paciente, como idade, menopausa e comorbidades.	
	O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento deve ser o mais curto possível, logo após a confirmação diagnóstica. O início precoce do tratamento do câncer em estágios menos avançados está associado a maiores chances de cura e a uma melhor qualidade de vida para os pacientes (BRASIL, 2013).	
	Para fins desta Certificação, a organização da priorização dos casos de câncer de pulmão pela operadora, bem como as autorizações e o fluxo na rede de atenção à saúde, exige um planejamento que atenda às demandas de tratamento com qualidade e em tempo oportuno. Isso garante que o início do tratamento ocorra assim que indicado pelo médico assistente. No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM 1.220/2014, determina que o prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento de câncer no Sistema Único de Saúde (SUS) começa a contar a partir da assinatura do laudo patológico.	
	Conforme a literatura, o início do tratamento local deve ser iniciado o mais precocemente possível após a confirmação diagnóstica por meio do exame anatomopatológico. Para atender a esse item, operadora deve manter o tempo médio entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento do câncer pulmão em até 30 (trinta) dias.	
	Vale ressaltar que os prazos para realização dos procedimentos não podem exceder aqueles estabelecidos na RN 566/2022 e suas alterações. Entretanto, ressalta-se que a RN 566/2022 e suas alterações não estabelece os prazos máximos para o ciclo de cuidado, mas sim, os prazos para o atendimento integral do serviço ou procedimento solicitado, contados a partir da data da demanda junto à operadora até a sua efetiva realização.	
	Este item do manual trata do prazo do ciclo do cuidado a partir da data de emissão do laudo anatomopatológico com a confirmação diagnóstica do câncer pulmão e o início do tratamento local. Conforme as melhores práticas, esse prazo não deve exceder 30 dias, visando melhores desfechos em saúde.	
	Entre os macroindicadores obrigatórios previstos neste Manual está o monitoramento do indicador "Tempo entre a confirmação diagnóstica de câncer e o início do tratamento". Esse indicador deve ser monitorado para cada linha de cuidado abordada pela operadora. Desse modo, para esta Linha de Cuidado, a operadora deverá monitorar o macroindicador referente ao tempo entre a confirmação diagnóstica do câncer de pulmão e o início do tratamento, conforme o item 1.3.1, assegurando que o resultado médio anual não ultrapasse 30 dias. Para o cumprimento desse item, a operadora deve:	
	·Monitorar o macroindicador referente ao tempo entre a confirmação diagnóstica de câncer de pulmão e o início do tratamento, conforme o item 1.3.1, assegurando que o resultado médio anual não ultrapasse 30 dias. ·Incluir a solicitação de tratamento para o câncer de pulmão na Via Rápida ou Fast Track oncológico da Central de Atendimento da operadora, conferindo tratamento diferenciado a essas solicitações. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências	
	A equipe de auditores poderá verificar: ·A previsão no capítulo referente ao câncer de pulmão do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1, para o monitoramento do macroindicador referente ao tempo entre a confirmação diagnóstica de câncer de pulmão e o início do tratamento, conforme o item 1.3.1, assegurando que o resultado médio anual não ultrapasse 30 dias. ·O resultado do tempo médio entre a confirmação do diagnóstico e a instituição do tratamento local para o câncer de pulmão em até 30 dias.	
	·O monitoramento do ciclo de cuidado, desde a confirmação diagnóstica até o início do tratamento para o câncer de pulmão. ·A verificação das datas do diagnóstico anatomopatológico e do início do tratamento, incluindo o prazo, em dias, para a liberação do procedimento. ·A inclusão da solicitação de tratamento para o câncer de pulmão na Via Rápida ou Fast Track oncológico da Central de Atendimento da operadora.	
Referências Requisito 5.5: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede.: A (re)organização da rede de Atenção Oncológica na saúde suplementar. 2016 Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa (RN) nº 566, de 29 de dezembro de 2022, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Disponível em:< https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDMOMQ==>. Acesso em: 07 out. 2024. AUPERIN A, LE PECHOUX C, ROLLAND E, CURRAN WJ, FURUSE K, FURNEL P, et al. Meta-analysis of concomitant versus sequential radiochemotherapy in locally advanced non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol. 2010 May 1;28(13):2181-90.		

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 957, de 26 de setembro de 2014. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Pulmão. Disponível em: <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas/ddt>>. Acesso em: 18 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.348, de 2 de junho de 2022. Dispõe sobre as ações e serviços de Tele saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1348_03_06_2022.html>. Acesso em: 08 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. 2024. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html>. Acesso em 04 jun. 2024.

CARLI, F.; SCHEEDE-BERGDAHL, C. Prehabilitation to enhance perioperative care. *Anesthesiology Clinics*, 33(1): 17-33, 2015.

CASTANHO, P. Sobre a questão da tarefa no grupo: Aspectos psicanalíticos e psicossociais. In T. S. Emidio, & M. Y. Okamoto (Orgs.), *Perspectivas psicanalíticas atuais para o trabalho com famílias e grupos na universidade* (pp. 87-101). Cultura Acadêmica, 2017.

DE PINHO NB et al. High prevalence of malnutrition and nutrition impact symptoms in older patients with cancer: Results of a Brazilian multicenter study. *Cancer*. 2019 Sep 9. doi: 10.1002/cncr.

DRONKERS, J. J. et al. The association of pre-operative physical fitness and physical activity with outcome after scheduled major abdominal surgery. *Anaesthesia*, 68(1): 67-73, 2013.

GARCIA, A.C. B.B. F; RODRIGUES, C.V. M. Saúde integrativa no cuidado do câncer. Curitiba: Appris, 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Prazo para a saúde. O desafio de atender ao paciente oncológico no tempo oportuno. 2013. Disponível em: <

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media_root/rrc-23-capa-a-reducao-da-espera.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023.

GORE EM, BAE K, WONG SJ, SUN A, BONNER JA, SCHILD SE, et al. Phase III comparison of prophylactic cranial irradiation versus observation in patients with locally advanced non-small-cell lung cancer: primary analysis of radiation therapy oncology group study RTOG 0214. *J Clin Oncol*. 2011 Jan 20;29(3):272-8

HOU, T. et al. Comparison of first-line treatments for patients with Extensive-stage small cell lung cancer: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA Network Open*, v. 3, n. 10, e2015748, 2020. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/2771854>> Acesso em: 13 jun 2023.

HUGHES MJ, CHOWDHRY MF, WOOLLEY SM, WALKER WS. In patients undergoing lung resection for non-small cell lung cancer, is lymph node dissection or sampling superior? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2011 Sep;13(3):311-5.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em:

<<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2022.



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de pulmão. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pulmao>>. Acesso em 10 nov. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Informe Técnico nº 442 - Pré-habilitação: preparo pré-operatório para cirurgia oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2024a.

KALEMKERIAN GP. Staging and imaging of small cell lung cancer. *Cancer Imaging*. 2011;11:253-8. 5a-BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Bases Técnicas da Oncologia - SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais. 13 ed. Brasília: MS/SAS/DRAC/CGSI, 2011. 110p.

KORTEBEIN, P. et al. Outcomes of inpatient rehabilitation for older adults with debility. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 87(2): 118-125, 2008

LAGERWAARD FJ, VERSTEGEN NE, HAASBEEK CJ, SLOTMAN BJ, PAUL MA, SMIT EF, et al. Outcomes of stereotactic ablative radiotherapy in patients with potentially operable stage I non-small cell lung cancer. *International journal of radiation oncology, biology, physics*. 2012 May 1;83(1):348-53.

LE PECHOUX C, DUNANT A, SENAN S, WOLFSON A, QUOIX E, FAIVRE-FINN C, et al. Standard-dose versus higher-dose prophylactic cranial irradiation (PCI) in patients with limited-stage small-cell lung cancer in complete remission after chemotherapy and thoracic radiotherapy (PCI 99-01, EORTC 22003-08004, RTOG 0212, and IFCT 99-01): a randomised clinical trial. *The lancet oncology*. 2009 May;10(5):467-74.

MENEZES, K.; AVELINO, P. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 24 (1): 124-130, 2016. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/KZh3BmhLfqFRM7GYqp8ZXSc/?lang=pt>>. Acesso em: 26 dez 2023.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em 12 jun. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>>. Acesso em: 18 out. 2024.

MODI A, VOHRA HA, WEEDEN DF. Does surgery for primary non-small cell lung cancer and cerebral metastasis have any impact on survival? Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2009 Apr;8(4):467-73.

MORAES, EN. Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde [livro eletrônico] : aplicações do IVCF-20 e do ICOPE - Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa / Edgar Nunes de Moraes, Priscila R. Rabelo Lopes. - Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2023. 110 p. : il. Disponível em: <file:///E:/ans%20docs%20importantes/Manual-de-Avaliacao-Multidimensional-da-Pessoa-Idosa-para-a-Atencao-Primaria-a-Saude.-Aplicacoes-do-IVCF-20-e-do-ICOPE-1.pdf>. Acesso em 09 jun. 2025

O'ROURKE N, ROQUE IFM, FARRE BERNADO N, MACBETH F. Concurrent chemoradiotherapy in non-small cell lung cancer. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2010(6):CD002140.

PALMA D, LAGERWAARD F, RODRIGUES G, HAASBEEK C, SENAN S. Curative treatment of Stage I non-small-cell lung cancer in patients with severe COPD: stereotactic radiotherapy outcomes and systematic review. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2012 Mar 1;82(3):1149-56.

PAECH DC, WESTON AR, PAVLAKIS N, GILL A, RAJAN N, BARRACLOUGH H, et al. A systematic review of the interobserver variability for histology in the differentiation between squamous and nonsquamous non-small cell lung cancer. J Thorac Oncol. 2011 Jan;6(1):55-63.

PICHON-RIVIÈRE, E. O Processo Grupal. (6ª edição). Editora Martins Fontes, 2000 (Trabalho original publicado em 1983).

POGHOSYAN, H. et al. Health-related quality of life after surgical treatment in patients with non-small cell lung cancer: A systematic review. Lung Cancer, v. 81, n. 1, p. 11-26, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016950021300118> Acesso em: 13 jun. 2023.

PROADESS. Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. FIOCRUZ. 2011. Acesso. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=acesso. 2023>. Acesso: em 04 out2024.

PROTO, C. et al. Choosing wisely first line immunotherapy in non-small cell lung cancer (NSCLC): what to add and what to leave out. Cancer Treatment Reviews, v. 75, p. 39-51, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305737219300520>. Acesso em: 14 jun. 2023.

RAMI-PORTA R, CROWLEY JJ, GOLDSTRAW P. The revised TNM staging system for lung cancer. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2009 Feb;15(1):4-9.

RUDIN, C.M. et al. Small-cell lung cancer. Small-cell lung cancer. Nature Reviews Disease Primers, v. 7, n.3, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41572-020-00235-0>. Acesso em: 15 jun. 2023.

SANTA MINA, D. et al. The effect of meeting physical activity guidelines for cancer survivors on quality of life following radical prostatectomy. Journal of Cancer Survivorship, 8(2): 190-198, 2014.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 18 out. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL (SBNPE); SBOC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. Diretrizes para terapia nutricional em oncologia. São Paulo: BRASPEN/SBOC, 2021. 

THE CANCER ATLAS. Management & treatment. 2019 Disponível em; < https://canceratlas.cancer.org/taking-action/management-and-treatment/>. Acesso em; 03 ago. 2021.

TRAVIS WD, BRAMBILLA E, NOGUCHI M, NICHOLSON AG, GEISINGER KR, YATABE Y, et al. International association for the study of lung cancer/american thoracic society/european respiratory society international multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma. J Thorac Oncol. 2011 Feb;6(2):244-85.

INCHA, K. R. R.; SANTOS, A. de F.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 949- 962, sep. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n114/949-962>. Acesso em: 04 out. 2024.

WHITSON BA, GROTH SS, DUVAL SJ, SWANSON SJ, MADDAUS MA. Surgery for early-stage non-small cell lung cancer: a systematic review of the video-assisted thoracoscopic surgery versus thoracotomy approaches to lobectomy. Ann Thorac Surg. 2008 Dec;86(6):2008-16; discussion 16-8. WITT, C.M. et al. A comprehensive definition for Integrative Oncology. JNCI Monographs, v. 2017, n. 52, lgx012, 2017. Disponível em: < https://academic.oup.com/jncimono/article/2017/52/lgx012/4617827?login=false>. Acesso em: 18 out. 2024. YAN TD, BLACK D, BANNON PG, MCCAUGHAN BC. Systematic review and metaanalysis of randomized and nonrandomized trials on safety and efficacy of videoassisted thoracic surgery lobectomy for early-stage non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol. 2009 May 20;27(15):2553-62. ZHANG J, YANG F, LI B, LI H, LIU J, HUANG W, et al. Which is the optimal biologically effective dose of stereotactic body radiotherapy for Stage I non-small-cell lung cancer? A meta-analysis. International journal of radiation oncology, biology, physics. 2011 Nov 15;81(4):e305-16.		
5.6 Atenção Domiciliar - Linha de Cuidado Câncer de Pulmão Requisito que avalia a disponibilização da atenção domiciliar, incluindo seus três níveis, para os pacientes com Câncer de Pulmão		
5.6.1	A operadora deve estabelecer pactuação com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e/ou Hospitalar quanto à adoção de fluxos e protocolos clínicos específicos para a indicação de Atenção Domiciliar (AD) para pacientes com câncer de pulmão.	Essencial
	Interpretação	

	A Atenção Domiciliar é uma estratégia fundamental no cuidado de pacientes oncológicos com câncer de pulmão, especialmente devido à complexidade clínica, à frequência de sintomas respiratórios debilitantes e à necessidade de continuidade terapêutica e suporte multiprofissional no ambiente domiciliar. Essa modalidade promove qualidade de vida, reduz hospitalizações desnecessárias e permite manejo clínico humanizado fora do ambiente hospitalar.	
	A assistência domiciliar está regulamentada por dispositivos normativos como a Portaria GM/MS nº 825/2016, atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024 (Programa Melhor em Casa), e pela RDC ANVISA nº 11/2006, que regula os serviços de atenção domiciliar no Brasil.	
	São reconhecidas, para fins desta certificação, três modalidades de Atenção Domiciliar: · AD1 - Atenção Domiciliar Básica: para pacientes clinicamente estáveis, com necessidade de cuidados pontuais (ex.: acompanhamento periódico, oxigenoterapia de baixo fluxo, orientações clínicas).	
	· AD2 - Atenção Domiciliar Intermediária: voltada a pacientes com instabilidades clínicas moderadas ou sintomas recorrentes, que exijam intervenções frequentes e suporte multiprofissional contínuo (ex.: aspiração de secreções, oxigenoterapia contínua, antibioticoterapia intravenosa). · AD3 - Internação Domiciliar: indicada para pacientes com alta complexidade clínica e necessidade de substituição da internação hospitalar, com suporte intensivo e cuidados paliativos avançados (ex.: insuficiência respiratória grave, controle de dor refratária, sedação paliativa).	
	A definição da modalidade de AD deve decorrer de avaliação clínica e funcional pela equipe multiprofissional, considerando: · Estágio e estabilidade da doença; · Grau de dependência funcional; · Complexidade terapêutica e frequência de intervenções;	
	· Risco de complicações respiratórias; · Suporte familiar e condições psicossociais. Recomenda-se o uso de escalas clínicas padronizadas para apoiar a tomada de decisão: · Palliative Performance Scale (PPS) · Karnofsky Performance Status (KPS)	
	· Edmonton Frail Scale (EFS) · IVCF-20 A indicação deve partir do médico assistente, em conformidade com protocolo clínico previamente pactuado com a operadora. A modalidade indicada deve constar de forma fundamentada no Plano de Cuidado Individualizado, com registro no prontuário da Atenção Domiciliar.	
	Critérios clínicos específicos para indicação de AD em câncer de pulmão: · Dispneia importante, com limitação funcional; · Tosse crônica com impacto na qualidade de vida; · Dor torácica intensa ou refratária; · Complicações respiratórias (ex.: derrame pleural, atelectasia, infecções de repetição);	
	· Cuidados pós-operatórios de ressecções pulmonares (lobectomia, pneumonectomia); · Necessidade de oxigenoterapia domiciliar, ventilação não invasiva ou uso de traqueostomia; · Suporte clínico entre ciclos de quimioterapia, imunoterapia ou radioterapia torácica; · Imunossupressão grave com risco aumentado de infecções hospitalares; · Alta hospitalar precoce com plano terapêutico bem estruturado para continuidade em domicílio.	
	Também devem ser considerados: · Impossibilidade ou contraindicação clínica para locomoção até os serviços de saúde; · Fragilidade clínica associada a comorbidades (ex.: DPOC, insuficiência cardíaca);	
	· Indicação de cuidados paliativos com foco no alívio de sintomas; · Fase final da vida, com necessidade de cuidado humanizado e suporte familiar; · Vulnerabilidade social e sobrecarga familiar. Para o cumprimento deste item, a operadora deve:	
	· Dispor de fluxos e protocolos clínicos formalizados, com critérios técnicos claros para a indicação das modalidades de AD em pacientes com câncer de pulmão; · Pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica o uso de escalas clínicas padronizadas; · Disponibilizar estrutura operacional suficiente e capacitada para ofertar AD1, AD2 e AD3, conforme complexidade clínica. Formas de Verificação de Evidências:	



	A equipe de auditoria poderá verificar: · Protocolos clínicos pactuados com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e/ou Hospitalar; · Fluxos assistenciais com previsão de uso de escalas clínicas padronizadas (PPS, KPS, ESAS, IVCF-20); · Planos de Cuidado Individualizado com registros da indicação clínica e modalidade de AD; · Contratos ou instrumentos equivalentes com os SAD que integrem a linha de cuidado do câncer de pulmão.	
5.6.2	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD3) a pacientes com câncer de pulmão, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Interpretação	Essencial
	A Atenção Domiciliar Tipo 3 (AD3), também denominada internação domiciliar, representa o mais elevado nível de complexidade da assistência domiciliar, sendo indicada para pacientes com condições clínicas graves, instáveis ou em fase avançada da doença, que necessitam de monitoramento contínuo e intervenções de alta complexidade fora do ambiente hospitalar. No caso do câncer de pulmão, a modalidade AD3 é especialmente indicada para pacientes com: · Dispneia severa e refratária;	
	· Dor torácica intensa e mal controlada; · Complicações clínicas, como hemoptise grave, insuficiência respiratória ou infecções pulmonares de repetição; · Metástases cerebrais, hepáticas ou ósseas com impacto funcional importante; · Estado terminal ou necessidade de cuidados paliativos intensivos. De acordo com a Portaria GM/MS nº 825/2016, atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, são características da AD3:	
	· Indicação: Pacientes com alta complexidade clínica, que estariam internados se não houvesse suporte domiciliar adequado; · Perfil assistencial: Exige intervenções como hidratação venosa contínua, administração de opioides por bomba de infusão, oxigenoterapia de longo prazo, nutrição enteral/parenteral, entre outros; · Objetivo: Substituir internações hospitalares prolongadas, mantendo o cuidado integral e humanizado no domicílio; · Condições estruturais: Necessidade de ambiente domiciliar adequado e rede de apoio familiar preparada.	
	A indicação da AD3 deve estar fundamentada em avaliação multiprofissional criteriosa, utilizando escalas clínicas padronizadas, como: · <i>Palliative Performance Scale (PPS)</i>; · <i>Karnofsky Performance Status (KPS)</i>; · <i>Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)</i>; · <i>IVCF-20 - Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional da Pessoa Idosa</i>.	
	A decisão deve ser registrada de forma clara no Plano de Cuidado Individualizado, com reavaliação periódica conforme a evolução clínica e a complexidade dos cuidados. Para cumprimento deste item, a operadora deve: · Dispor de protocolo clínico formalizado, com critérios técnicos e funcionais bem definidos para a indicação da AD3 em pacientes com câncer de pulmão;	
	· Garantir a elaboração e atualização do Plano de Cuidado Individualizado, baseado em avaliação multiprofissional; · Monitorar indicadores assistenciais, como controle de sintomas, reinternações evitáveis, manejo de dor e satisfação do paciente e familiares; · Estabelecer contrato ou documento equivalente com os SAD que participarão desta linha de cuidado. Formas de Verificação de Evidências	
	A equipe de auditoria poderá verificar: · Protocolo clínico pactuado com os SAD para o câncer de pulmão; · Evidência de equipe multiprofissional e de intervenções clínicas compatíveis com a modalidade AD3; · Sistemas de faturamento e relatórios assistenciais que comprovem a utilização da AD3 por pacientes com câncer de pulmão; Registros de desfecho clínico e indicadores de cuidados paliativos.	
5.6.3	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD2) a pacientes com câncer de pulmão, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Interpretação	Essencial



	A Atenção Domiciliar Tipo 2 (AD2) é uma modalidade voltada à continuidade terapêutica de média complexidade, indicada para pacientes que, embora não exijam internação hospitalar, demandam acompanhamento clínico frequente, intervenções multiprofissionais regulares e suporte sistemático. No câncer de pulmão, a AD2 é especialmente recomendada para pacientes com sintomas respiratórios persistentes, efeitos adversos do tratamento oncológico, complicações clínicas moderadas ou necessidades funcionais decorrentes da doença.	
	De acordo com a Portaria GM/MS nº 825/2016, atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, essa modalidade deve seguir as seguintes características:	
	· Indicação: Pacientes com complexidade clínica intermediária, com necessidade de suporte clínico frequente ou intervenções especializadas em domicílio; · Perfil clínico: Dispneia moderada, tosse crônica com impacto funcional, fraqueza generalizada, presença de derrame pleural, dor torácica controlável, necessidade de oxigenoterapia intermitente, acompanhamento nutricional e cuidados com dispositivos (ex.: drenos pleurais); · Periodicidade: Visitas mais frequentes, com avaliação clínica e multiprofissional regular;	
	· Objetivo: Prevenir descompensações clínicas que resultem em hospitalização e garantir conforto, adesão terapêutica e estabilidade clínica no domicílio; · Requisitos: Ambiente domiciliar seguro, com presença de cuidador ou rede de apoio estruturada. A indicação da AD2 deve ser formalizada com base em protocolo clínico pactuado, sendo resultado de avaliação criteriosa realizada por equipe multiprofissional, considerando fatores clínicos, funcionais e sociais.	
	É recomendada a aplicação de escalas clínicas padronizadas, como: · <i>Karnofsky Performance Status (KPS)</i>; · <i>Palliative Performance Scale (PPS)</i>; · <i>Edmonton Frail Scale (EFS)</i>; · <i>IVCF-20</i>, para idosos com câncer de pulmão, dada a frequência de fragilidade funcional e comorbidades nessa população.	
	A justificativa da indicação da AD2 deve constar de forma clara no Plano de Cuidado Individualizado e estar registrada no Prontuário da Atenção Domiciliar. A permanência na modalidade deve ser reavaliada periodicamente com base na evolução clínica e na resposta terapêutica. Para atendimento a este item, a operadora deve: · Dispor de protocolo clínico formalizado, com critérios técnicos claros para a indicação de AD2 em pacientes com câncer de pulmão; · Garantir a elaboração e atualização do Plano de Cuidado Individualizado, com base em avaliação multiprofissional;	
	· Monitorar indicadores assistenciais relevantes, como controle de sintomas respiratórios, estabilidade clínica, reinternações evitáveis e satisfação da pessoa usuária e familiares; · Estabelecer contrato ou documento equivalente com os SAD envolvidos, assegurando a pactuação formal da linha de cuidado. Este item busca assegurar a continuidade da assistência oncológica de média complexidade com qualidade e segurança, promovendo um cuidado domiciliar estruturado, humanizado e clínico-funcionalmente adequado para pacientes com câncer de pulmão.	
	Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditoria poderá verificar: Existência de protocolo clínico pactuado com os SAD designados para esta linha de cuidado; · Presença de equipe multiprofissional nos SAD; Registros em sistemas de faturamento e contas médicas que demonstrem a utilização da AD2 por pacientes com câncer de pulmão.	
5.6.4	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD1) a pacientes com câncer de pulmão, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar. Interpretação	Excelência
	A Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1) configura-se como uma estratégia relevante na assistência ao paciente com câncer de pulmão, sobretudo na fase ambulatorial e em contextos de menor complexidade clínica. Essa modalidade visa garantir a continuidade terapêutica, o conforto no domicílio e a redução de deslocamentos desnecessários, contribuindo para a qualidade de vida do paciente e para o uso racional de recursos assistenciais. No contexto do câncer de pulmão, a AD1 é especialmente indicada em situações de estabilidade clínica, com necessidade de acompanhamento periódico ou intervenções pontuais, sem demanda por monitoramento intensivo.	



	Segundo a Portaria GM/MS nº 825/2016, atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, a AD1 deve atender às seguintes características: · Indicação: Pacientes com baixa complexidade clínica. · Perfil: Estáveis clinicamente, com necessidade de cuidados simples, como curativos, orientação medicamentosa, suporte nutricional leve ou acompanhamento de condições respiratórias controladas.	
	· Periodicidade: Visitas esporádicas, definidas conforme o Plano de Cuidado Individualizado. · Objetivo: Evitar exposições desnecessárias ao ambiente hospitalar, facilitar o acesso ao cuidado continuado e proporcionar acolhimento em ambiente familiar seguro. A indicação para AD1 deve ser baseada em protocolo clínico formalizado e resultar de avaliação multiprofissional estruturada, considerando aspectos clínicos, funcionais e psicossociais.	
	Ferramentas devem ser utilizadas para apoiar a decisão clínica e estratificação de risco, tais como: · Karnofsky Performance Status · Palliative Performance Scale (PPS) · Edmonton Frail Scale (EFS)	
	· IVCF-20 A recomendação da AD1 deve ser emitida pelo médico assistente, registrada no Plano de Cuidado Individualizado e devidamente documentada no prontuário da Atenção Domiciliar. A permanência na AD1 deve ser reavaliada periodicamente, em função da evolução clínica, funcionalidade e das vulnerabilidades do paciente.	
	Critérios clínicos específicos para indicação de AD1 em pacientes com câncer de pulmão: · Dispneia leve controlada e sem instabilidade aguda; · Acompanhamento de efeitos colaterais leves da quimioterapia ou radioterapia;	
	· Controle de dor leve/moderada com manejo domiciliar viável; · Orientação quanto ao uso de inaladores, oxigenoterapia de baixo fluxo e suporte respiratório básico; · Cuidados simples com drenos torácicos inativos ou em vias de retirada; · Acompanhamento clínico de condição estável, com baixa demanda por intervenções complexas.	
	Para cumprimento deste item, a operadora deve: · Dispor de protocolo clínico formalizado, com critérios técnicos claros para a indicação da AD1 para pacientes com câncer de pulmão; · Garantir a elaboração e atualização periódica do Plano de Cuidado Individualizado; · Monitorar indicadores assistenciais, como satisfação do usuário, controle de sintomas e reinternações evitáveis; · Estabelecer contratos ou instrumentos similares com os SAD envolvidos na execução dessa linha de cuidado.	
	Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditoria poderá verificar: · A existência de protocolo clínico pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar para pacientes com câncer de pulmão; · A presença de equipes multiprofissionais capacitadas nos SAD vinculados; · Registros em sistemas de faturamento e contas médicas, demonstrando a utilização da modalidade AD1 para pacientes com câncer e pulmão.	
5.6.5	A operadora deve monitorar o indicador Proporção de beneficiários com Câncer de Pulmão em Atenção Domiciliar, estratificado por modalidade (AD1, AD2 e AD3), como componente estratégico da Linha de Cuidado. Interpretação	Complementar
	A Atenção Domiciliar (AD) é uma estratégia fundamental no manejo clínico do câncer de pulmão, particularmente frente à elevada complexidade clínica e à frequência de sintomas debilitantes, como dispneia, dor torácica, tosse crônica, fadiga intensa e hemoptise. A AD favorece a continuidade da assistência, o controle sintomático eficaz e a qualidade de vida do paciente, especialmente fora do ambiente hospitalar. A indicação da AD deve estar embasada em protocolo clínico formalizado, pactuado com os Serviços de Atenção Oncológica e com os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), mediante avaliação multiprofissional criteriosa e prescrição do médico assistente.	
	O plano terapêutico deve considerar a fase da doença, a resposta ao tratamento, a presença de comorbidades (ex. DPOC, insuficiência respiratória), a necessidade de suporte ventilatório ou oxigenoterapia, além das condições psicossociais e de mobilidade do beneficiário. O nível da atenção domiciliar (AD1, AD2 ou AD3) deve estar claramente definido e registrado no Plano de Cuidado Individualizado, com reavaliações periódicas conforme evolução clínica.	



	O monitoramento contínuo do indicador de proporção de beneficiários com câncer de pulmão em atenção domiciliar, estratificado por modalidade, permite: · Avaliar a adequação do serviço à condição clínica do paciente; · Monitorar a efetividade e segurança da assistência prestada;	
	· Organizar os fluxos assistenciais da linha de cuidado, ajustando recursos conforme a demanda por complexidade. O indicador deve ser apurado anualmente, com coleta mensal de dados, permitindo: · Acompanhamento da variação de demanda assistencial por modalidade; · Identificação de gargalos operacionais ou desassistência; · Apoio ao planejamento e qualificação da linha de cuidado oncológico.	
	Para o cumprimento deste item, a operadora deve: · Monitorar mensalmente o indicador de proporção de beneficiários com câncer de pulmão em AD, estratificado por tipo (AD1, AD2, AD3); · Atualizar a modalidade de AD conforme evolução do quadro clínico, com justificativa técnica; · Utilizar os resultados do indicador para fins de gestão, avaliação e qualificação da assistência oncológica no domicílio. Formas de Verificação de Evidências	
	A equipe de auditoria poderá verificar: · A inclusão do indicador no Plano Estruturado da Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão, conforme item 1.1.1 da certificação; · A existência de sistema de monitoramento da AD, com capacidade de estratificação e apuração periódica; · A relação de beneficiários em AD, com Planos de Cuidado Individualizados atualizados e registros da equipe multiprofissional; · Relatórios consolidados com indicadores assistenciais que demonstrem coerência entre a complexidade clínica e a modalidade de AD ofertada.	
5.6.6	A operadora deve monitorar, de forma sistemática, o indicador "Taxa de Infecção na Atenção Domiciliar (AD)", estratificado por modalidade de AD (AD1, AD2 e AD3), no âmbito desta Linha de Cuidado. Interpretação	Excelência
	A Atenção Domiciliar (AD) representa uma estratégia assistencial fundamental para pacientes oncológicos, ao permitir a continuidade do cuidado, o acolhimento no ambiente familiar e a promoção da qualidade de vida, principalmente em situações de fragilidade clínica. A prestação desse cuidado deve ser realizada conforme protocolos clínicos pactuados com os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), mediante indicação formal do médico assistente e acompanhamento multiprofissional qualificado.	
	Diante da complexidade dos pacientes em AD, especialmente os que utilizam dispositivos invasivos ou apresentam imunossupressão, torna-se essencial o monitoramento da taxa de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS). De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as IRAS compreendem infecções adquiridas durante o cuidado, diretamente associadas a intervenções clínicas, dispositivos ou à própria organização dos serviços de saúde, e sua ocorrência pode ser evitada com medidas de prevenção eficazes.	
	Nesse contexto, a segurança do paciente, entendida como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano associado ao cuidado em saúde, deve ser um eixo central da assistência domiciliar. O acompanhamento da taxa de infecção é, portanto, um indicador crítico de qualidade e segurança da atenção prestada.	
	Um dos pilares da prevenção de IRAS, inclusive na Atenção Domiciliar, é a higienização correta das mãos, considerada a medida isolada mais eficaz na prevenção de infecções. Mesmo no domicílio, a prática da higiene das mãos deve ser rigorosamente adotada por todos os envolvidos no cuidado, incluindo familiares e cuidadores informais. A capacitação da equipe e da rede de apoio sobre os cinco momentos da higienização das mãos, conforme diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), é indispensável para garantir a efetividade da prevenção.	
	A operadora deve, portanto, implementar mecanismos de monitoramento contínuo da taxa de infecção, com coleta mensal e apuração anual do indicador, permitindo a análise por modalidade de AD. A detecção de agravos clínicos relacionados a infecções deve desencadear ações corretivas e preventivas, com revisão de protocolos e requalificação das equipes envolvidas. Para o cumprimento deste item, a operadora deve: · Monitorar mensalmente a Taxa de Infecção na Atenção Domiciliar, estratificada por tipo de AD;	
	· Pactuar protocolos clínicos e fluxos assistenciais que prevejam a prevenção e vigilância de IRAS no ambiente domiciliar; · Pactuar com o SAD a previsão de capacitação contínua da equipe multiprofissional e dos cuidadores sobre segurança do paciente, especialmente medidas de controle de infecção; · Pactuar com o SAD a promoção da adoção sistemática da higienização das mãos antes e após qualquer contato com o paciente ou com materiais de cuidado.	



	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar: · Existência de protocolo clínico com diretrizes específicas para prevenção, detecção e notificação de infecções na AD; · Sistema de monitoramento da AD com evidências da apuração do indicador; · Documentos que comprovem a previsão de capacitação das equipes e familiares em medidas de prevenção, incluindo higienização das mãos.	
5.7 Cuidados Paliativos e Cuidados de fim de vida no Câncer de Pulmão Requisito que avalia a disponibilização Cuidados Paliativos, Cuidados de fim de vida e Atenção Domiciliar no Câncer de Pulmão.		
5.7.1	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados pela operadora como participantes desta Linha de Cuidado dispõem de equipe multiprofissional dedicada aos cuidados paliativos. Interpretação:	Essencial
	O câncer de pulmão é altamente letal, comum a taxa de sobrevida relativa em cinco anos de apenas 18% (15% para homens e 21% para mulheres) (INCA, 2021). Segundo o INCA (2022), em 2022 ocorreram 15.939 mortes por câncer de pulmão e brônquios em homens e 13.544 mortes em mulheres, representando uma taxa bruta de mortalidade por este câncer para ambos os sexos de 13,82/100 mil habitantes. É necessário reforçar a importância do tabagismo (ativo ou passivo) como fator de risco para o desenvolvimento desse câncer.	
	A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece os princípios e conceitos de cuidados paliativos desde 1990 como um modelo inovador de cuidado em saúde. O conceito foi atualizado em 2002 e prevê que os cuidados paliativos se constituem em uma assistência promovida por equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameace a vida por meio da prevenção e alívio do sofrimento; da identificação precoce; avaliação precisa; tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002; Gomes, et al., 2016; D'Alessandro et al., 2023; INCA, 2024; Brasil, 2024).	

Esses cuidados devem ser iniciados o mais precocemente possível e oferecidos por uma equipe interdisciplinar que atua em conjunto com o tratamento curativo. O objetivo é empregar todos os esforços necessários para garantir um melhor controle dos sintomas (WHO, 2002; OPAS, 2024; INCA, 2024; D'Alessandro et al., 2023). Em 2024, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM/MS 3.681/2024, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do SUS, o que reforça a relevância dessa abordagem no país.	
Entretanto, no senso comum os cuidados paliativos, frequentemente, ainda estão associados apenas à fase final de vida, o que se constitui em uma visão ultrapassada. Na literatura atual, os cuidados paliativos são compreendidos de forma ampla, e na prática clínica, tem havido um crescente reconhecimento da importância dessa abordagem na saúde. Os cuidados paliativos devem ser oferecidos em conjunto com tratamentos curativos ou modificadores da doença (D'Alessandro et al., 2023).	
Compreende-se como doença grave e ameaçadora à vida qualquer condição aguda ou crônica, ou diversas situações de saúde associadas a alta mortalidade, que comprometem a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa. Esses casos podem resultar em sintomas debilitantes ou na necessidade de tratamentos que gerem dependência de cuidados, além de potencial sobrecarga para o cuidador responsável (Kelley, 2014; D'Alessandro et al., 2023).	
Nesse contexto, as doenças que ameaçam a vida, independentemente da possibilidade de reversão ou da utilização de tratamentos curativos, demandam uma abordagem que considere o cuidado integral e complexo, respeitando a totalidade da vida do paciente e reconhecendo seu sofrimento, assim como o de seus familiares (D'Alessandro et al., 2023; INCA, 2024; MS, 2024).	
Assim, os cuidados paliativos não devem ser oferecidos apenas na fase de final de vida, mas, sim, como uma abordagem complementar, estando presentes desde o início do processo de doença que ameaça a vida. Dessa forma, à medida que a doença progride, os cuidados paliativos podem passar a ser utilizados de forma mais intensiva e tornar-se, até mesmo, exclusivo (INCA, 2022; D'Alessandro et al., 2023; MS 2024).	
O conceito mais atual de cuidados paliativos inclui a disponibilização dessa abordagem em todos os níveis de atenção - primário, secundário e terciário. Isso inclui uma variedade de serviços, como atenção básica, ambulatorial, hospitalar, de urgência e emergência e domiciliar (D'Alessandro et al., 2023; INCA, 2024; MS, 2024) e devem ser integrados à jornada do paciente em todos os seus níveis. A experiência da doença deve ser compreendida de maneira integral, abordando todos os aspectos de forma holística, incluindo a dimensão espiritual (WHO; 2007).	
Seguem os princípios que fundamentam o conceito de cuidados paliativos na atenção ao paciente com câncer (D'Alessandro et al., 2023; MS, 2024; INCA, 2024; WHO; 2007):	
· Alívio de Sintomas: proporcionar alívio para dor e outros sintomas angustiantes, como astenia, anorexia e dispneia, além de gerenciar emergências oncológicas. · Aceitação da Vida e da Morte: reafirmar a vida e a morte como processos naturais, permitindo que pacientes e familiares enfrentem esses momentos com dignidade.	



· Abordagem Holística: integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao cuidado clínico do paciente, promovendo um atendimento mais completo. · Equilíbrio na Morte: garantir que não se apresse nem se adie o processo de morte, respeitando o tempo de cada paciente. · Unidade de Tratamento: a abordagem deve compreender o paciente e sua família como uma unidade, reconhecendo a importância do suporte familiar no processo de cuidado.
· Viver Ativamente: proporcionar um sistema de suporte que ajude os pacientes a viverem da forma mais ativa possível até o final de suas vidas. · Equipe Interdisciplinar: utilizar uma abordagem interdisciplinar para identificar e atender às necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte durante o luto.
· Decisões Éticas: as decisões relacionadas à assistência e tratamentos médicos devem ser fundamentadas em princípios éticos, respeitando a autonomia e os desejos do paciente. · Comunicação Eficaz: uma comunicação adequada entre a equipe de saúde, pacientes e familiares é fundamental para esclarecer dúvidas, promover a adesão ao tratamento e facilitar a aceitação da proximidade da morte.
Essas diretrizes visam criar um ambiente que favoreça o bem-estar e a qualidade de vida, mesmo em momentos desafiadores e para garantir um cuidado que respeite a dignidade do paciente e a complexidade da experiência da doença. A abordagem dos cuidados paliativos é fundamental no tratamento do câncer, sobretudo considerando que, constatou-se que 80% do total estimado de pessoas no mundo que necessitam dessa abordagem têm acesso limitado até mesmo a intervenções básicas para o controle da dor (Knaul et al., 2018; D'Alessandro et al., 2023).
Para atender a este item, a operadora deve assegurar a cobertura dos cuidados paliativos realizados por uma equipe multidisciplinar nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Atenção Domiciliar assim como nos Serviços Hospitalares designados a integrar esta Linha de Cuidado.
A oferta e a cobertura de cuidados paliativos devem ser claramente especificadas em contrato ou em documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Atenção Domiciliar e dos Serviços Hospitalares que participam dessa Linha de Cuidado, independentemente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada da operadora. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:
A equipe de auditores poderá verificar: · A descrição detalhada das estratégias dos Cuidados Paliativos no Plano Estruturado mencionado no item 1.1 para esta Linha de Cuidado. · O Sistema de Informação da operadora que demonstre o monitoramento dos pacientes em Cuidados Paliativos para esta Linha de Cuidado. · O sistema de contas médicas da operadora, que demonstre a cobertura de cuidados paliativos aos pacientes com câncer de pulmão.
· O relatório de visita anual presencial ou à distância da operadora aos serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado. · De forma amostral os contratos prevendo a disponibilização de equipes de cuidados paliativos nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Atenção Domiciliar ou serviços hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado. A equipe de auditores poderá ainda, a seu critério, realizar visitas amostrais presenciais ou à distância a Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Atenção Domiciliar ou serviços hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.



5.7.2	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado utilizam ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos. Interpretação:	Essencial
	Os estudos apontam que existem marcadores gerais que estão associados a um prognóstico desfavorável, independentemente da doença subjacente. A literatura oferece diversas ferramentas que auxiliam na avaliação do prognóstico em patologias comuns no contexto dos cuidados paliativos (D'Alessandro et al., 2023).	
	A utilização de ferramentas de triagem para identificar pacientes que necessitam de suporte e cuidados paliativos é essencial para garantir que mais pessoas se beneficiem da abordagem de cuidados paliativos, permitindo intervenções precoces e não apenas na fase final da doença (WPCA e WHO, 2020; D'Alessandro et al., 2023). A operadora deve assegurar que os serviços de atenção oncológica designados para participar desta certificação na Linha de Cuidado do Câncer de pulmão adotem uma ferramenta validada e traduzida para o português do Brasil.	
	Dentre as principais ferramentas disponíveis na literatura, destaca-se o <i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool</i> (SPICT-BRTM), que foi inicialmente descrito em 2010 (Boyd et al., 2010) e aprimorado em 2014 (Highet, 2014) e tem como objetivo identificar, de forma holística, as necessidades do paciente, promovendo a tomada de decisão compartilhada sobre os objetivos e o planejamento avançado de cuidados (D'Alessandro et al., 2023). Essa ferramenta tem como vantagem o fato de já ter sido traduzida e validada para o português do Brasil.	

	A SPICT-BRTM foi desenvolvida com base em princípios fundamentais (D'Alessandro et al., 2023): · Simplicidade: Facilita a compreensão e a aplicação. · Objetividade: Foca em indicadores claros e diretos. · Indicadores de fácil identificação: Permite a rápida detecção das necessidades dos pacientes. · Indicadores clínicos de doenças avançadas baseados em evidências: Fundamentam-se em dados confiáveis para melhor avaliação.	
	· Promoção de cuidados paliativos precoces: Incentiva a integração dos cuidados paliativos em paralelo às intervenções curativas. · Linguagem acessível: Garante que a ferramenta seja compreensível para todos os profissionais de saúde envolvidos. Esses elementos tornam a SPICT-BRTM uma ferramenta útil para o manejo de pacientes oncológicos, facilitando a identificação precoce da necessidade de cuidados paliativos. O SPICT-BRTM é aplicável em diferentes contextos clínicos, como atenção primária, instituições de longa permanência, ambulatórios especializados e serviços hospitalares (D'Alessandro et al., 2023).	
	A ferramenta é dividida em duas partes: a primeira inclui indicadores clínicos gerais, enquanto a segunda se concentra em indicadores específicos, conforme a doença de base, permitindo uma avaliação abrangente e direcionada (Highet, 2014; D'Alessandro et al., 2023). Vale destacar que a identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos não contraindica necessariamente o uso de tratamentos modificadores de doença, desde que esses contribuam para a melhoria da qualidade de vida do paciente (D'Alessandro et al., 2023; MS, 2024; INCA, 2024).	
	Embora o SPICT-BRTM não seja uma ferramenta prognóstica, estudos indicam que a presença de duas condições de declínio geral pode estar associada a um risco aumentado de óbito nos próximos 12 meses (Pessini e Bertachini, 2012; D'Alessandro, 2023). Essa informação reforça a importância de um manejo cuidadoso e individualizado, que considere tanto os tratamentos curativos quanto o suporte paliativo (Woolfied et al., 2019; D'Alessandro et al., 2023).	
	Para ilustrar, segue quadro com o SPICT-BRTM: Para pontuar neste item, os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados pela operadora para participarem desta Linha de Cuidado devem adotar este ou outro instrumento com o mesmo objetivo, desde que esteja traduzido e validado para o português do Brasil.	
	A operadora deve prever nos contratos ou documentos similares com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados pela operadora para participarem desta Linha de Cuidado adoção de ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	
	· A previsão da indicação de serviços de atenção oncológica que ofereçam cuidados paliativos e utilizem ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos no Plano Estruturado mencionado no item 1.1 para a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão. · A previsão nos documentos de pactuação entre a operadora e os serviços e atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão, da adoção de ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos.	
	· O Relatório da visita anual realizada pela operadora serviços de atenção oncológica ambulatorial, de atenção domiciliar e hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado, demonstrando a adoção de escalas de avaliação prognóstica. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos serviços de atenção oncológica ambulatorial, de atenção domiciliar e hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
5.7.3	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, de Atenção Domiciliar e os Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado oferecem suporte especializado para cuidados de fim de vida. Interpretação:	Essencial
	Os cuidados de fim de vida são essenciais quando o prognóstico indica a proximidade do término da vida. A avaliação prognóstica é um processo multifatorial e a comunicação do prognóstico deve ser feita de forma individualizada com o paciente e/ou sua família (WPCA e WHO, 2020; D'Alessandro et al., 2023).	
	A identificação precoce dos pacientes que podem se beneficiar da abordagem de cuidados paliativos (CP) é um grande desafio. Essa identificação é preconizada desde 2014 pelo <i>Worldwide Hospice Palliative Care Alliance</i>, para possibilitar que a integração entre CP e medidas modificadoras de doença ocorra no momento inicial das doenças ameaçadoras de vida (WPCH e WHO; 2020). A avaliação correta e identificação da demanda por CP deve ser realizada, inicialmente, por profissional não especialista e, de acordo com a progressão da doença, deve-se associar a abordagem da equipe multiprofissional em Cuidados Paliativos (D'Alessandro et al., 2023).	



	Abordar a questão do fim de vida é um desafio tanto para os profissionais de saúde quanto para pacientes e familiares. A preocupação com incertezas prognósticas não deve ser um obstáculo para discutir o tema. É importante reconhecer que nem todos os pacientes desejam ou estão em condições de receber informações detalhadas sobre seu prognóstico. Assim, a comunicação sobre a avaliação prognóstica deve ser feita de forma individualizada e cuidadosa, levando em conta as necessidades e preferências de cada paciente e sua família (WPCA e WHO, 2020; D'Alessandro et al., 2023).	
	A fase final de vida é caracterizada por uma deterioração progressiva da funcionalidade, um aumento da carga sintomática e uma maior demanda por cuidados, devido à progressão da doença. Esse estágio geralmente está associado a um tempo de sobrevivência estimado reduzido, tornando ainda mais crucial o suporte adequado para o paciente e sua família (D'Alessandro et al., 2023).	

Essa fase é frequentemente marcada por um aumento significativo do sofrimento físico, incluindo aumento da intensidade da dor, além de importantes desafios nos aspectos social, psicológico e espiritual. Esse contexto demanda uma abordagem abrangente e sensível para atender às necessidades do paciente e de sua família (Cardoso, 2012; D'Alessandro et al., 2023). Quando a avaliação cuidadosa do prognóstico indica terminalidade e são oferecidos cuidados de fim de vida, é essencial que pacientes e familiares estejam bem-informados sobre (Mattos, 2022; Murphy, 2000; Kutner, 2009):	
· O(s) diagnóstico(s). · O prognóstico. · As opções terapêuticas disponíveis, levando em consideração os diagnósticos e o prognóstico, incluindo os riscos e benefícios de cada alternativa.	
Os cuidados paliativos modernos são estruturados em graus de complexidade que se somam para oferecer um cuidado integral e ativo ao paciente (D'Alessandro et al., 2023; Brasil/MS, 2024). · Cuidados Paliativos Gerais: devem ser iniciados assim que o paciente recebe o diagnóstico de uma doença que ameaça à vida em progressão.	
Nesses casos, o foco é atuar em todas as dimensões dos sinais e sintomas que possam surgir, promovendo alívio e melhorando a qualidade de vida desde o início do tratamento. · Cuidados Paliativos Específicos: são indicados para pacientes nas últimas semanas ou nos últimos seis meses de vida, quando fica evidente que há um declínio progressivo da condição.	
Nessa fase, as intervenções se concentram em proporcionar conforto e suporte intensivo, respeitando as necessidades e desejos do paciente. Essas duas abordagens garantem que os cuidados paliativos sejam adaptados ao estágio da doença e às necessidades individuais, sempre priorizando o bem-estar e a dignidade do paciente.	
Nos Cuidados Paliativos Específicos, voltados para o período de final de vida, todo o esforço deve ser direcionado para que o paciente mantenha sua autonomia, preservando seu autocuidado e permanecendo próximo de seus entes queridos (Brasil/MS, 2024). Os cuidados de final da vida, em geral, referem-se aos últimos dias ou às últimas 72 horas de vida, e devem buscar proporcionar conforto e dignidade nesse momento delicado. O reconhecimento desta fase é complexo, porém é extremamente necessário para o planejamento do cuidado e preparo do paciente e sua família para perdas e óbito (MS, 2024).	
Apesar da disseminação mais recente dos cuidados paliativos, alguns pacientes podem passar por um processo de morte prolongado, enfrentando sofrimento significativo enquanto recebem tratamentos invasivos e muitas vezes indesejados. Para evitar essa situação, é fundamental reconhecer a fase final da vida de maneira oportuna. Esse reconhecimento permite um manejo mais adequado da terminalidade, promovendo uma abordagem que priorize o conforto e a qualidade de vida do paciente e de seus familiares (Steinhauser et al., 2000; D'Alessandro et al., 2023).	
Apesar de diversos estudos indicarem que a maioria das pessoas no mundo prefere falecer em casa, uma parte significativa ainda morre em hospitais. Nesse contexto, a literatura aponta para o uso excessivo de medidas agressivas no fim da vida e para baixa utilização de cuidados de final de vida nesta fase (Brownlee, et al., 2017).	
Para isso, é essencial abordar o sofrimento por meio do controle de sintomas e de discussões abertas e empáticas com os pacientes e/ou familiares. Os objetivos do cuidado de final de vida devem ser alinhados aos valores e desejos dos pacientes e de seus familiares, garantindo que as intervenções respeitem suas preferências e promovam o bem-estar (Hui et al., 2015; Neuberger et al., 2016; D'Alessandro et al., 2023)	
O ideal é que as discussões sobre as preferências de cuidado para o fim de vida se iniciem antes do período crítico da doença, porque nas últimas semanas ou meses de vida, muitos pacientes enfrentam uma progressiva piora funcional. No entanto, no processo, é fundamental oferecer a oportunidade de revisar e ajustar essas decisões, permitindo que pacientes e familiares reafirmem ou modifiquem o plano de cuidado conforme necessário (D'Alessandro et al., 2023).	
Um bom fim de vida geralmente envolve aspectos comuns, compartilhados entre a maioria dos pacientes e dos profissionais de saúde, tais como (Steinhauser, 2000): ☑ Adequado controle da dor, dispneia e ansiedade.	
☑ Higiene corporal apropriada. ☑ Preparação para a morte. ☑ Ter pessoas queridas por perto. ☑ Não morrer sozinho. ☑ Ser respeitado.	



☑ Manter a dignidade. ☑ Sentir-se cuidado como uma pessoa integral. Após a análise prognóstica de terminalidade, é fundamental instituir os cuidados de fim de vida, que podem ser realizados em diversos contextos, como hospitais, atenção domiciliar ou hospices, conforme a indicação clínica. A decisão sobre o local e a abordagem deve ser tomada de forma compartilhada com o paciente e/ou seus familiares (MS, 2024).	
Para atender a esse item de verificação, a operadora deve garantir a cobertura para os cuidados paliativos com suporte especializado para cuidados de fim de vida, quando indicados. Além disso, o contrato ou documento similar deve incluir a previsão de que os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares designados pela operadora para esta Linha de Cuidado contem com equipes capacitadas para a realização desses cuidados. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:	
A equipe de auditores poderá verificar: · A descrição detalhada das estratégias de cobertura de cuidados paliativos com oferecimento de suporte especializado para cuidados de fim de vida disponibilizados aos pacientes com câncer de pulmão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1. · O sistema de informação que demonstre a oferta e a cobertura de cuidados paliativos que oferecem suporte especializado para cuidados de fim de vida.	
· As evidências de remuneração de cuidados paliativos que oferecem suporte especializado para cuidados de fim de vida podendo ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros. · A previsão nos documentos de pactuação entre a operadora e os serviços e atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer de pulmão, do oferecimento de suporte especializado para cuidados de fim de vida.	
· O Relatório da visita anual presencial ou à distância realizada pela operadora aos serviços de atenção oncológica ambulatorial, de atenção domiciliar e hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado, demonstrando o oferecimento de suporte especializado para cuidados de fim de vida. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos serviços de atenção oncológica ambulatorial, de atenção domiciliar e hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	

5.7.4	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, de Atenção Domiciliar e os Hospitalares indicados para participar desta Certificação na Linha de Cuidado, utilizam escalas de avaliação prognóstica.	Complementar
	Interpretação:	
	O uso de escalas de avaliação prognóstica é um recurso valioso, especialmente porque nem sempre os profissionais de saúde encontram-se preparados para realizar essa avaliação e comunicar o prognóstico aos pacientes e familiares. Essas escalas são fundamentais para identificar o estado de saúde dos pacientes e orientar as intervenções mais apropriadas, garantindo um cuidado mais efetivo (Krawczyk et al., 2016; D'Alessandro et al., 2023).	
	Quando se deparam com a dificuldade de avaliar o prognóstico, os profissionais podem recorrer a atalhos mentais (heurísticas), o que frequentemente resulta em vieses significativos. Muitas vezes, os profissionais tendem a superestimar o prognóstico de seus pacientes, especialmente o médico responsável, devido ao vínculo estabelecido.	
	Essa superestimação pode distorcer o julgamento e levar a práticas como distanásia ou obstinação terapêutica, que se referem ao prolongamento artificial do processo de morrer, resultando em sofrimento sem benefícios tangíveis para o paciente. Essa abordagem pode gerar um descompasso entre os objetivos do tratamento e as necessidades reais do paciente, aumentando o sofrimento em vez de proporcionar conforto. (D'Alessandro, 2023).	
	Assim, é recomendável que o médico assistente compartilhe sua avaliação prognóstica com colegas e outros profissionais da equipe de saúde. Além disso, deve combinar sua impressão clínica com a utilização de escalas de avaliação prognóstica validadas na literatura. Essa abordagem ajuda a evitar a superestimação do prognóstico, facilitando uma avaliação mais precisa e uma melhor tomada de decisão (D'Alessandro et al., 2023).	
	Seguem alguns marcadores gerais de pior prognóstico, independentemente da patologia subjacente: · Infecções recorrentes e de difícil tratamento (como pneumonia, pielonefrite e sepse). · Piora significativa da ingesta alimentar, incluindo perda não intencional de peso superior a 10% nos últimos seis meses, hipoalbuminemia ou disfagia com aspiração.	
	· Perda de funcionalidade, resultando em maior dependência de terceiros para atividades básicas da vida diária. Nos casos de câncer, a avaliação prognóstica possui várias particularidades. De modo geral, tumores metastáticos, especialmente aqueles que afetam órgãos considerados "nobres", como pulmão, fígado e sistema nervoso central, estão associados a prognósticos menos favoráveis. Além disso, a perda de funcionalidade é um fator crítico: quanto maior a perda de funcionalidade, maior a probabilidade de toxicidade relacionada ao tratamento e menor a expectativa de sobrevida (D'Alessandro et al., 2023; INCA, 2022; DF, 2018).	



	Quando a avaliação cuidadosa do prognóstico indica terminalidade, é essencial oferecer cuidados de fim de vida aos pacientes (INCA, 2022; D'Alessandro et al., 2023). Essa discussão é importante para todos os envolvidos. Para que possam tomar decisões informadas e alinhadas à sua história de vida e valores, é fundamental que os pacientes e seus familiares compreendam os seguintes tópicos: (Murphy, 2000; Kutner et al., 2009; D'Alessandro et al., 2023).	
	· O(s) diagnóstico(s). · O prognóstico. · A terapêutica disponível de acordo com seus diagnósticos e o prognóstico informado, incluindo os riscos e benefícios de cada opção terapêutica.	
	Para cumprir esse item de verificação, a operadora deve prever nos contratos ou documentos similares dos prestadores de serviços ambulatorial, atenção domiciliar e hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer de pulmão, a adoção de escalas de avaliação prognóstica validadas. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: · A previsão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 para a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão, a indicação de Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, de Atenção Domiciliar e hospitalares que adotem escalas de avaliação prognóstica validadas. · A previsão nos contratos ou documentos similares de pactuação entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, de Atenção Domiciliar e hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer de pulmão da adoção de escalas de avaliação prognóstica validadas.	
	· O Relatório da visita anual realizada pela operadora Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, de Atenção Domiciliar e hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado, demonstrando a adoção de escalas de avaliação prognóstica. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, de Atenção Domiciliar e hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	

5.7.5	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, de Atenção Domiciliar e os Hospitais indicados para participar desta Linha de Cuidado oferecem apoio espiritual aos pacientes com doença ameaçadora de vida. Interpretação	Excelência
	Segundo a OMS, a espiritualidade está no escopo da abordagem de cuidados paliativos (CP). Assim, esta dimensão deve fazer parte do cuidado de pacientes com doença ameaçadora de vida (WPCA e WHO, 2020; Puchalski et al., 2009; D'Alessandro et al., 2023). Essa abordagem se justifica visto que a espiritualidade é uma das dimensões do ser humano, entendida como: "um aspecto intrínseco e dinâmico da humanidade, através do qual o indivíduo busca significado, sentido e transcendência, e experimenta a relação consigo mesmo, com a família, com os outros, a comunidade, a sociedade, a natureza e o que é significativo e sagrado" (Puchalski et al. (2014).	
	É importante diferenciar espiritualidade de religiosidade. A religiosidade envolve a expressão da espiritualidade dentro de uma coletividade por meio de tradições, rituais, crenças, práticas, normas e celebrações em comum (Evangelista, 2016; Steinhauser et al., 2017; D'Alessandro et al., 2023). Já a espiritualidade é pessoal e diz respeito à conexão com o sentido, propósito e transcendência da vida, através das relações consigo, com os outros, com o momento, com o universo e o sagrado, sendo essa manifestada através de religiões ou não (Saporetti, et al., 2008).	
	Nesse contexto, o sagrado é subjetivo e pode ser encontrado na religião, na arte, na música, em projetos de vida, na filosofia, no contato com a natureza, ou por meio da solidariedade. (Cherny, 2015; Evangelista, 2016; Steinhauser et al., 2017; D'Alessandro et al., 2023).	
	À medida que a doença ameaçadora da vida avança, os pacientes podem buscar a espiritualidade, tanto como forma de reduzir o sofrimento quanto como recurso de enfrentamento, buscando ter fé, sentindo que viveram a vida de forma plena, tendo esperança, perdendo, amando, conectando-se e estando em paz com os outros, com a divindade e com o sagrado (Saporetti et al., 2008; Steinhauser et al., 2017; Evangelista et al. 2016; D'Alessandro et al., 2023).	
	Existem várias barreiras que foram identificadas, que dificultam a abordagem da espiritualidade dos pacientes, tais como: (Saporetti et al., 2008; Evangelista et al., 2016; D'Alessandro et al., 2023).	
	· Desconhecimento dos profissionais sobre o conceito de espiritualidade e como abordá-lo. · Preocupação em relação a instituir pontos de vista religiosos. · Ideia de que abordar esse tema não é importante ou que não faz parte do escopo de trabalho. · Falta de tempo na assistência ou de apoio institucional.	



	Outra dificuldade, nessa abordagem, está relacionada com a definição do que é espiritualidade, conceito complexo e multidimensional, mas, ao mesmo tempo, intrínseco à experiência humana e que envolve a busca de cada um por sentido na vida e transcendência (D'Alessandro et al., 2023; Steinhäuser et al., 2017). Assim, a dimensão espiritual deve fazer parte da abordagem de pacientes com doença ameaçadora de vida, independentemente da religião, e deve estar integrada na rotina e constar no plano de cuidados como qualquer outra questão (Puchalski et al., 2009[AS1]).	
	A assistência espiritual deve ser oferecida como parte da abordagem de cuidados paliativos pela equipe multiprofissional dedicada aos cuidados paliativos (OMS, 2002; Puchalski et al., 2009; D'Alessandro et al., 2023) e não se confunde com assistência religiosa. Para cumprir este item, a operadora deve oferecer cobertura para os cuidados paliativos, incluindo a assistência espiritual. Deve constar do contrato com os serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, de Atenção Domiciliar e serviços hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado o oferecimento de cuidados paliativos, quando indicado, incluindo assistência espiritual.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A previsão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 para a Linha de Cuidado do Câncer de Pulmão, da indicação de Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, de atenção domiciliar e hospitalares que contam com equipe interdisciplinar para realização de cuidados paliativos, incluindo assistência espiritual.	
	· A pactuação por meio de contrato ou documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, de atenção domiciliar e hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer Pulmão para que realizem cuidados paliativos, incluindo a assistência espiritual.	
	· O Sistema de Contas Médica, faturas, entre outros constando a remuneração das equipes de cuidados paliativos. · Visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos serviços de atenção oncológica ambulatorial, de atenção domiciliar e hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visita anual realizada pela operadora aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
Referências Bibliográficas Requisito 5.7: BEST M., BUTOW P., OLVER I. Why do we find it so hard to discuss spirituality? A qualitative exploration of attitudinal barriers. J. Clin. Med [Internet].2016 [cited 2023 Jul 11];5(9). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5039480/>. Acesso em 07 dez. 2023. BLEGER, J. Temas de psicologia: Entrevista e grupos (2a ed.). Martins Fontes, 2003 (Trabalho original publicado em 1979). BOYD K, MURRAY SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. BMJ [Internet]. 2010.Disponível em:<https://www.bmj.com/content/341/bmj.c4863.long>. Acesso em 07 dez. 2023. BROWNLEE S, CHALKIDOU K, DOUST J, ELSHAUG AG, GLASZIOU P, HEATH I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. Lancet [Internet].2017.Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28077234/>. Acesso em 07 dez. 2023. CARDOSO MG. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor.In: Carvalho RT, Parsons HA, organizators. Manual de Cuidados Paliativos ANCP [Internet]. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; 2012. p.113-22. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em 07 dez. 2023. CASTANHO, P. Sobre a questão da tarefa no grupo: Aspectos psicanalíticos e psicossociais. In T. S. Emidio, & M. Y. Okamoto (Orgs.), Perspectivas psicanalíticas atuais para o trabalho com famílias e grupos na universidade (pp. 87-101). Cultura Acadêmica, 2017. CHERNY NI. The problem of suffering and the principles of assessment in paliative medicine. In: Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy R, Currow DC, organizators. Oxford Textbook of paliative medicine. New York: Oxford University Press; 2015. p. 35-48. D'ALESSANDRO, MPSet al. Manual de cuidados paliativos. 2. ed. São Paulo: Hospital Sirio-Libanes; Ministerio da Saude, 2023. EVANGELISTA CB, LOPES ME, COSTA SF, BATISTA PS, BATISTA JB, OLIVEIRA AM. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. Rev. Bras.Enferm [Internet]. 2016 [cited 2023 Jul 11];69(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/TY7ydpbDpBhnfBDmh5nH36b/?lang=pt#>. Acesso em 07 dez. 2023. GOMES, A.L.Z.; OTHERO, M.B. Cuidados paliativos. Estudos Avançados, n, 30, v. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/>.Acesso em 07 dez. 2023. HIGHET G, CRAWFORD D, MURRAY AS, BOYD K. Development and evaluation of the supportive and palliative care indicators tool (SPICt): a mixed-methods study. BJM [Internet]. 2014. Disponível em: <https://spcare.bmj.com/content/4/3/285>. Acesso em 07 dez. 2023.		



HUI D, DEV R, BRUERA E. The Last Days of Life: Symptom Burden and Impact on Nutrition and Hydration in Cancer Patients. Curr Opin Support Palliat Care [Internet]. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792116/pdf/nihms762191.pdf>>. Acesso em 07 dez. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Atlas On-line de Mortalidade. Taxas de mortalidade por câncer, brutas e ajustadas por idade pelas populações mundial e brasileira, por 100.000, segundo sexo, faixa etária, localidade e por período selecionado. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo03/consultar.xhtml#panelResultado>>. Acesso em: 13 nov. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Cuidados Paliativos (internet).Disponível em:<<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/cuidados-paliativos>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Cuidados paliativos em oncologia: orientações para agentes comunitários de saúde / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartilhas/cuidados-paliativos-em-oncologia-orientacoes-para-agentes-comunitarios-de>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

KELLEY, AS. Defining "Serious Illness".J Palliat Med, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25115302/>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

KNAUL FM, FARMER PE, KRAKAUER EL, LIMA L, BHADLIA A, JIANG KX, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report.Lancet [Internet]. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032993/>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

KRAWCZYK M, GALLAGHER R. Communicating prognostic uncertainty in potential end-of-life contexts: experiences of family members. BMC Palliat Care [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 16];15:59. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4941030/>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

KUTNER JS, KILBOURN KM. Bereavement: addressing challenges faced by advanced cancer patients, their caregivers, and their physicians., 2009 Prim.Care [Internet]. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19913188/>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

MATTOS DW, CARVALHO IS. Assistência à fase final de vida e processo ativo de morte. In:Ferreira EA, Barbosa SM, Iglesias SB, organizators. Cuidados paliativos pediátricos.1. ed. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2022. p.185-8.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS).Cuidados Paliativos na Unidade de Atenção Primária (internet). Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/unidade-de-atencao-primaria/acompanhamento/cuidados-paliativos-aps>>.Acesso em 20 mar. 2024.

MURPHY P, KRELING B, KATHRYN E, STEVENS M, LYNN J, DULAC J. Description of the SUPPORT intervention. Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments.J Am Geriatr Soc [Internet]. 2000 [cited 2023 Mar 16];48(5 Suppl):154-61. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10809469/>>. Acesso em: 25 mar. 2024.



NEUBERGER RB. The liverpool care pathway: what went right and what went wrong. Br. J. Hosp. Med [Internet]. 2016 <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26961447/>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados Paliativos, (internet), 2024. Disponível em: <<https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

PESSINI L, BERTACHINI L. Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações da vida.1.ed. Sao Paulo: Editora Paulinas; Centro Universitário Sao Camilo; 2012. Capítulo 1, Conhecendo o que são o paliativos: conceitos fundamentais; p. 19-55.

PICHON-RIVIÈRE, E. O Processo Grupal. (6ª edição). Editora Martins Fontes, 2000 (Trabalho original publicado em 19 PUCHALSKI CM, FERRELL B, VIRANI R, OTIS-GREEN S, BAIRD P, BULL J, et al. Improving the quality of spiritual care a palliative care: the report of the consensus conference.J. Palliat. Med [Internet]. 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26874317_Improving_the_Quality_of_Spiritual_Care_as_a_Dimension_of_The_Report_of_the_Consensus_Conference>. Acesso em:25 mar. 2024.

QUILL TE, ABERNETHY AP. Generalist plus specialist palliative care - creating a more sustainable model.N. Engl. J. M 2013. Disponível em:<<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1215620>>. Acesso em:25 mar. 2024.

SAPORETTI LA. SOMUS: formas de conexão [Internet].2020 [cited 2023 Jul 11]. Available from: <<https://irp-cdn.multiscreensite.com/d917b1b0/files/uploaded/SOMUS%20formas%20de%20conexa%C3%83o.pdf>>. Acesso e

DF- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES-DF). Protocolo de atenção à saúde: limite de viabilidade em Neonatol [Brasília]: Secretaria de Estado da Saúde (DF);2018. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Limite+de+Viabilidade+em+Neonatologia.pdf/35da70b0-9e48b685baaa?t=1648646097907>>.Acesso em 07 dez. 2023.

STEINHAUSER KE, CHRISTAKIS NA, CLIPP EC, MCNEILLY M, MCINTYRE L, TULSKY JA. Factors considered important at patients, family, physicians and other care providers. JAMA [Internet]. 2000. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/193279>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

STEINHAUSER KE, CHRISTAKIS NA, CLIPP EC, MCNEILLY M, MCINTYRE L, TULSKY JA. Factors considered important at patients, family, physicians and other care providers. JAMA [Internet]. 2000. Available from: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/193279>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

STEINHAUSER KE, FITCHETT G, HANDZO GF, JOHNSON KS, KOENIG HG, PARGAMENT KI, et al. State of the science of palliative care research part I: definitions, measurement, and outcomes.J Pain Symptom Manage [Internet]. 2017 Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392417302920>>. Acesso em: 25 mar. 20

WOOLFIED A, MITCHELL G, KONDALSAMY-CHENNAKESAVAN S, SENIOR H. Predicting those who are at risk of dying twelve months in primary care: a retrospective case-control general practice chart analysis. J. Palliat. Med [Internet]. 2018;22(1):1-6. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jpm.2018.0562>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programme of cancer control. Geneva: WHO; 2007. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC7C0D0FF?sequence=1>. Acesso em: 25 mar. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/42494>>. Acesso em: 25 mar. 2024.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA) AND (WHO). Global atlas of palliative care [Internet]. London: WPCA; 2020. Disponível em: <[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/pallia_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/pallia_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)>. Acesso em: 25 mar. 2024.

Dimensão 6. Linha de Cuidado do Câncer Colorretal

DIMENSÃO 6 - LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER COLORRETAL		
A Dimensão 6 tem por objetivo avaliar a operadora no que tange a definição, organização e implementação da linha de cuidado do Câncer Colorretal em todo o ciclo do cuidado.		
6.1 Organização e Estruturação Técnica da Operadora na Linha de Cuidado Câncer Colorretal (Cólon e Reto).		
Este requisito tem como objetivo avaliar a organização técnica da operadora e de sua rede prestadora de serviços oncológicos para oferecer um cuidado integral e de qualidade aos pacientes na Linha de Cuidado do Câncer Colorretal.		
6.1.1	A operadora estabelece um capítulo específico no Plano Estruturado detalhando a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal. Interpretação:	Essencial
	No Plano Estruturado, a operadora deverá informar quais as Linhas de Cuidado serão abordadas na Certificação. Caso a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal seja priorizada, deverá ser elaborado um capítulo específico sobre o tema. Esse capítulo deve detalhar a organização das ações para a implementação da referida linha de cuidado, sendo desenvolvido por uma equipe multiprofissional de saúde. O documento deverá funcionar como um instrumento de gestão, servindo guia para a implementação e a qualificação da atenção ao câncer colorretal na operadora.	
	O capítulo específico deverá conter, no mínimo, os seguintes conteúdos sobre a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal: · Objetivos da Linha de Cuidado;	
	· Justificativa técnica para implementação da Linha de Cuidado; · A cobertura prevista pela operadora (a cobertura mínima obrigatória para o câncer colorretal encontra-se definida no item 6.1.2 deste requisito); · Estratégias de ação para: ☐ Promoção da Saúde; ☐ Prevenção do câncer colorretal;	
	☐ Detecção Precoce: o Rastreamento de acordo com o protocolo estabelecido nesta linha de cuidado; e o Diagnóstico precoce. ☐ Diagnóstico; ☐ Estadiamento;	
	☐ Tratamento e Reabilitação. ☐ Cuidados Paliativos. ☐ Cuidados de Fim de Vida. · Os serviços de saúde de atenção oncológica indicados para participar desta certificação na Linha de Cuidado do Câncer Colorretal.	
	As ações previstas na Linha de Cuidado do Câncer Colorretal devem considerar o cuidado integral e coordenado ao longo de toda a jornada do paciente. Observa-se que este Plano estruturado e seu conteúdo devem ser atualizados conforme as evidências científicas disponíveis e as recomendações de Diretrizes Clínicas ou Protocolos Terapêuticos específicos sempre que necessário.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A existência documentada do capítulo específico para a Linha de Cuidado de Câncer Colorretal no Plano Estruturado. O documento deve estar disponível tanto na sede da operadora (em meio físico e digital) como nas suas diferentes unidades, caso existam (em meio físico e/ou digital).	
6.1.2	A Operadora estabelece o número de beneficiários de acordo com a cobertura mínima estabelecida para a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal. Interpretação	Essencial
	A cobertura populacional mínima para a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal deve considerar a estimativa de incidência da doença no Brasil, bem como a população de beneficiários da carteira de beneficiários da operadora.	





De acordo com o INCA (2022), o número estimado de casos novos do câncer colorretal para cada ano do triênio de 2023 a 2025 foi de 45.630 casos, com uma taxa de incidência estimada de 21,10 casos novos a cada 100 mil indivíduos em 2023. Desse modo, a cobertura mínima obrigatória para esta Linha de Cuidado deve ser ajustada a cada auditoria de certificação, utilizando como parâmetro a última estimativa de incidência média nacional do câncer colorretal divulgada pelo INCA e a última atualização dos dados da operadora no SIB (Sistema de Informações de Beneficiários) disponíveis na Sala de Situação no portal da ANS.							
O estabelecimento de uma cobertura mínima obrigatória para a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal busca garantir que as boas práticas padronizadas neste manual alcancem um número significativo de beneficiários, promovendo um impacto positivo no cuidado prestado aos pacientes com câncer colorretal pelas operadoras, assim justificando a obtenção de um selo de qualidade nesta área de atenção.							
Para esclarecer a regra para o estabelecimento da cobertura mínima obrigatória, foi utilizada, a título ilustrativo, a estimativa mais atual divulgada pelo INCA no Documento: <i>Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil</i> (INCA, 2022) e o número de beneficiários por operadora obtido por meio do Sistema de Informações de Beneficiários - SIB referente ao ano de 2023, extraído em abril de 2024. A estimativa mais recente de incidência para o câncer colorretal para o ano de 2023, divulgada pelo INCA, foi de 21,10 casos novos a cada 100 mil indivíduos no país.							
Considerando os dados disponíveis no Sistema de Informações de Beneficiários - SIB/ANS, existiam 678 operadoras do seguimento Médico Hospitalar com registro ativo na ANS e com beneficiários ativos na carteira. De acordo com o SIB de abril de 2024, referente a julho de 2023, o número de beneficiários em operadoras variou de 1 beneficiário em operadoras muito pequenas a 7.409.677 milhões de beneficiários na maior operadora do setor (SIB/ANS, abr. 2024).							
De acordo com o SIB, em 2023, 86,73% das operadoras do segmento Médico Hospitalar tinham até 100 mil beneficiários em suas carteiras; 0,74% das operadoras tinham entre 800 mil e 4 milhões; e apenas 0,44% das operadoras contavam com mais de 4 milhões beneficiários (SIB/ANS, abr. 2024). A cobertura mínima para esta Linha de Cuidado deverá ser calculada da seguinte maneira: Para os itens de verificação relacionados à promoção da saúde - letramento em saúde e prevenção do câncer colorretal, a regra para o estabelecimento da cobertura mínima será calculada com base no percentual do número total de beneficiários da carteira da operadora.							
- Para os itens de verificação referentes ao rastreamento, a regra para o estabelecimento da cobertura mínima será calculada com base no percentual do número de beneficiários da população alvo da carteira da operadora. - os itens de verificação referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao seguimento, será utilizado um percentual baseado na estimativa de casos novos e casos em seguimento para o câncer colorretal.							
Na ocasião da auditoria de certificação, deverá ser calculada a cobertura mínima com base na última estimativa de incidência para o câncer colorretal publicada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2022). Para facilitar o entendimento, a regra de cobertura obrigatória está sendo ilustrada, a seguir, com exemplos de operadoras, considerando o número de beneficiários registrados no SIB. Os dados utilizados na tabela a seguir referem-se ao ano de 2023. Segue tabela com a regra da cobertura mínima obrigatória para a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal.							
	% de operadoras	Nº de beneficiários	Casos novos por 100mil/ano	Cobertura mínima: Promoção da Saúde e Prevenção	Cobertura mínima: Rastreamento	Cobertura mínima: tratamento e seguimento	
	86,73%	Até 100 mil	Até 21,10 casos novos	90% dos beneficiários	70% da população-alvo	70 % dos casos novos (até 15 casos novos) e os demais 70 % dos casos em seguimento	
	9,73%	Acima de 100 mil a 400 mil	de 22 a 78 casos novos	85% dos beneficiários	70% da população-alvo	65% casos novos (de 16 casos a 51 casos novos) e os demais 65% em seguimento	

	2,36%	Acima de 400 mil a 800 mil	De 86 a 167 casos novos	80% dos beneficiários	65% da população-alvo	60% casos novos (de 60 a 100 casos novos) e os demais 60% em seguimento	
	0,74%	Acima de 800 mil até 4 milhões	De 248 a 791 casos novos	75% dos beneficiários	65% da população-alvo	60% casos novos (de 149 a 475 casos novos) e os demais 60% em seguimento	
	0,44%	Acima de 4 milhões	De 1.041 a 1.563 casos novos	70% dos beneficiários	60% da população-alvo	55% casos novos (de 572 a 860 casos novos) e os demais 55% em seguimento	
Fonte: SIB/ANS. abril de 2024.							
Ressalta-se que o cumprimento da cobertura mínima para essa Linha de Cuidado deve considerar: ☐ As ações de promoção da saúde e prevenção do câncer colorretal se referem ao requisito 6.2 deste manual; ☐ As ações de Rastreamento; - se referem ao requisito 6.3 deste manual; ☐ As ações de Diagnóstico; Tratamento, incluindo Atenção Domiciliar; Cuidados Paliativos e de Fim de Vida e Seguimento - se referem aos requisitos: 6.4; 6.5; 6.6 e 6.7.							
☐ Toda a organização prevista na Dimensão 1 e no requisito 6.1 deve ser desenvolvida com vistas ao cumprimento da cobertura obrigatória prevista neste item de verificação. Formas de Verificação de Evidências:							
A equipe de auditores poderá verificar: · O alcance das ações de promoção da saúde e prevenção do câncer colorretal, incluindo ações de educação e letramento em saúde, de acordo com os itens de verificação previstos neste Manual, em relação à cobertura mínima estabelecida. ☐ O número de beneficiários que realizaram o rastreamento do câncer colorretal de acordo com o protocolo previsto neste manual e a compatibilidade com a cobertura mínima estabelecida.							
☐ O monitoramento do macroindicador de rastreamento do câncer colorretal:<i>Percentual de beneficiários entre 50-75 anos que realizaram pesquisa de sangue oculto nas fezes.</i> ☐ O resultado do indicador de rastreamento:<i>Percentual de beneficiários entre 50-75 anos que realizaram pesquisa de sangue oculto nas fezes.</i> ☐ O número de beneficiários com câncer de colorretal atendidos nos serviços de atenção oncológica indicados para participar desta Linha de Cuidado por meio de sistema de monitoramento em saúde, além de faturas, sistema de contas médicas, entre outros.							
6.1.3	A Operadora estabelece a relação de prestadores de serviços da rede de Atenção Oncológica indicados para participar desta Linha de Cuidado do Câncer Colorretal. Interpretação:						Essencial
Para assegurar a cobertura populacional mínima e a integração da rede, a operadora deverá indicar no Plano Estruturado a relação dos serviços da rede de atenção oncológica indicados para participar da Linha de Cuidado do Câncer Colorretal. Os serviços de saúde indicados devem ser registrados de acordo com o modelo de "Formulário de Especificação de Rede de Atenção Oncológica para Certificação da Operadora", disponível no capítulo 11 deste Manual. Devem ser especificadas as seguintes informações relativas aos serviços indicados:							
·Linha de Cuidado. ·Tipo de Serviço: ☐Nome Fantasia. ☐Razão Social. ☐Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ.							
☐Cadastro Nacional de Estabelecimento - CNES. ☐Município e Unidade da Federação (UF). Caso o Serviço funcione dentro de outro Estabelecimento de Saúde, essa informação deve ser especificada. Por exemplo, no caso de um serviço de Atenção Oncológica Ambulatorial funcionar anexo ao hospital, com o mesmo CNPJ e CNES, a operadora deverá informar no formulário que o Estabelecimento de Saúde conta com dois serviços indicados para participar da Linha de Cuidado.							



	A operadora deverá indicar os seguintes tipos de serviços para a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal: ☐ Clínicas de Gastroenterologia ou Consultórios individuais de Gastroenterologia. ☐ Serviços de atenção oncológica ambulatorial.	
	☐ Laboratórios Análise Clínicas. ☐ Serviços de Diagnóstico por Imagem, para o câncer colorretal, conforme especificado no item 1.2.4 deste Manual ☐ Laboratórios de anatomopatologia. ☐ Serviços de Terapia Antineoplásica. ☐ Serviços de Radioterapia.	
	☐ Hospitais de referência deve dispor de infraestrutura adequada para suporte a internações, procedimentos cirúrgicos e manejo de intercorrências oncológicas para Câncer Colorretal. ☐ Serviços de Atenção Domiciliar. A operadora deve indicar os serviços de pronto atendimento, assim como os de urgência e emergência para pacientes com câncer colorretal, dentre os hospitais e clínicas designados como participantes desta Linha de Cuidado.	
	Os serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado devem atuar de forma integrada, em rede, organizando-se de acordo com o estabelecido no requisito 1.2 deste Manual. A operadora deverá pactuar com a sua rede de atenção oncológica ao câncer colorretal, a inclusão dos serviços nesta certificação, condicionada ao cumprimento dos critérios estabelecidos neste Manual	
	Possíveis Formas de de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A especificação da relação dos serviços de saúde indicados para participarem desta a Linha de Cuidado no Plano Estruturado, conforme item 1.1.1, conforme estabelecido neste item de verificação, incluindo as devidas atualizações, quando aplicável.	
	· " Se as informações relativas aos serviços de saúde indicados para participarem da Linha de Cuidado do Câncer Colorretal, estão de acordo com o modelo do "Formulário de Especificação de Rede de Atenção Oncológica para Certificação da Operadora" disponível no capítulo XI deste Manual. · A existência de contrato formal estabelecido entre a operadora e os serviços da rede de atenção indicados como participantes desta Linha de Cuidado do Câncer Colorretal,	
	· Os documentos de cobrança e as faturas referentes aos atendimentos realizados por beneficiários na rede de atenção da Linha de Cuidado do Câncer Colorretal, indicada pela operadora como participante desta Certificação. · Por amostragem, Relatórios de Visita Técnica - presencial ou virtual realizadas pela operadora, com periodicidade anual, nos serviços indicados para a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal nesta Certificação.	
6.1.4	A operadora divulga em seu portal os serviços de atenção oncológica que participam da Linha de Cuidado do Câncer Colorretal de acordo com o plano contratado. Interpretação:	Essencial
	A operadora informa em seu portal na internet quais serviços de atenção oncológica estão incluídos na certificação da Linha de Cuidado do Câncer Colorretal, sem prejuízo das obrigações estabelecidas pela Resolução Normativa - RN nº 486/2022e quaisquer alterações que possam vir a ocorrer.	
	As operadoras disponibilizam redes diferenciadas para a cobertura de consultas, eventos e procedimentos em saúde, de acordo com o produto ou plano contratado. Portanto, é importante que o beneficiário tenha acesso às informações sobre o que é oferecido para o seu plano específico no âmbito desta Linha de Cuidado. Para o cumprimento deste item, a divulgação deve estar obrigatoriamente disponível no portal da operadora na internet, podendo, adicionalmente, ser também divulgada em aplicativo móvel.	
	A informação sobre a rede de atenção oncológica deve ser apresentada de forma compreensível e acessível, permitindo que a beneficiário consulte facilmente a lista de prestadores de serviços participantes desta Linha de Cuidado, de acordo com o tipo de plano de saúde contratado, conforme especificado no item 1.2.4 deste manual: · Serviços de atenção oncológica ambulatorial. · Clínicas de Diagnóstico por Imagem (colonoscopia e retossigmoidoscopia).	
	· Serviços de Radioterapia para câncer colorretal. · Hospitais de referência para suporte a internações, procedimentos cirúrgicos e manejo de intercorrências oncológicas para o câncer colorretal · Laboratórios de anatomopatologia. Devem ser destacados, dentre os hospitais e serviços de atenção oncológica ambulatoriais indicados pela operadora, aqueles que oferecem serviço de pronto atendimento e serviços de urgência e emergência para os pacientes com câncer colorretal.	



	Sempre que houver alterações, tais como inclusão, exclusão e substituição de prestadores de serviços participantes desta Linha de Cuidado, essas informações devem ser divulgadas de forma compreensível e de fácil acesso. A operadora deverá manter os dados da rede de atenção da Linha de Cuidado do Câncer Colorretal atualizados. Possíveis Formas de de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: ☐ Se as informações relativas aos serviços de saúde indicados para participarem da Linha de Cuidado do Câncer Colorretal estão de acordo com o modelo de "Formulário de Especificação de Rede de Atenção Oncológica para Certificação da Operadora" disponível no capítulo XI deste Manual. ☐ As especificação da relação dos serviços de saúde indicados para participarem desta Linha de Cuidado no Plano Estruturado, conforme estabelecido neste item de verificação, incluindo as devidas atualizações, quando aplicável;	
	☐ Se as informações relativas aos serviços de saúde indicados para participarem da Linha de Cuidado do Câncer Câncer colorreta estão de acordo com o modelo de "Formulário de Especificação de Rede de Atenção Oncológica para Certificação da Operadora" disponível no capítulo XI deste Manual. ☐ A existência de contrato formal estabelecido entre a operadora e os serviços da rede de atenção para Linha de Cuidado do Câncer Câncer colorretal, indicada como participante desta Certificação.	
	☐ Os documentos de cobrança e as faturas referentes aos atendimentos realizados por beneficiários na rede de atenção da Linha de Cuidado do Câncer Colorretal, indicada pela operadora como participante desta Certificação. ☐ Por amostragem, Relatórios de Visita Técnica - presencial ou virtual - realizadas pela operadora, com periodicidade anual, nos serviços indicados para a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal nesta Certificação.	

6.1.5	Os Serviços de Diagnóstico por Imagem indicados para participar da Certificação na Linha de Cuidado do Câncer Colorretal contam com certificado do Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem - PADI do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR. Interpretação:	Complementar
	Acreditação em saúde é um processo periódico e voluntário de reconhecimento por uma organização independente, especializada em normas técnicas do setor, de que o estabelecimento atende a requisitos previamente definidos e demonstra competência para realizar suas atividades com segurança, dentro de padrões de excelência de atendimento ao usuário.	
	O Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem - PADI tem reconhecimento de competência pela <i>The International Society for Quality in Health Care</i>- ISQua e tem como objetivo qualificar os serviços de radiologia e imagem por meio de avaliações, criteriosas e imparciais, do cumprimento de requisitos mínimos de qualidade, segurança e sustentabilidade. A norma Padi constitui-se em um referencial de qualidade e um padrão de excelência no setor.	
	Além disso, o PADI é uma acreditação reconhecida pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS da ANS, que divulga nominalmente as clínicas e hospitais que obtiverem o certificado de acreditação. O QUALISS é uma iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que tem como objetivo melhorar a qualidade dos serviços de saúde: ·Estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde .	
	·Aumentar a disponibilidade de informações sobre os prestadores de serviços de saúde. ·Auxiliar os pacientes a fazerem escolhas mais conscientes e proativas em relação à sua saúde. Para cumprir esse item, os serviços de apoio diagnóstico por imagem indicados para participar desta Linha de Cuidado pela Operadora devem contar com certificado Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem - PADI do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR, , ou outra acreditação similar desde que reconhecida pelo QUALISS da ANS.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·A existência do certificado vigente Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem - PADI do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR dos serviços de apoio diagnóstico por imagem pela Operadora para participar desta Linha de Cuidado.	
6.1.6	Os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar da Certificação na Linha de Cuidado do Câncer Colorretal contam com selo do Programa de Acreditação e Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia (PACQ-SBP). Interpretação:	Complementar



	Acreditação em saúde é um processo periódico e voluntário de reconhecimento por uma organização independente, especializada em normas técnicas do setor, de que o estabelecimento atende a requisitos previamente definidos e demonstra competência para realizar suas atividades com segurança, dentro de padrões de excelência de atendimento ao usuário.	
	Programa de Acreditação e Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia (PACQ-SBP) é um Programa de Acreditação está baseado em requisitos, que buscam verificar o cumprimento de um rol de processos e procedimentos imprescindíveis à segurança dos pacientes e dos colaboradores. Segundo a SBP (2024), o programa busca verificar a conformidade e a rastreabilidade das amostras, adequação de instalações, manutenção de equipamentos e procedimentos internos de segurança, o sistema da qualidade do laboratório como um todo, incluindo os requisitos de gestão da qualidade, procedimentos e processos laboratoriais, recursos humanos e gestão administrativa.	
	É importante que busquem a melhoria contínua da qualidade, como um caminho de sentido único e sem volta. Além disso, o PACQ-SBP é uma acreditação reconhecida pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS da ANS, que divulga nominalmente os prestadores de serviços de saúde que obtiverem acreditação/certificação de acordo com os critérios estabelecidos no Programa. O QUALISS é uma iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que tem como objetivo melhorar a qualidade dos serviços de saúde: ·Estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde	
	·Aumentar a disponibilidade de informações sobre os prestadores de serviços de saúde ·Auxiliar os pacientes a fazerem escolhas mais conscientes e proativas em relação à sua saúde Para cumprir esse item, os laboratórios de anatomopatologia ou laboratórios de patologia indicados para participar indicados para participar desta Linha de Cuidado pela Operadora devem contar com certificado PACQ-SBP da Sociedade Brasileira de Patologia, , ou outra acreditação similar desde que reconhecida pelo QUALISS da ANS.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·A existência do certificado vigente Programa de Acreditação e Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia (PACQ-SBP) dos Laboratórios de anatomopatologia indicados pela Operadora para participar desta Linha de Cuidado.	
6.1.7	Os Hospitais indicados pela Operadora para participar da Certificação na Linha de Cuidado do Câncer Colorretal contam com certificado de Acreditação reconhecida pelo Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS da ANS. Interpretação:	complementar
	Acreditação em saúde é um processo periódico e voluntário de reconhecimento por uma organização independente, especializada em normas técnicas do setor, de que o estabelecimento atende a requisitos previamente definidos e demonstra competência para realizar suas atividades com segurança, dentro de padrões de excelência de atendimento ao usuário.	
	O Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS da ANS divulga nominalmente os hospitais que obtiverem o certificado de acreditação ou certificação de acordo com critérios estabelecidos RN 510/2022. O QUALISS é uma iniciativa da ANS que tem como objetivo melhorar a qualidade dos serviços de saúde:	
	·Estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde ·Aumentar a disponibilidade de informações sobre os prestadores de serviços de saúde ·Auxiliar os pacientes a fazerem escolhas mais conscientes e proativas em relação à sua saúde Para cumprir esse item, os hospitais indicados para participar desta Linha de Cuidado pela Operadora devem contar com certificado Programa de Acreditação ou de certificação de acordo com os critérios estabelecidos pelo QUALISS.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐A existência do certificado de Acreditação reconhecida pelo Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS da ANS dos hospitais indicados pela Operadora para participar desta Linha de Cuidado.	
6.1.8	A operadora monitora os resultados dos Indicadores assistenciais para a Linha de Cuidado do Câncer de Cólon e Reto. Interpretação: A operadora deve monitorar o desempenho da Linha de Cuidado do Câncer de Cólon e Reto por meio dos indicadores assistenciais listados neste item de verificação, de forma complementar aos macroindicadores, previstos no item 1.3.1.	Excelência



	Há uma grande diversidade de indicadores, constantes da literatura científica da área, que podem favorecer o processo de tomada de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação da atenção à saúde. A avaliação e o monitoramento da atenção à saúde por meio de indicadores oferecem subsídios para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde. O monitoramento desses indicadores deve ser realizado pela operadora, não havendo a necessidade de envio à ANS, mas poderão ser solicitados a qualquer tempo por requerimento de informação à operadora.	
	A atenção à saúde se consubstancia na rede para atenção, de modo que é primordial que seja estabelecida uma troca sistemática de informação entre a operadora e a sua rede prestadora de saúde na área de atenção oncológica participantes desta Linha de Cuidado. Segue a lista de indicadores que devem ser monitorados pela operadora para essa Linha de Cuidado. As fichas técnicas constam no Capítulo 12 deste Manual:	
	1. Percentual de pacientes submetidos à cirurgia de câncer colorretal com laudo anatomopatológico completo e padronizado 2. Percentual de pacientes com câncer de cólon e reto com registro de estadiamento TNM (pós-operatório) no prontuário 13. Percentual de tratamento antineoplásico adjuvante recebido em até 4 meses do diagnóstico para pacientes com câncer de cólon Esses indicadores devem ser coletados pelos prestadores de serviços indicados para esta Linha de Cuidado e reportados às operadoras, de modo a subsidiar os processos de gestão tanto no âmbito dos próprios serviços quanto da operadora.	
	A partir da identificação de práticas que impactaram positivamente o cuidado em saúde, podem ser adotadas ações que estimulem e favoreçam a consolidação e ampliação do seu alcance na rede assistencial da operadora. Por outro lado, se identificada a necessidade, a operadora deve estabelecer medidas corretivas caso não tenha alcançado o impacto pretendido na qualidade e segurança da atenção à saúde. Assim, a operadora deve utilizar as informações obtidas a partir do monitoramento dos indicadores e os resultados de sua avaliação para a realização do planejamento e para a gestão da atenção na Linha de Cuidado do Câncer de Cólon e Reto.	
	Os resultados do monitoramento e da avaliação, bem como o respectivo plano de ação com as eventuais medidas de ajustes, devem retroalimentar o Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1.	
	A forma de envio de dados deverá ser estabelecida em contrato ou documento similar firmado entre a operadora e os prestadores de serviços hospitalares indicados para participar da Certificação na Linha de Cuidado, respeitadas as regras da LGPD. Os contratos ou documentos similares devem ser estabelecidos entre a operadora e os prestadores, independentemente de serem integrantes da rede própria, contratada ou referenciada.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: A equipe de auditores poderá verificar: A previsão no Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1, do monitoramento e a avaliação dos Indicadores hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer de Cólon e Reto	
	Os contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais indicados como participantes da Linha de Cuidado do Câncer de Cólon e Reto nesta Certificação, mencionando o envio de dados para o cálculo dos Indicadores. Se a operadora recepcionou os dados transmitidos pelos hospitais indicados, possibilitando o cálculo dos Indicadores hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer de Cólon e Reto.	
Referência Requisito 6.1:		
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1>. Acesso em: 04 out. 2024. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).Resolução Normativa ANS nº 510, de 30 de Março de 2022. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS; revoga as Resoluções Normativas nº 405, de 09 de maio de 2016 e nº 421, de 23 de março de 2017, e dá outras providências. 2022.Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDE2OQ==>. Acesso em: 14 out. 2024. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em 15 jun. 2022. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA).Ministério da Saúde. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil.Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf. Acesso em: 07 dez. 2023. LANGLEY, G. J. et al. Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho profissional. 1.ed. Campinas, SP: Ed. Mercado de Letras, 2011.		



PADI. Programa de Acreditação em Diagnóstico por Imagem. PADI: guia do Programa de Acreditação para Diagnóstico de Imagem. Disponível em: < <https://qualyteam.com/pb/blog/voce-sabe-o-que-e-padi-descubra-aqui/#:~:text=O%20PADI%20%C3%A9%20um%20referencial,foi%20publicada%20%C3%A9%20de%202022> >. Acesso em: 04 out. 2024.

PRESTES, A. et al. Manual do gestor hospitalar. Brasília, DF: Federação Brasileira de Hospitais, 2019. Disponível em: https://fbh.com.br/wp-content/uploads/2020/11/MANUAL-FBH_web.pdf. Acesso em: 07 dez. 2023.

TANCREDI, F. B. et al. Planejamento em Saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania). V. 2

6.2. Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer Colorretal

Requisito direcionador para avaliação da Estratégia de Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer Colorretal, incluindo as ações de comunicação e educação e saúde.

6.2.1	A operadora deve disponibilizar material educativo atualizado e acessível voltado ao letramento em saúde dos beneficiários, com foco na promoção da saúde, prevenção e detecção precoce do câncer colorretal. Interpretação	Essencial
	O câncer colorretal, que compreende os tumores malignos do cólon e do reto, está entre os tipos de câncer de maior incidência no Brasil e no mundo, com crescente impacto em populações jovens e adultas (KEUM; GIOVANNUCCI, 2019). Estima-se que aproximadamente 50% dos casos acometam o reto e o sigmoide, e cerca de 30% o ceco (INCA, 2021).	
	Sua ocorrência está fortemente associada a fatores de risco modificáveis, como dieta rica em carnes processadas, sedentarismo, obesidade, consumo de álcool e tabagismo. Além disso, a presença de pólipos intestinais, doenças inflamatórias intestinais e história familiar de câncer colorretal são condições que aumentam o risco de desenvolvimento da doença (INCA, 2020; O'SULLIVAN et al., 2022; WILD; WEIDERPASS; STEWART, 2020).	
	A promoção de hábitos saudáveis e o controle dos fatores de risco são essenciais para a prevenção primária do câncer colorretal. Iniciativas que estimulam a ingestão adequada de fibras, frutas, legumes e verduras, a prática regular de atividade física e a manutenção do peso corporal adequado devem ser incentivadas sistematicamente (INCA, 2020; KANTH; INADOMI, 2021).	
	Além disso, a prevenção secundária, por meio do rastreamento, é fundamental para reduzir a mortalidade. Exames como a pesquisa de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia permitem a identificação e remoção de lesões precursoras, como os pólipos adenomatosos, ou o diagnóstico precoce da neoplasia, com maiores chances de cura (KANTH; INADOMI, 2021).	



	Nesse contexto, o letramento em saúde exerce papel estratégico. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1998), trata-se do conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos acessarem, compreenderem e utilizarem informações em favor da sua saúde. O letramento em saúde, além de ampliar o conhecimento da população, contribui para o empoderamento, a adesão a comportamentos protetores e a tomada de decisão informada (NUTBEAM, 2000; INSTITUTE OF MEDICINE, 2004). Conteúdo Obrigatório dos Materiais de Letramento	
	Os materiais devem abordar, de forma compreensível, objetiva e baseada em evidências científicas atualizadas, no mínimo, os seguintes tópicos: ☐ Promoção da Saúde e Prevenção do Câncer Colorretal o Estímulo à alimentação saudável, rica em fibras, frutas, legumes e verduras. o Redução do consumo de carnes vermelhas e processadas. o Combate ao sedentarismo e estímulo à prática de atividade física.	
	o Manutenção do peso corporal adequado. o Redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo. ☐ Fatores de Risco e Proteção o Compreensão dos fatores modificáveis e não modificáveis, como idade superior a 50 anos, histórico familiar, presença de pólipos adenomatosos ou doenças inflamatórias intestinais.	
	o Esclarecimento sobre síndromes genéticas associadas (síndrome de Lynch, polipose adenomatosa familiar) e sua relevância para o risco aumentado. ☐ Rastreamento o Informações sobre exames recomendados (sangue oculto nas fezes e colonoscopia, mediante indicação médica e decisão compartilhada). o Informações sobre avaliação específica para pessoas com fatores de risco individuais. o Importância da adesão ao rastreamento para detecção precoce e prevenção do câncer.	
	☐ Diagnóstico Precoce o Identificação dos principais sinais e sintomas sugestivos: o Mudanças persistentes nos hábitos intestinais (diarreia ou constipação). o Sangue nas fezes ou fezes escurecidas. o Perda de peso inexplicável.	

	o Anemia sem causa aparente. o Dor ou desconforto abdominal persistente. ☐ Orientação sobre a procura precoce por atendimento médico. ☐ Informações sobre como e onde acessar os serviços da operadora para investigação diagnóstica. O material deve:	
	☐ Ser destinado a beneficiários, familiares e ao público em geral; ☐ Estar disponível em formato impresso e digital; ☐ Ser disponibilizado em canais de fácil acesso: portal institucional, aplicativos móveis, redes sociais; ☐ Utilizar linguagem compreensível, empática e adaptada ao nível de compreensão do público-alvo; ☐ Observar critérios de acessibilidade e usabilidade digital (TORRES; MAZZONI, 2004);	
	☐ Ser atualizado periodicamente conforme diretrizes técnicas e científicas. ☐ Ser elaborado com base em evidências científicas e atualizado periodicamente Além disso, o material educativo pode complementar, mas não substituir, a orientação prestada presencialmente por profissionais de saúde nas consultas. O contato individualizado continua sendo imprescindível para a adesão às ações de prevenção e rastreamento. Formas de Verificação de Evidências:	
	☐ A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ Disponibilidade dos conteúdos no portal da operadora, aplicativos e redes sociais; ☐ Existência de materiais informativos como cartilhas, vídeos, podcasts, infográficos, lives e aulas; ☐ Abrangência e qualidade das informações disponibilizadas; ☐ Estratégias de divulgação e atualização dos materiais.	
6.2.2	A operadora deve disponibilizar material educativo voltado ao letramento em saúde dos beneficiários e seus familiares, com foco nas seguintes etapas da linha de cuidado do câncer colorretal: diagnóstico, tratamento, seguimento, reabilitação. Interpretação	Essencial
	Após a confirmação de lesão suspeita ou rastreamento positivo, o paciente com câncer colorretal deve ser rapidamente inserido em uma linha de cuidado articulada, multidisciplinar e contínua. Para isso, o letramento em saúde exerce papel estratégico ao garantir que pacientes e familiares compreendam os procedimentos diagnósticos, as opções terapêuticas e o percurso assistencial, favorecendo decisões compartilhadas, adesão e qualidade de vida (NUTBEAM, 2000; INSTITUTE OF MEDICINE, 2004).	
	O diagnóstico e estadiamento da doença são realizados por meio de exames como colonoscopia com biópsia, exames de imagem (tomografia, ressonância magnética, PET-CT) e avaliações laboratoriais. A clareza sobre os propósitos desses exames, seu tempo adequado de realização e sua implicação na definição do tratamento deve ser detalhada no material (INCA, 2021).	
	Na fase de tratamento, as possibilidades incluem cirurgia, quimioterapia, radioterapia, imunoterapia e terapias-alvo, a depender do estágio da doença e da condição clínica do paciente (KANTH; INADOMI, 2021). Os materiais educativos devem esclarecer as metas terapêuticas (curativa, neoadjuvante, adjuvante ou paliativa), os efeitos colaterais mais frequentes e suas formas de controle, além do papel da equipe multiprofissional. O seguimento clínico, fundamental após o término do tratamento, visa monitorar possíveis recidivas, controlar efeitos tardios e manter suporte contínuo. É necessário reforçar a importância da realização de exames periódicos e consultas regulares (KEUM; GIOVANNUCCI, 2019).	
	A reabilitação deve abranger aspectos funcionais (reeducação do trânsito intestinal, estomias), nutricionais (adequação alimentar, suplementação) e psicossociais. O material educativo precisa abordar práticas de autocuidado, retorno às atividades cotidianas e enfrentamento emocional (INCA, 2021). Já os cuidados paliativos, definidos como abordagem multidimensional que visa à qualidade de vida de pacientes com doenças ameaçadoras da vida, devem ser introduzidos precocemente sempre que houver indicação clínica, mesmo concomitantes ao tratamento curativo. O letramento em saúde deve apresentar esses cuidados como estratégia de alívio de sintomas, suporte emocional, espiritual e familiar (WHO, 1998; INSTITUTE OF MEDICINE, 2004).	
	Nos cuidados de fim de vida, é essencial orientar sobre planejamento antecipado de cuidados, comunicação com a equipe, preservação da dignidade e apoio integral ao paciente e familiares. Por fim, a navegação do cuidado deve ser incluída como um componente essencial da linha assistencial. Profissionais navegadores orientam, acompanham e coordenam o percurso do paciente entre os serviços, auxiliando na superação de barreiras e na continuidade do cuidado (INCA, 2021).	



	Conteúdo Obrigatório dos Materiais de Letramento Devem ser abordados, no mínimo, os seguintes temas: ☐ Diagnóstico e Estadiamento Explicação sobre os exames diagnósticos e de estadiamento; Importância da definição do estágio para o planejamento terapêutico.	
	☐ Tratamento Descrição das modalidades terapêuticas disponíveis; Finalidade de cada tratamento (curativo, paliativo, adjuvante); Principais efeitos colaterais e como manejá-los; Importância da adesão e da comunicação com a equipe multiprofissional.	
	☐ Seguimento o Relevância do acompanhamento clínico contínuo; o Frequência dos exames de imagem e laboratoriais; o Cuidados com sinais de recidiva ou efeitos tardios. ☐ Reabilitação	
	o Apoio nutricional, funcional e psicológico; o Cuidados com estomias e reeducação intestinal; o Retorno à vida social e laboral. ☐ Cuidados Paliativos e Fim de Vida o Definição e princípios dos cuidados paliativos;	
	o Alívio de sintomas físicos, sofrimento emocional e apoio espiritual; o Planejamento antecipado de cuidados e direitos do paciente. ☐ Navegação do Cuidado ☐ Função do profissional navegador; ☐ Apoio à coordenação entre níveis de atenção;	
	☐ Facilitação de acesso a consultas, exames e serviços de apoio. O material deve: ☐ Ser dirigido a beneficiários, familiares e cuidadores; ☐ Estar disponível em múltiplos formatos: impresso, digital, vídeos, podcasts, cartilhas e portais; ☐ Utilizar linguagem acessível, empática e tecnicamente adequada;	
	☐ Atender a critérios de acessibilidade e usabilidade (TORRES; MAZZONI, 2004); ☐ Ser atualizado periodicamente conforme diretrizes clínicas e evidências científicas atuais. Além disso, deve ser compreendido como um recurso complementar às orientações clínicas individualizadas, não substituindo a atuação presencial da equipe multiprofissional durante o cuidado. Formas de Verificação de Evidências	
	A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ Disponibilidade dos conteúdos nos canais oficiais da operadora; ☐ Abrangência dos temas mencionados; ☐ Existência de materiais como vídeos, cartilhas, podcasts, infográficos, lives; ☐ Estratégias de divulgação e atualização do conteúdo.	
6.2.3	Os serviços de atenção oncológica ambulatorial disponibilizam material educativo para o letramento em saúde dos beneficiários e familiares sobre do Câncer Colorretal. Interpretação	Essencial
	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado devem disponibilizar material educativo voltado ao letramento em saúde de pacientes e familiares sobre o câncer colorretal. O objetivo é fortalecer a participação ativa e consciente dos usuários no cuidado, desde a prevenção até o tratamento e acompanhamento.	
	Os conteúdos educativos devem abordar, no mínimo, os seguintes temas: · Promoção da saúde; · Prevenção do câncer colorretal; · Rastreamento;	
	· Diagnóstico precoce (sinais e sintomas); · Diagnóstico; · Navegação e gestão do cuidado; · Tratamentos e manejo de efeitos colaterais; · Cuidados paliativos e de final de vida.	



	O material deve ser elaborado com base em evidências científicas atualizadas, voltado principalmente para pacientes e familiares, podendo também contemplar o público em geral. As informações podem ser oferecidas em múltiplos formatos - cartilhas, manuais, vídeos, <i>podcasts</i>, postagens em redes sociais, entre outros - e devem estar acessíveis em versões impressas e digitais. No formato digital, os materiais devem estar disponíveis no portal institucional dos serviços e, adicionalmente, podem ser divulgados por aplicativos para dispositivos móveis ou pelas redes sociais dos serviços de saúde.	
	Além disso, os serviços podem empregar estratégias de interação educativa remota, como vídeos explicativos, palestras <i>online</i>, cursos virtuais e grupos temáticos com participação de profissionais da saúde. A linguagem adotada nos materiais deve ser objetiva, compreensível e acessível, de modo a facilitar o entendimento por parte dos pacientes e familiares. A comunicação adequada pode influenciar positivamente os desfechos clínicos e deve contribuir para reduzir estigmas e desinformações relacionados ao câncer colorretal.	
	Os materiais educativos devem ser revisados e atualizados periodicamente, especialmente quando houver mudanças nas diretrizes assistenciais da Linha de Cuidado. Importante destacar que essas ferramentas não substituem a orientação personalizada fornecida por profissionais de saúde durante as consultas e os encaminhamentos, sejam eles verbais ou por escrito.	
	Para o cumprimento deste item, os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados pela operadora para participar da Linha de Cuidado devem disponibilizar os conteúdos educativos, independentemente de serem serviços autônomos ou localizados em hospitais, e independentemente da natureza da rede (própria, contratada ou referenciada).	

	A obrigatoriedade de disponibilização dos materiais deve estar prevista em contrato ou instrumento similar firmado entre a operadora e os serviços participantes, garantindo a promoção contínua e estruturada da educação em saúde e o engajamento dos usuários no cuidado. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar: · A presença e acessibilidade das informações nos portais institucionais, aplicativos e redes sociais dos serviços indicados;	
	· De forma amostral, os contratos entre a operadora e os serviços de atenção oncológica ambulatorial, para checar se a obrigação de disponibilizar materiais educativos está formalizada; · A existência de materiais impressos ou digitais (cartilhas, manuais, etc.) com conteúdo educativo sobre câncer colorretal; · A produção de palestras, vídeos, lives, podcasts e cursos online, voltados a pacientes, familiares e ao público em geral, sobre os temas relacionados à linha de cuidado do câncer colorretal.	
6.2.4	Os Serviços de Terapia Antineoplásica disponibilizam material educativo para o letramento em saúde dos beneficiários e seus familiares sobre a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal. Interpretação	Complementar
	Os Serviços de Terapia Antineoplásica indicados para participar desta Linha de Cuidado são responsáveis por divulgar informações em saúde sobre o câncer colorretal. O material deve abranger tópicos como promoção, prevenção, rastreamento, diagnóstico, sinais e sintomas do câncer colorretal, tratamentos e efeitos colaterais, com o objetivo de melhorar o letramento em saúde de pacientes e familiares, promovendo sua participação ativa no cuidado.	
	O material educativo deve ser elaborado com base em evidências científicas, estar atualizado e ser direcionado especialmente para pacientes e familiares, além do público em geral. As informações podem ser disponibilizadas por meio de cartilhas, manuais, vídeos, <i>podcasts</i> e postagens em redes sociais, entre outros formatos.	
	As informações devem estar acessíveis tanto em formato impresso quanto digital. Quando em formato digital devem ser disponibilizadas através do portal institucional do Serviços de Terapia Antineoplásica. Adicionalmente, podem ser divulgadas por meio de aplicativos para dispositivos móveis ou redes sociais. Os serviços podem também empregar diferentes técnicas de interação educativa remota, como vídeos, palestras, cursos online e a organização de grupos online com temas específicos.	
	O conteúdo do material educativo deve abordar, no mínimo, os tópicos já estabelecidos no item 6.2.1. A linguagem das informações deve ser compreensível e acessível a fim de otimizar o entendimento de pacientes e seus familiares. É fundamental que o material oriente sobre diagnóstico, prognóstico, tratamentos e efeitos colaterais, pois a forma de comunicação pode influenciar positivamente ou negativamente o desfecho clínico. Além disso, é necessário minimizar os estigmas sociais relacionados ao câncer.	



	As informações precisam ser atualizadas sempre que houver mudanças nas diretrizes assistenciais da linha de cuidado do câncer colorretal. É importante destacar que nenhum material didático substitui a orientação personalizada feita por um profissional de saúde durante a consulta e os encaminhamentos necessários de forma verbal e escrita.	
	Para cumprimento deste item, os Serviços de Terapia Antineoplásica indicados pela operadora para participarem desta linha de cuidado devem disponibilizar as informações em saúde, independentemente de serem estabelecimentos de saúde autônomos ou serviços localizados em hospitais. Além disso, esses serviços devem fornecer as informações, independentemente de serem parte da rede própria, contratada ou referenciada da operadora.	
	A disponibilização de material educativo voltado ao letramento deve ser prevista nos contratos ou documentos similares entre a operadora e os Serviços de Terapia Antineoplásica indicados para participar desta Linha de Cuidado. Essa formalização garante que a educação em saúde seja promovida de maneira consistente e acessível, contribuindo para a qualidade do cuidado e o envolvimento dos beneficiários na prevenção e tratamento.	
	A disponibilização de material educativo voltado ao letramento em saúde deve estar prevista nos contratos entre a operadora e os Serviços de Terapia Antineoplásica participantes desta Linha de Cuidado. Essa formalização garante que a educação em saúde seja promovida de maneira consistente e acessível, contribuindo para a qualidade do cuidado e o envolvimento dos beneficiários na prevenção e tratamento.	
	Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá: ·Realizar consultas amostrais na área do portal da internet e nos aplicativos para dispositivos móveis e redes sociais dos Serviços de Terapia Antineoplásica indicados para participar desta Linha de Cuidado, a fim de verificar a existência e a disponibilidade das informações, conforme descrito na Interpretação deste item de verificação.	
	·Examinar de forma amostral os contratos firmados entre a operadora e os Serviços de Terapia Antineoplásica participantes desta Linha de cuidado para assegurar que os tópicos de divulgação de informações educativas estejam devidamente formalizados. ·Verificar, de forma amostral, a existência de palestras, <i>lives</i> , vídeos <i>podcasts</i> direcionados a beneficiários e ao público em geral que abordem os temas relacionados ao câncer colorretal, disponibilizados pelos Serviços de Terapia Antineoplásica indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
6.2.5	Os Serviços de Radioterapia disponibilizam material educativo para o letramento em saúde dos beneficiários e seus familiares sobre a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal. Interpretação	Complementar
	Os Serviços de Radioterapia indicados para participar desta Linha de Cuidado são responsáveis por divulgar informações em saúde sobre o câncer colorretal. O material deve abranger tópicos como promoção, prevenção, rastreamento, diagnóstico, sinais e sintomas do câncer colorretal, tratamentos e efeitos colaterais, com o objetivo de melhorar o letramento em saúde de pacientes e familiares, promovendo sua participação ativa no cuidado.	
	O material educativo deve ser elaborado com base em evidências científicas, estar atualizado e ser direcionado especialmente para pacientes e familiares, além do público em geral. As informações podem ser disponibilizadas por meio de cartilhas, manuais, vídeos, <i>podcasts</i> e postagens em redes sociais, entre outros formatos.	
	As informações devem estar acessíveis tanto em formato impresso quanto digital. Quando em formato digital devem ser disponibilizadas através do portal institucional do Serviços de Radioterapia. Adicionalmente, podem ser divulgadas por meio de aplicativos para dispositivos móveis ou redes sociais. Os serviços podem também empregar diferentes técnicas de interação educativa remota, como vídeos, palestras, cursos online e a organização de grupos online com temas específicos.	
	O conteúdo do material educativo deve abordar, no mínimo, os tópicos já estabelecidos no item 6.2.1. A linguagem das informações deve ser compreensível e acessível a fim de otimizar o entendimento de pacientes e seus familiares. É fundamental que o material oriente sobre diagnóstico, prognóstico, tratamentos e efeitos colaterais, pois a forma de comunicação pode influenciar positivamente ou negativamente o desfecho clínico. Além disso, é necessário minimizar os estigmas sociais relacionados ao câncer.	
	As informações precisam ser atualizadas sempre que houver mudanças nas diretrizes assistenciais da linha de cuidado do câncer colorretal. É importante destacar que nenhum material didático substitui a orientação personalizada feita por um profissional de saúde durante a consulta e os encaminhamentos necessários de forma verbal e escrita.	



	Para cumprimento deste item, os Serviços de Radioterapia indicados pela operadora para participarem desta linha de cuidado do câncer colorretal devem disponibilizar as informações em saúde, independentemente de serem estabelecimentos de saúde autônomos ou serviços localizados em hospitais. Além disso, esses serviços devem fornecer as informações, independentemente de serem parte da rede própria, contratada ou referenciada da operadora.	
	A disponibilização de material educativo voltado ao letramento deve ser prevista nos contratos ou documentos similares entre a operadora e os Serviços de Radioterapia indicados para participar desta Linha de Cuidado. Essa formalização garante que a educação em saúde seja promovida de maneira consistente e acessível, contribuindo para a qualidade do cuidado e o envolvimento dos beneficiários na prevenção e tratamento.	
	A disponibilização de material educativo voltado ao letramento em saúde pelo prestador de serviço deve estar prevista nos contratos entre a operadora os Serviços de Radioterapia participantes desta Linha de Cuidado. Essa formalização garante que a educação em saúde seja promovida de maneira consistente e acessível, contribuindo para a qualidade do cuidado e o envolvimento dos beneficiários na prevenção e tratamento.	
	Formas de Verificação de Evidências: ·A equipe de auditores poderá · Realizar consultas amostrais na área do portal da internet e nos aplicativos para dispositivos móveis e redes sociais dos Serviços de Radioterapia indicados para esta Linha de Cuidado, a fim de verificar a existência e a disponibilidade das informações, conforme descrito na Interpretação deste item de verificação.	
	· Examinar de forma amostral os contratos firmados entre a operadora e os Serviços de Radioterapia participantes desta Linha de cuidado para assegurar que os tópicos de divulgação de informações educativas estejam devidamente formalizados. · Verificar, de forma amostral, a existência de palestras, <i>lives</i> , vídeos <i>podcasts</i> direcionados a beneficiários e ao público em geral que abordem os temas relacionados ao câncer colorretal, disponibilizados pelos Serviços de Radioterapia indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
Referências Requisito 6.2: INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf >. Acesso em: 25 ago. 2022. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Dieta, nutrição, atividade física e câncer: uma perspectiva global. Rio de Janeiro: INCA, 2020.		
INSTITUTE OF MEDICINE (US). Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press, 2004. KANTH, P.; INADOMI, J. M. Screening and prevention of colorectal cancer. BMJ, v. 374, n. 1855, 2021. Disponível em: < https://www.bmj.com/content/bmj/374/bmj.n1855.full.pdf >. Acesso em: 16 jan. 2023. KEUM, N.; GIOVANNUCCI, E. Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology, v. 16, p. 713-719, 2019. Disponível em: < https://www.nature.com/articles/s41575-019-0189-8 >. Acesso em: 16 jan. 2023.		
NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, v. 15, n. 3, p. 259-267, 2000. OSULLIVAN, D. E. et al. Risk factors for early-onset colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. Clinical Gastroenterology and Hepatology, v. 20, n. 6, p. 1229-1240, 2022. Disponível em: < https://www.binasss.sa.cr/jun22/19.pdf >. Acesso em: 17 jan. 2023.		
TORRES, A. L. A.; MAZZONI, A. A. Usabilidade e acessibilidade na educação a distância. Revista Brasileira de Aprendizagem Aberta e a Distância, 2004. WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. (ed.). World cancer report: cancer research for cancer prevention. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2020. Disponível em: < http://publications.iarc.fr/586 >. Acesso em: 22 dez. 2020. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: < https://www.who.int/publications/i/item/health-promotion-glossary >. Acesso em: 27 maio 2025.		
6.3 Estratégias para a Detecção Precoce - Câncer Colorretal Requisito avaliador das ações da operadora no estabelecimento de estratégias para a detecção precoce do Câncer Colorretal.		
6.3.1	A operadora deve pactuar com os serviços de atenção oncológica integrantes desta Linha de Cuidado protocolo clínicos baseados em evidências científicas para o rastreamento individualizado do câncer colorretal, por meio de colonoscopia, para pacientes acima de 50 anos. Interpretação	Essencial
	O rastreamento do câncer colorretal em pessoas assintomáticas é uma estratégia comprovadamente eficaz para detecção precoce de lesões precursoras e redução da mortalidade (INCA, 2023). Em geral, a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), método não invasivo, é a abordagem recomendada para triagem populacional em indivíduos de risco habitual entre 50 e 74 anos (INCA, 2023; SBOC, 2025).	



	Para situações em que se considera o uso da colonoscopia como método primário de rastreamento em pessoas de risco habitual - e não como exame confirmatório - é fundamental que a decisão seja tomada de forma compartilhada entre médico assistente e paciente, com registro formal por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).	
	Essa exigência se justifica por se tratar de um exame invasivo, que envolve riscos inerentes, necessidade de preparo intestinal rigoroso, sedação e maior complexidade técnica. A pactuação entre a operadora e os prestadores de serviços indicados para participar desta linha de cuidado deve assegurar: ☐ Estabelecimento de protocolo clínico que defina critérios específicos para a utilização da colonoscopia como método primário de rastreamento, em contextos clínicos devidamente justificados.	
	☐ Aplicação obrigatória do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a realização de colonoscopia em indivíduos de risco habitual, com cópia arquivada no prontuário clínico do paciente. ☐ Implementação de processo estruturado de decisão compartilhada, que garanta o respeito ao direito do paciente à informação e à autonomia na escolha da estratégia de rastreamento.	
	☐ Previsão contratual dessa pactuação, com incorporação formal ao Plano Estruturado da Linha de Cuidado do Câncer Colorretal A periodicidade e indicação do rastreamento individualizado são de competência do médico assistente. A operadora deve pactuar com os serviços de atenção oncológica integrantes desta Linha de Cuidado protocolo para o rastreamento individualizado do câncer colorretal, para indivíduos de risco habitual acima de 50 anos mediante decisão compartilhada e TCLE.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ A existência, no Plano Estruturado, de protocolo de rastreamento individualizado para câncer colorretal. ☐ Documentação formal (contratos, aditivos ou termos de cooperação) firmada entre operadora e prestadores com previsão da abordagem descrita. ☐ De forma amostral, verificar o fluxo institucional para aplicação da decisão compartilhada na indicação de exames invasivos.	

6.3.2	A operadora deve implementar um programa de busca ativa para rastreamento populacional organizado do câncer colorretal para beneficiários entre 50 e 75 anos, utilizando a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) com periodicidade bienal. Interpretação			Essencial
	O rastreamento populacional organizado é uma estratégia estruturada de saúde pública, voltada para pessoas assintomáticas com risco habitual. Difere-se do rastreamento individualizado, que é realizado por demanda clínica, direcionado a pessoas com risco aumentado, mediante avaliação individual e indicação médica. A operadora deve garantir: ☐ Busca ativa sistemática da população elegível;			
	☐ Convite formal e periódico para realização do exame; ☐ Organização do fluxo de confirmação diagnóstica (colonoscopia) nos casos positivos; ☐ Registro das etapas assistenciais e monitoramento da adesão ao rastreamento; ☐ Decisão compartilhada e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) nos casos em que a colonoscopia for proposta como método primário, por se tratar de exame invasivo.			
	Métodos Recomendados de Rastreamento			
	Método	Indicação	Periodicidade	Referências
	PSOF (FIT/g-FOBT)	População assintomática de risco habitual	Bienal	INCA (2023); WHO (2020); SBOC (2025)
	Colonoscopia	Confirmatória para PSOF positivo ou método primário mediante decisão compartilhada	A cada 10 anos (habitual) ou individualizado	SBCP (2024); NCCN (2024); MS (2024)
	A SBCP (2024) orienta que colonoscopia também pode ser oferecida como método primário de rastreamento em pessoas com risco habitual, desde que envolva decisão compartilhada, considerando as preferências e valores do paciente, o risco benefício e o acesso.			
	Para pessoas com risco aumentado (história familiar, pólipos adenomatosos, doenças inflamatórias intestinais, síndromes genéticas), a colonoscopia é o método preferencial de rastreamento (INCA, 2022; BRASIL, 2024; SBCP, 2024). Estratégias Recomendadas de Busca Ativa A operadora deve implementar busca ativa estruturada, utilizando estratégias como:			



	☐ Envio de mensagens SMS, e-mails e notificações via aplicativos para dispositivos móveis ; ☐ Ligações telefônicas ativas e agendamento proativo do exame; ☐ Abordagem direta durante consultas presenciais e teleatendimentos; ☐ Campanhas digitais e institucionais direcionadas ao público-alvo; ☐ Parcerias com prestadores da atenção primária, sempre que disponíveis, para identificação e engajamento dos beneficiários elegíveis.					
	Modelos Internacionais de Rastreamento Populacional					
	País	Idade-Alvo	Método Inicial	Frequência	Organização	
	Brasil	50-75 anos	PSOF / Colonoscopia	Bienal	Operadoras / SUS	
	Reino Unido (NHS)	50-74 anos	PSOF domiciliar	Bienal	Convite postal e teste domiciliar	
	EUA (USPSTF)	45-75 anos	PSOF ou colonoscopia	Anual (PSOF)	Decisão compartilhada	
	Canadá	50-74 anos	FIT	Bienal	Sistema público envia kits	
	Alemanha	50+ anos	FIT / Colonoscopia	Bienal ou escolha	Informação estruturada ao paciente	
	Espanha (COLONPREV)	50-69 anos	FIT ou Colonoscopia	Bienal (FIT)	Testes domiciliares ou decisão compartilhada	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências:					
	A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ Previsão do rastreamento no Plano Estruturado da Linha de Cuidado; ☐ Documentação das estratégias de busca ativa implementadas; ☐ Indicador de cobertura: percentual de beneficiários de 50-75 anos que realizaram o PSOF; ☐ Registro da adesão ao rastreamento e do tempo decorrido até a realização do exame confirmatório (colonoscopia).					
6.3.3	A operadora deve pactuar com gastroenterologistas e clínicas de gastroenterologia protocolo de rastreamento individualizado para pacientes com risco aumentado para câncer colorretal. Interpretação					Essencial
	Devem ser considerados indivíduos com risco aumentado aqueles que apresentam: ☐ História familiar de câncer colorretal;					
	☐ Presença de pólipos adenomatosos; ☐ Doença inflamatória intestinal (retocolite ulcerativa ou doença de Crohn); ☐ Síndromes genéticas associadas, como a Síndrome de Lynch ou a Polipose Adenomatosa Familiar. Esses pacientes devem ser acompanhados em serviços especializados, conforme preconizado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2021), Ministério da Saúde (2016) e Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC, 2025).					
	A identificação precoce da suscetibilidade genética ou clínica ao câncer colorretal possibilita intervenções antecipadas, com potencial de reduzir tanto a incidência quanto a mortalidade associadas à doença. O rastreamento nesse grupo deve ser individualizado, baseado em protocolos clínicos pactuados com especialistas. A colonoscopia é amplamente recomendada como método inicial para indivíduos com risco elevado, conforme as diretrizes do INCA, SBOC, Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP), bem como recomendações internacionais (EUA, Canadá, Reino Unido, Alemanha).					
	Tabela - Critérios para Risco Aumentado de Câncer Colorretal (Fonte: INCA, 2021; SBOC, 2025)					
	Critério		Rastreio Indicado			
	Parente de 1º grau <60 anos com câncer colorretal		Colonoscopia a partir dos 40 anos ou 10 anos antes do diagnóstico			
	Dois ou mais parentes de 1º grau com câncer colorretal		Colonoscopia precoce			
	História pessoal de pólipos adenomatosos avançados		Colonoscopia periódica			
	Doença inflamatória intestinal crônica (Crohn, retocolite)		Colonoscopia com intervalos reduzidos			



	Síndrome de Lynch ou polipose adenomatosa familiar	Acompanhamento em genética médica e colonoscopia regular	

	Segundo o INCA (2021) e a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - SBOC (2025), a colonoscopia é o exame preferencial para o rastreamento de indivíduos com risco aumentado para câncer colorretal, pois permite tanto o diagnóstico precoce quanto a remoção de lesões precursoras durante o próprio procedimento.		
	A retossigmoidoscopia pode ser considerada como alternativa em contextos específicos, conforme avaliação clínica. Em todos os casos, a realização do exame deve ser precedida de decisão clínica compartilhada entre médico e paciente, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), considerando os riscos inerentes a procedimentos invasivos A operadora deve: ☐ Pactuar, com sua rede de gastroenterologistas, protocolos clínicos baseados em evidências científicas para o rastreio de alto risco;		
	☐ Garantir que esses protocolos estejam formalizados por contrato, aditivo ou documento similar, independentemente da modalidade da rede (própria, credenciada ou referenciada); ☐ Incluir os fluxos e condutas no Plano Estruturado da Linha de Cuidado em Oncologia; ☐ Estimular a formação contínua da rede e disponibilizar materiais educativos para os pacientes. Quadro com exemplos internacionais		
	País	Diretriz	Método Primário para Alto Risco
	EUA	NCCN / ACS: Colonoscopia a partir dos 40 anos	Colonoscopia
	Canadá	Cancer Care Ontario: Colonoscopia precoce	Colonoscopia
	Reino Unido	NICE / NHS: Colonoscopia em familiares de alto risco	Colonoscopia
	Alemanha	Teste imunológico + colonoscopia preferencial em alto risco	Colonoscopia
	No Brasil, o INCA (2021) recomenda que indivíduos com risco aumentado para câncer colorretal sejam encaminhados a serviços especializados, com preferência pela colonoscopia como exame inicial de rastreamento. A Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC, 2025) e a Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP, 2024) reforçam essa diretriz, destacando a importância da conduta médica personalizada e do rastreamento precoce nesses casos.		
	Para o cumprimento deste item, a operadora deve pactuar com gastroenterologistas, clínicas de gastroenterologia e médicos clínicos um protocolo de rastreamento individualizado para beneficiários com risco aumentado para câncer colorretal. Essa pactuação deve estar formalizada por meio de contrato ou documento equivalente. Formas de Verificação de Evidências		
	A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ Protocolo formalizado no Plano Estruturado da Linha de Cuidado Oncológica; ☐ Contratos ou documentos com a rede de gastroenterologistas contendo as diretrizes pactuadas; ☐ Previsão de decisão clínica compartilhada, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ☐ Registros da realização de colonoscopias nos sistemas de informação da operadora.		
6.3.4	Os Laboratórios Análises Clínicas participantes desta Linha de Cuidado realizam busca ativa dos pacientes com resultados alterados de exames de rastreamento do câncer colorretal. Interpretação:		Essencial
	O exame de sangue oculto nas fezes (FOBT, do inglês, <i>fecal occult blood test</i>) é a estratégia utilizada como um primeiro exame para o rastreamento do câncer colorretal, que necessitará, nos casos positivos, de exame complementar ou confirmatório, por meio da colonoscopia ou retossigmoidoscopia. Esse exame tem como vantagem a simplicidade, o baixo custo e a ausência de complicações (INCA, 2021).		
	A Operadora deve pactuar e estabelecer rotinas com sua rede de Laboratórios de Análises Clínicas, que estão indicados para participar desta Linha de Cuidado, a fim de realizarem busca ativa dos pacientes com resultados alterados de exames de rastreamento do câncer colorretal (Sangue Oculto nas Fezes FOBT ou Teste Imunoquímico Fecal -FIT), para que ocorra o prosseguimento da investigação diagnóstica.		
	É importante a realização da colonoscopia após um teste de triagem fecal positivo para câncer colorretal -Sangue Oculto nas Fezes (FOBT) ou FIT. Dado o tempo necessário para encaminhamento e planejamento cirúrgico para retirada do tumor, a colonoscopia deve ser realizada o mais rápido possível após Sangue Oculto nas Fezes (FOBT) ou FIT alterado.		



	Para pontuar neste item, a operadora deve pactuar com os Laboratórios de Análises Clínicas a busca ativa de indivíduos com resultados alterados nos exames de rastreamento para o câncer colorretal. A busca ativa deve ser realizada até 48h após a emissão do laudo do exame com resultado alterado. A busca ativa do paciente tem por objetivo viabilizar o prosseguimento da investigação e garantir a continuidade do cuidado em tempo oportuno, contribuindo para melhores desfechos clínicos.	
	Para conferir celeridade à busca ativa, os Laboratórios devem contar com um sistema de informação que emita uma notificação de alerta sempre que houver a detecção de exames alterados e devem manter uma rotina de solicitação de assinatura pelo paciente do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da realização do exame. Esse termo deve incluir a autorização do paciente para o encaminhamento dos resultados ao médico solicitante e o contato direto com o paciente em caso de exame alterado.	
	Caso o beneficiário se recuse a autorizar o contato direto do laboratório em caso de exame alterado, deverá assinar uma declaração informando a recusa. A negativa da paciente deve ser documentada pelo Laboratório.	
	Para pontuar neste item, a operadora deve pactuar com sua rede a utilização dos Laboratórios de Análises Clínicas participantes desta Linha de Cuidado para a realização do rastreamento do câncer, que contam com rotina de busca ativa de indivíduos com resultados alterados. A operadora deve prever em contratos ou documentos similares com Laboratórios de Análises Clínicas participantes desta Linha de Cuidado, sejam eles de rede própria, contratada ou referenciada, as seguintes ações:	
	·As estratégias para busca ativa dos pacientes com resultados de exames alterados. ·A implementação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelo beneficiário antes da realização do exame, no qual deve constar a autorização do paciente para encaminhamento do resultado ao médico assistente e contato direto com o próprio paciente em caso de exame alterado. ·A implementação de um sistema de alerta para os resultados de exames alterados. ·A existência de cadastro com o contato de pacientes e médicos solicitantes, para que seja realizada a busca ativa, respeitando o disposto na LGPD.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·No Plano Estruturado da Certificação em Atenção Oncológica, a definição das estratégias para busca ativa de pacientes com resultados de exames alterados pelos Laboratórios de Análises Clínicas participantes desta Linha de Cuidado. ·Contratos ou documentos similares da operadora com os serviços de apoio diagnóstico, de forma amostral, que devem conter:	



	☐A definição de como se estrutura as estratégias para busca ativa dos pacientes com resultados de exames alterados. ☐Item relativo a programa de alertas para resultado alterados ☐existência de um cadastro dos pacientes e dos médicos assistentes, garantindo que a busca ativa possa ser realizada de forma eficaz. A equipe de auditores poderá realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, aos Serviços de Apoio Diagnóstico indicados para participar desta Linha de cuidado.	
6.3.5	Os Laboratórios de Análises Clínicas participantes desta Linha de Cuidado enviam os laudos de exames de rastreamento do câncer colorretal, com resultados alterados para os médicos solicitantes Interpretação:	Essencial
	A operadora deve pactuar e estabelecer rotinas com os Laboratórios de Análises Clínicas que participam desta Linha de Cuidado, para que enviem ao médico solicitante os laudos dos exames de rastreamento (Sangue Oculto nas Fezes) ou Teste Imunoquímico FecalFIT em até 48 horas após a emissão do laudo, para possa haver a continuidade da investigação diagnóstica em tempo oportuno.	
	É responsabilidade dos envolvidos nos exames de rastreamento se certificarem de que os laudos alterados sejam recebidos por aqueles com capacidade para encaminhar o cuidado do paciente. A implementação do envio dos resultados para o médico solicitante é uma ferramenta importante na organização da rede de cuidados, com o objetivo de assegurar que tanto os pacientes quanto os médicos solicitantes tenham acesso a resultados de exames alterados, mesmo que o paciente não retorne para buscá-los (ANS, 2016).	
	Para isso há a necessidade de criação de alertas para resultados alterados no sistema de informação dos Laboratórios de Análises Clínicas para que entrem em contato com o médico assistente garantindo a continuidade do cuidado. Essa é uma medida relativamente simples, mas que tem um impacto sistêmico importante (ANS, 2016).	

	Essas ações de envio dos exames alterados para o médico solicitante visam viabilizar o prosseguimento da investigação, contribuindo para melhores desfechos clínicos. Portanto, o estabelecimento dessa rotina é essencial para garantir agilidade no diagnóstico, que é indispensável para a tomada de decisão. O Laboratório deve manter uma rotina de solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da realização do exame, incluindo a autorização para o encaminhamento dos resultados ao médico solicitante em caso de exame alterado.	
	Caso o beneficiário se recuse a autorizar o encaminhamento dos resultados ao médico solicitante, deverá assinar uma declaração informando sua recusa, que deve ser documentada pelo Laboratório. Para cumprir esse item, o Laboratório de Análises Clínicas indicado para participar desta Linha de Cuidado deverá implementar um sistema de alerta para a rápida identificação dos exames alterados e, em seguida, enviar o laudo ao médico assistente que solicitou o exame no prazo de 48 horas. Para pontuar nesse item, operadora deve prever em contrato ou documento similar com os Laboratórios de Análises Clínicas:	
	·O envio ao médico solicitante dos laudos dos exames de rastreamento do câncer colorretal alterados, no prazo máximo de 48 horas após a emissão do laudo. ·A implementação de um sistema de alerta para a rápida identificação dos exames de rastreamento do câncer colorretal alterados. ·A existência de um cadastro com os contatos de pacientes e médicos solicitantes, para que seja realizada o envio ao médico solicitante, respeitando o disposto na LGPD.	
	·A implementação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual deve constar a autorização da paciente para encaminhamento do resultado ao médico assistente. A pactuação citada deve ser realizada entre a operadora e os Laboratórios de Análises Clínicas indicados para esta Linha de Cuidado, independentemente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada da operadora.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: ·A equipe de auditores poderá verificar: ☐ No capítulo da Linha de Cuidado do Câncer Colorretal do Plano Estruturado a previsão da pactuação com os Laboratórios de Análises Clínicas das estratégias de envio dos laudos alterados para o médico solicitante.	
	☐ Os contratos, de forma amostral, entre a operadora e os Laboratórios de Análises Clínicas, que devem conter: ☐ A definição das estratégias para envio dos laudos alterados para o médico solicitante, incluindo o sistema de alertas para resultados alterados. ☐ A existência de um cadastro de pacientes e médicos assistentes, para que o envio dos laudos alterados para os médicos solicitantes possa ser efetivamente executados. ☐ Realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, aos Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar desta Linha de cuidado.	
6.3.6	A operadora pactua com sua rede de serviços de atenção primária, clínicas de gastroenterologia, gastroenterologistas e médicos clínicos protocolo de investigação para o diagnóstico precoce de câncer colorretal em indivíduos com sinais e sintomas suspeitos. Interpretação	Essencial
	A operadora pactua com sua rede de serviços de atenção primária, clínicas de gastroenterologia, gastroenterologistas, e médicos clínicos a utilização de protocolo de investigação para o diagnóstico precoce do câncer colorretal em indivíduos com sinais e sintomas suspeitos. O diagnóstico precoce busca reduzir a morbidade e mortalidade do câncer colorretal, concentrando-se na identificação da doença em seus estágios iniciais por meio de uma avaliação diagnóstica imediata.	
	Existem diversas barreiras que podem interferir no diagnóstico precoce do câncer colorretal, com destaque para (INCA, 2021): ·A baixa compreensão quanto às manifestações clínicas da doença. ·O estigma do câncer como doença incurável, que leva a população a evitar procurar serviços de saúde. ·A necessidade de atualização dos profissionais de saúde, que pode comprometer a identificação e o acompanhamento adequado dos casos de câncer.	
	·A dificuldade de acesso dos beneficiários aos serviços para avaliação, investigação diagnóstica e tratamento em tempo oportuno, de forma contínua e integrada. A seguir são listados os sinais e sintomas suspeitos do câncer colorretal, que devem levar a uma investigação diagnóstica (NICE, 2015; INCA, 2021): ·Mudanças de hábitos intestinais (diarreia ou constipação).	
	·Hemorragia digestiva baixa. ·Anemia. ·Perda inexplicável de peso. ·Fezes escuras ou com sangue visível. ·Massa abdominal e dor abdominal.	



	·Desconforto abdominal constante. Na presença de quaisquer desses sinais e sintomas apresentados, deve ser iniciada a investigação diagnóstica imediatamente. Para garantir um diagnóstico oportuno de início precoce, deve-se aumentar a conscientização sobre possíveis sinais e sintomas de alerta associados ao câncer colorretal, e realizar o encaminhamento de pacientes com sinais e sintomas para investigação diagnóstica imediata, com a realização de colonoscopia ou retossigmoidoscopia e tratamento com base em protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas.	

	A colonoscopia é o principal exame para visualizar lesões no cólon. A retossigmoidoscopia pode ser utilizada para visualizar lesões no sigmoide e reto. Ambos os exames utilizam fibras óticas com câmaras digitais, permitindo a visualização da mucosa intestinal e a realização de biópsias em caso de lesões suspeitas.		
	Os pólipos, quando identificados, podem ser retirados, como forma de prevenção, por estarem associados a um maior risco de desenvolvimento de câncer colorretal, especialmente quando possuem características avançadas, como tamanho superior a 1 cm, displasia de alto grau ou padrão histológico mais agressivo (Bonnington e Rutter, 2016). A detecção e remoção precoce dessas lesões precursoras, antes que se tornem malignas, são fundamentais para interromper a progressão da doença e prevenir o surgimento do câncer colorretal (INCA, 2021; Sullivan et al, 2022).		
	A investigação diagnóstica imediata na presença de sinais e sintomas suspeitos deve ser realizada de acordo com protocolo baseado em evidências científicas e quando solicitada pelo médico assistente. A definição de protocolos de referência para a investigação diagnóstica de casos suspeitos é altamente recomendada. É importante destacar que um protocolo de encaminhamento para investigação diagnóstica não busca restringir a liberdade de decisão do médico, mas sim atuar como um suporte para o raciocínio clínico, auxiliando na tomada de decisões com base em evidências e melhores práticas (INCA, 2015).		
	A concordância entre os resultados dos exames e a clínica oferece segurança no diagnóstico e é fundamental para o planejamento terapêutico adequado. Quando ocorre discordância entre esses resultados, é necessário intensificar a investigação diagnóstica para garantir precisão. Para dar prosseguimento à investigação diagnóstica do câncer colorretal, é importante que as solicitações dos exames sejam priorizadas pela operadora e sigam a Via Rápida Oncológica ou Fast Track, conforme previsto no item 1.1.8. Essa abordagem visa garantir que os pacientes recebam um atendimento ágil e eficaz, reduzindo o tempo de espera e melhorando os desfechos clínicos.		
	Para cumprir este item, a operadora deve pactuar um protocolo de diagnóstico precoce com sua rede assistencial participante desta Linha de Cuidado, incluindo clínicas de gastroenterologia, serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), gastroenterologistas, clínicos e oncologistas. Este protocolo deve assegurar uma abordagem integrada e ágil no diagnóstico do câncer colorretal. A pactuação de um protocolo de diagnóstico precoce entre a operadora e sua rede assistencial participante desta Linha de Cuidado deve contar em contrato ou documento similar, independente do serviço compor a rede própria, contratada ou referenciada.		
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências A equipe de auditores poderá verificar: ·No Plano Estruturado da Certificação em Atenção Oncológica a definição do protocolo de investigação diagnóstica pactuada com a rede para o câncer colorretal em pacientes que apresentam sinais e sintomas suspeitos		
	·A previsão de celeridade dos exames de investigação diagnóstica para o câncer colorretal por meio do Fluxo Rápido ou Fast track da Central de Atendimento da operadora. ·Nos contratos, de forma amostral, a existência de pactuação de protocolo para o diagnóstico precoce do câncer colorretal com os prestadores da rede assistencial da operadora.		
6.3.7	A operadora monitora o percentual de beneficiários entre 50 e 75 anos que realizaram Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes Guaiaco (g-FOBT), alcançando um resultado igual ou superior a 90% dos indivíduos. Interpretação		Excelência
	Para o câncer colorretal, a OMS recomenda ações de rastreamento e de diagnóstico precoce (WILD; WEIDERPASS; STEWART, 2007, INCA, 2021). Para isso, identificar os grupos populacionais que mais se beneficiam com o rastreamento, é fundamental. A classificação de risco para o câncer colorretal consta na tabela a seguir: Tabela de Classificação de Risco do Câncer Colorretal		
	Médio risco	Homens e mulheres de 50 a 75 anos sem história pessoal ou familiar de câncer de intestino	
	Alto risco	Homens e mulheres com história familiar de câncer de colorretal (incluindo síndromes hereditárias como polipose adenomatosa familiar, síndrome de Lynch, entre outras), história pessoal de doença inflamatória do intestino ou história pessoal de câncer (intestino, ovário, útero ou mama)	



	Fonte: INCA, 2021 Para cumprir este item, a operadora deve realizar o rastreamento organizado do câncer colorretal por meio de pesquisa de sangue oculto nas fezes para os beneficiários de médio risco, com idade entre 50 e 75 anos, a cada dois anos, de acordo com o protocolo pactuado. Além disso, a operadora deve monitorar o indicador "Percentual de beneficiários entre 50-75 anos que realizaram pesquisa de sangue oculto nas fezes", alcançando um resultado igual ou superior a 90% de cobertura.	
	O cálculo do indicador "Percentual de beneficiários entre 50-75 anos que realizaram pesquisa de sangue oculto nas fezes" deve seguir o estabelecido no item 1.3.1, deste Manual. A Ficha Técnica do indicador encontra-se disponível no capítulo XII e prevê a identificação unívoca dos beneficiários para que sejam identificadas as pessoas que integram a população-alvo e quantas realizaram a pesquisa de sangue oculto nas fezes no período de dois anos, evitando vieses. Devem ser desconsiderados exames repetidos no mesmo beneficiário no período considerado.	
	o envio dos dados dos Laboratórios de Análises Clínicas indicados para essa Linha de Cuidado em contrato ou documento similar. Para que a operadora cumpra esse item e mantenha e atinja uma cobertura suficiente e eficaz do rastreamento do câncer colorretal na população-alvo, deverá: Pactuar com os Laboratórios de Análises Clínicas indicados para participar desta Linha de Cuidado o envio dos dados referentes a realização dos exames de rastreamento por meio do Sangue Oculto nas Fezes Guaiaco (g-FOBT).	
	Monitorar o resultado do indicador a partir da identificação unívoca dos beneficiários, considerando a indicação da realização de Sangue Oculto nas Fezes Guaiaco (g-FOBT) em intervalo igual ou inferior a 24 meses na faixa etária de 50 a 75 anos. Alcançar resultado igual ou superior a 90% no indicador "Percentual de beneficiários entre 50-75 anos que realizaram pesquisa de sangue oculto nas fezes", com realização do exame pelo menos no intervalo de 24 meses, de acordo com a ficha técnica, disponível no capítulo XI deste Manual. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências	
	A equipe de auditores poderá verificar: · No Plano Estruturado desta certificação no capítulo sobre a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal e definição de estratégias para o rastreamento organizado do câncer colorretal, de acordo com o Protocolo, incluído a busca ativa e o monitoramento das ações · No sistema de informação da operadora, a identificação dos beneficiários entre 50 e 75 anos, de forma unívoca, e a data de realização da pesquisa de sangue oculto nas fezes.	



· O resultado apurado pelo sistema de informação da operadora do indicador: *Percentual de beneficiários entre 50-75 anos que realizaram pesquisa de sangue oculto nas fezes*.

· As estratégias de busca ativa realizadas pela operadora por meio de mensagens, telefonemas, dentre outros.

· Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, entre a operadora e os Laboratórios de Análises Clínicas participantes desta Linha de Cuidado prevendo o envio de dados referentes a realização dos exames de rastreamento por meio do Sangue Oculto nas Fezes Guaiaco (g-FOBT).

Referências Requisito 6.3:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa - RN nº 486, de 2022. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa nº 486, de 29 de março de 2020. Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa - RN Nº 190, de 30 de abril de 2009 e a RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respectivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor de saúde suplementar.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDIzMA=>>>. Acesso em: 27 jul. 2022.

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). *Colorectal Cancer Early Detection*. 2023. Disponível em: <<https://www.cancer.org>>. Acesso em: 15 jul. 2025.

BONNINGTON, S. N.; RUTTER, M.D. Surveillance of colonic polyps: Are we getting it right? *World Journal of Gastroenterology*, v. 22, n. 6, p.1925-1934, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4726668/>>. Acesso em: 04 out. 2024.

BRASIL. Lei Geral de Proteção aos Dados Pessoais (LGPD) - lei no. 13.709 de 14 de agosto de 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm>. Acesso em 07 out. 2022.

FORBES, N. et al. Association between time to colonoscopy after positive fecal testing and colorectal cancer outcomes: a systematic review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, v. 19, n. 7, p.1344-1354, 2021. Disponível: <[https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(20\)31378-1/fulltext](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(20)31378-1/fulltext)>. Acesso em: 19 jan. 2023.

GINI, A. et al. Impact of colorectal cancer screening on cancer-specific mortality in Europe: A systematic review. *European Journal of Cancer*, v. 127, p. 224-235, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804919308706>>. Acesso em: 17 jan. 2023.

HEWITSON, P. et al. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. The Cochrane Database of Systematic Reviews, [Chichester], n. 1, p. CD001216, 24 Jan 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>>. Acesso em: 23 jul. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Dieta, nutrição, atividade física e câncer: uma perspectiva global: um resumo do terceiro relatório de especialistas com uma perspectiva brasileira. Rio de Janeiro: INCA, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção Precoce do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>>. Acesso em: 04 out. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2022.

KANTH, P; INADOMI, J. M. Screening and prevention of colorectal cancer. BMJ, v. 374, n. 1855.2021. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20210917224700id_/https://www.bmj.com/content/bmj/374/bmj.n1855.full.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2023.

KEUM, N.; GIOVANNUCCI, E. Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies. Nature Reviews Gastroenterology e Hepatology, v. 16, p. 713-719, 2019. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41575-019-0189-8>>. Acesso em: 16 jan. 2023.

KOO, M.M. et al. Conceptual framework to guide early diagnosis programs for symptomatic cancer as part of global cancer control. JCO Global Oncology, v. 7, p. 35-45, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8081530/>>. Acesso em 07 out. 2022.

LADABAUM, U. et al. Strategies for Colorectal Cancer Screening, Gastroenterology, v. 158, n. 2, p. 418-432, 2020. Disponível em: <https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/1805/21446/Ladabaum_2019_strategies.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 17 jan. 2023.

LEMKE, R.A; SILVA, R.A.N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v.10, n. 1, 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 mai. 2018.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology- *Colon Cancer* Version 1. 2024.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Guideline Suspected cancer: recognition and referral. Published: 23 June 2015. Last updated: 02 October 2023. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>>. Acesso em: 15 ago. 2024.

OSULLIVAN, D.E. et al. Risk factors for early-onset colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis, Clinical Gastroenterology and Hepatology, Volume 20, Issue 6, p.1229-1240, 2022. Disponível em: <<https://www.binasss.sa.cr/jun22/19.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2023.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/hPzrtYnZZJdQDDDD39QNrMQL/?lang=pt>>. Acesso em: 14 jun. 2022.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf>. Acesso em: 26 de 2023

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (SECTI). Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Adenocarcinoma de cólon e reto. Ministério da Saúde, 2024.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS). Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6. ed, DF, 2006.

SEIFERT B. A. Determining the clinical validity of hereditary colorectal cancer and polyposis susceptibility genes using the Clinical Genome Resource Clinical Validity Framework. Genetics in Medicine, v. 21, n. 7, p. 1507-1516, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098360021016889>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). Diretrizes para rastreamento do câncer colorretal. São Paulo: SBOC, 2025.

STOFFEL, C.I. M.; BOLAND, R. Genetics and Genetic Testing in Hereditary Colorectal Cancer. Gastroenterology, v. 149, p. 1191-1203, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0016508515010161>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

SULLIVAN, B. A.; NOUJAIM, M.; ROPER J. Cause, epidemiology, and histology of polyps and pathways to colorectal cancer. Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America, Philadelphia, v. 32, n. 2, p. 177-194, Apr. 2022. DOI 10.1016/j.giec.2021.12.001.

TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. Glossário de análise política em saúde. Salvador: Edufba, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2023.

TORRES, E. F.; MAZZONI, A. A. Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade. Ci. Inf., Brasília, DF, v. 33, n. 2, p. 152-160, aug. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ci/a/pjwPPLyPk3YnmQ3zFH8SFJ/?lang=pt>>. Acesso em: 07 dez. 2023.

UNITED KINGDOM (UK). NHS Bowel Cancer Screening Programme. 2021.

WENDER, R.C. et al. A blueprint for cancer screening and early detection: Advancing screening's contribution to cancer control. CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 69, n. 1, p. 50-79, 2019. Disponível em: <<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21550#>>. Acesso em 07 out. 2022.



6.4 Diagnóstico - Câncer Colorretal

Requisito que avalia as ações da operadora na organização do cuidado aos beneficiários com suspeita diagnóstica de Câncer Colorretal, o acesso à exames de diagnóstico e o encaminhamento para o tratamento efetivo e em tempo oportuno.

6.4.1	A Operadora deve incluir na autorização inicial dos exames de Colonoscopia e Retossigmoidoscopia, a pré-autorização do exame anatomopatológico (incluindo a pré-autorização do exame imunohistoquímico imuno-histoquímico) para a investigação diagnóstica do câncer colorretal. Interpretação:	Essencial
	A operadora deve incluir na autorização inicial dos exames de Colonoscopia e Retossigmoidoscopia, a pré-autorização do exame anatomopatológico (incluindo a pré-autorização do exame imunohistoquímico imuno-histoquímico) para a investigação diagnóstica do câncer colorretal de acordo com protocolo pactuado e quando solicitado pelo médico assistente.	
	A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que todas as pessoas a partir dos 50 anos façam rastreamento regular do câncer colorretal (INCA, 2021). O prosseguimento da investigação diagnóstica do câncer colorretal depende de exames de colonoscopia e retossigmoidoscopia. O exame de sangue oculto nas fezes é usado como um primeiro teste de suspeição, que precisará, nos casos positivos, de exame complementar ou confirmatório. Este exame apresenta como vantagens a simplicidade, o baixo custo e a ausência de complicações.	
	Já os exames endoscópicos, como colonoscopia e a retossigmoidoscopia servem como exames de rastreamento alternativos e também como exames confirmatórios de resultados de exame de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes alterado. São úteis ainda para investigação diagnóstica de pacientes com sinais e sintomas suspeitos, possibilitando realizar biópsia de achados suspeitos e retirar lesões pré-malignas (INCA, 2021).	
	Recomenda-se a realização do exame imuno histoquímico da amostra de tecido tumoral para avaliação da proficiência de enzimas de reparo em todos os pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon e reto (Snowsill et al, 2017; MS, 2024). Caso o perfil do tumor seja instável, recomenda-se avaliação quanto a presença da síndrome de Lynch (MS, 2024).	
	A inclusão na autorização inicial colonoscopia/retossigmoidoscopia da pré-autorização do exame anatomopatológico, incluindo o exame imuno histoquímico da amostra de tecido tumoral, propicia celeridade na realização da investigação diagnóstica do câncer colorretal, reduzindo as barreiras para o diagnóstico precoce e em tempo oportuno. Esse fluxo para o diagnóstico do câncer colorretal agiliza a tomada de decisão e a definição dos fatores prognósticos, viabilizando assim, melhores resultados em saúde.	
	A operadora deve pactuar com a rede de serviços de apoio diagnóstico indicados para participar desta Linha de Cuidado o Protocolo para a realização da colonoscopia/retossigmoidoscopia.	
	A autorização prévia do exame anatomopatológico, incluindo o exame imunohistoquímico imuno-histoquímico da amostra de tecido tumoral, emitida juntamente com a autorização da colonoscopia e retossigmoidoscopia também garante ao serviço de apoio diagnóstico que não haverá glosas dos exames, caso seja respeitado o protocolo clínico pactuado. Esse procedimento evita atrasos diagnósticos e consequentemente o início tardio do tratamento dos pacientes com câncer colorretal. A colonoscopia e retossigmoidoscopia deve estar prevista na via rápida de autorização "Fast Track" oncológico.	
	Para cumprir este item a operadora deve: ·Fornecer conjuntamente a autorização colonoscopia/retossigmoidoscopia, a pré-autorização do exame anatomopatológico, incluindo a pré autorização do exame imunohistoquímico imuno-histoquímico). ·Pactuar em contrato ou documento similar o protocolo para indicação de colonoscopia/retossigmoidoscopia após a pesquisa de sangue oculto nas fezes com resultado alterado.	
	Possíveis Formas de Obtenção Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·Os critérios para a autorização da colonoscopia e retossigmoidoscopia e para a pré-autorização do exame anatomopatológico, incluindo a pré autorização do exame imuno histoquímico para investigação diagnóstica do câncer colorretal na Central de Atendimento da operadora.	



	· A data de autorização da pesquisa de sangue oculto nas fezes no sistema de informações da operadora. · A data da autorização da colonoscopia /retossigmoidoscopia para Câncer Colorretal sistema de informações da operadora. · O registro da data do pagamento da pesquisa de sangue oculto nas fezes para rastreamento do câncer colorretal no sistema contas médicas. · O registro da data do pagamento da colonoscopia /retossigmoidoscopia no sistema contas médicas. · Os contratos com a pactuação do protocolo para realização da colonoscopia e retossigmoidoscopia após a pesquisa de sangue oculto nas fezes.	
6.4.2	A operadora referencia os pacientes com resultados alterados em exames de rastreamento para o câncer colorretal para realizarem exames de investigação diagnóstica, colonoscopia/retossigmoidoscopia, em Serviços e Saúde (Clínicas e Hospitais) indicados para participar desta Linha de Cuidado. Interpretação	Essencial
	A operadora deve referenciar os pacientes com resultados alterados em exames de rastreamento para o câncer colorretal (Sangue Oculto na Fezes) para realização de exames de investigação diagnóstica, colonoscopia/retossigmoidoscopia, em Serviços de Saúde (clínicas e hospitais) indicados para participar desta Linha de Cuidado. Esse referenciamento é importante, dado que esses serviços já cumprem com os critérios de boas práticas estabelecidos neste Manual e atuam em rede com os demais serviços indicados.	
	Assim, é importante que os exames de investigação diagnóstica, colonoscopia ou retossigmoidoscopia, sejam realizados nos serviços que atuam em rede, facilitando o itinerário terapêutico dos pacientes e garantindo que as boas práticas recomendadas neste Manual estejam implementadas em todos os pontos de atenção utilizados durante a sua jornada. A realização de colonoscopia ou retossigmoidoscopia para investigação diagnóstica do câncer colorretal depende da avaliação clínica, do resultado do exame de rastreamento e do protocolo pactuado.	
	Segundo o MS (2024), a confirmação diagnóstica de câncer de cólon e reto é realizada por meio do estudo anatomopatológico de amostra do tumor primário ou do segmento do intestino ou ainda, de lesão de metástase relacionada. Essas amostras são obtidas por via endoscópica (colonoscopia/retossigmoidoscopia) ou biópsia guiada por agulha ou, em casos em que há cirurgia de urgência, da amostra de tecido do material cirúrgico (MS, 2024).	
	Os pólipos intestinais adenomatosos ou serrilhados estão associados a um risco maior de desenvolvimento de câncer colorretal, especialmente quando possuem características avançadas, como tamanho superior a 1 cm, displasia de alto grau ou padrão histológico mais agressivo (Bonnington; Rutter, 2016).	
	Os pólipos podem sofrer erosões e apresentar pequenos sangramentos ao longo do tempo, os quais podem ser identificados nas fezes por meio de exames laboratoriais, como a pesquisa de sangue oculto. A detecção e remoção precoce dessas lesões precursoras, por meio de exames como a colonoscopia, antes que se tornem malignas, são fundamentais para interromper a progressão da doença e prevenir o surgimento do câncer colorretal (INCA, 2021; Sullivan et al, 2022).	
	As solicitações de exames de colonoscopia/retossigmoidoscopia e exames anatomopatológicos para investigação diagnóstica do câncer colorretal devem ser inseridas na Via Rápida ou "Fast Track" oncológico, conforme previsto no item 1.1.8. Isso assegura maior celeridade no processo, permitindo que os pacientes recebam o diagnóstico e o tratamento necessários de forma mais ágil. Essa abordagem contribui para um atendimento mais eficaz e melhora dos desfechos clínicos.	
	Para cumprir esse item, a operadora poderá: ·Referenciar os pacientes com exames de rastreamento do câncer colorretal alterados para que realizem a investigação diagnóstica em tempo oportuno nos Serviços de Saúde indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
	·Pactuar em contrato ou documento similar com a rede de serviços de atenção primária, médicos clínicos, gastroenterologistas, clínicas de gastroenterologia, oncologistas clínicos, o encaminhamento, em tempo oportuno, de pacientes com exames de rastreamento alterados para a investigação diagnóstica nos serviços de saúde indicados para participar desta Linha de Cuidado. ·O sistema de informação da operadora com os dados dos exames de colonoscopia e retossigmoidoscopia para confirmação diagnóstica do câncer colorretal realizados em serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
	·O sistema de contas médicas, faturamento, entre outros, para verificar a realização de colonoscopia e retossigmoidoscopia para confirmação diagnóstica do câncer colorretal em serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Formas de Verificação de Evidências:	



	A equipe de auditores poderá verificar: · A existência de serviços para a realização de investigação diagnóstica (colonoscopia e retossigmoidoscopia) indicados para participar da certificação nesta Linha de Cuidado no Plano Estruturado. · Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, dos serviços de referência para realização de investigação diagnóstica (colonoscopia e retossigmoidoscopia) indicados para participar da certificação nesta Linha de Cuidado.	
	· O sistema de informação da operadora com os dados dos exames realizados nos serviços de referência indicados para participar da certificação nesta Linha de Cuidado. · O sistema de contas médicas, faturamento, entre outros, para verificar a realização dos exames nos serviços de referência indicados para participar desta Linha de Cuidado nesta Linha de Cuidado.	
6.4.3	Os Gastroenterologias e os Serviços de Saúde, Clínicas e Hospitais, que realizam Colonoscopia/Retossigmoidoscopia, participantes desta Linha de Cuidado devem adotar protocolo clínico baseado em evidências científicas para o tratamento das lesões precursoras do câncer colorretal. Interpretação:	Essencial
	O tratamento apropriado das lesões precursoras deve ser meta prioritária para a redução da incidência e mortalidade pelo câncer colorretal. Após a Pesquisa de Sangue Oculto na Fezes alterada, é recomendada a realização da colonoscopia/retossigmoidoscopia (INCA, 2021). Em seu processo de crescimento, os pólipos podem sofrer erosões e apresentar pequenos sangramentos, que podem ser identificados nas fezes por meio de exames laboratoriais. Quando essas lesões precursoras são identificadas e retiradas precocemente, antes de sua malignização, a progressão da doença é interrompida, prevenindo o surgimento do câncer colorretal (INCA, 2021).	
	A principal via de formação do câncer colorretal é a via adenoma-carcinoma, que representa aproximadamente 75% dos cânceres colorretais. Embora a maioria dos adenomas não evolua para o câncer, parte desses pólipos tornam-se displásicos e, eventualmente, com o tempo, transformam-se em adenocarcinomas. A progressão de adenoma para o câncer pode levar mais de 20 anos (BONNINGTON; RUTTER, 2016, BRASIL/MS, 2024). Assim, a retirada precoce dos pólipos adenomatosos pode evitar o desenvolvimento do câncer colorretal.	
	Outra via de desenvolvimento do câncer colorretal, é a chamada serrilhada, pois envolve pólipos serrilhados como lesões precursoras e dá origem a aproximadamente de 12 a 15% dos cânceres colorretais. Os pólipos serrilhados incluem pólipos hiperplásicos, pólipos serrilhados sésseis e adenomas serrilhados tradicionais. Embora essas lesões sejam menos comuns do que o adenoma polipoide, manifestam um comportamento mais agressivo e um crescimento mais rápido, sendo mais difíceis de diagnosticar (INCA, 2021).	
	A maioria dos pólipos serrilhados também não evoluirá para o câncer, no entanto, estão associados a um risco aumentado de câncer colorretal. Os pólipos adenomatosos e serrilhados têm maior risco de malignização quando são classificados como avançados, ou seja, com 10 ou mais milímetros de diâmetro, componente viloso e displasia de alto grau (BONNINGTON, RUTTER, 2016; BURNETT-HARTMAN et al., 2014). Dessa forma, é fundamental a identificação e retirada de pólipos para a prevenção secundária do Câncer colorretal (INCA, 2021; MS, 2024).	
	Para cumprir esse item, a operadora deve pactuar em contrato ou documento similar, com Gastroenterologias os gastroenterologistas, os Serviços de Saúde, Clínicas e Hospitais, que realizam colonoscopia/retossigmoidoscopia, participantes desta Linha de Cuidado, protocolo baseado em evidências científicas para o tratamento das lesões precursoras do câncer colorretal. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: · A previsão no capítulo relativo ao câncer de colorretal no Plano Estruturado previsto no item 1.1.1 do protocolo baseado em evidências para o tratamento das lesões precursoras. · Os critérios para a autorização da Pesquisa de sangue oculto na fezes e para a pré-autorização da colonoscopia/retossigmoidoscopia e do exame anatomopatológico, previstos na Central de Atendimento da operadora.	
	· Os critérios para autorização do tratamento das lesões precursoras. · Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, entre a operadora Gastroenterologias os gastroenterologistas e os Serviços de Saúde, Clínicas e Hospitais, que realizam colonoscopia/retossigmoidoscopia, prevendo protocolo clínico baseado em evidências científicas para o tratamento das lesões precursoras.	
6.4.4	Os Laboratórios de Anatomopatologia indicados para participar da Linha de Cuidado do Câncer Colorretal emitem Laudo anatomopatológico completo e padronizado. Interpretação:	Essencial



	Segundo o MS (2024), a confirmação diagnóstica de câncer de cólon e reto é realizada por meio do estudo anatomopatológico de amostra do tumor primário ou do segmento do intestino ou ainda, de lesão de metástase relacionada. Essas amostras são obtidas por via endoscópica (colonoscopia/retossigmoidoscopia) ou biópsia guiada por agulha ou, em casos em que há cirurgia de urgência, da amostra de tecido do material cirúrgico (2024).	
	A Operadora deve pactuar com a rede de Laboratórios de Anatomopatologia para a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal, a emissão de laudo anatomopatológico completo e padronizado. O laudo anatomopatológico consiste em análise interpretativa e subjetiva do profissional, sendo assim, procedimento que requer informes clínicos, laboratoriais, estudos de imagem para interpretação adequada. Os profissionais devem reunir todas as informações do caso para elaborar um diagnóstico objetivo contendo todas as informações necessárias à elaboração do plano terapêutico pela equipe multiprofissional (ANS, 2016).	
	O avanço no entendimento das neoplasias tem aumentado a complexidade das classificações das doenças na tentativa de oferecer informações mais detalhadas sobre o prognóstico e sobre as modalidades terapêuticas mais eficazes em cada caso. Com isso, aumenta o volume e o detalhamento de informações que devem constar nos laudos anatomopatológicos.	
	Atualmente, os laudos anatomopatológicos requerem, além da natureza maligna, o tipo do tumor, o grau histológico, a invasão vascular e o índice proliferativo. Além de outras variáveis, como a intensidade e tipo do infiltrado inflamatório. Estas variáveis, junto com outras tantas características clínicas e do estadiamento, são necessárias para a elaboração do adequado plano de cuidado (ANS, 2016).	
	Preparar os laudos de neoplasias baseados em padrões estabelecidos por Sociedades Médicas, que são rotineiramente atualizados quanto às variáveis de relevância para o tratamento, garante que o patologista informe em seus laudos todo o conteúdo necessário. Além disso, quanto maior a uniformidade de informações em relação às neoplasias, melhor o entendimento do seu comportamento, tornando o cuidado do paciente mais efetivo dentro da rede (ANS, 2016).	
	Desse modo, aproximar os patologistas de todos os profissionais envolvidos com as etapas pregressas à elaboração do laudo anatomopatológico é uma condição necessária para garantir a qualidade do laudo e para a definição do plano de cuidado do paciente. A integração do oncologista clínico, do radiologista, do cirurgião, dentre outros, é fundamental. Assim, os profissionais envolvidos na etapa do diagnóstico devem ser capazes de trabalhar de maneira integrada de forma a beneficiar ao paciente, propiciando a construção de um laudo anatomopatológico completo e padronizado, que auxilie na definição dos próximos passos do tratamento.	
	Seguem pontos importantes para elaboração do laudo anatomopatológico completo e padronizado (ANS, 2016): ☐ Comunicação aberta entre os profissionais de saúde - troca de informações rápida e eficiente sobre os pacientes e seus exames. ☐ Dados clínicos completos são fundamentais para a correlação com os dados morfológicos observados pelo patologista no desenvolvimento do raciocínio diagnóstico. ☐ Dados morfológicos completos devem fazer parte do laudo, incluindo dados prognósticos de forma clara - laudo sinóptico.	
	☐ Dados de exames por outros métodos devem ser definidos pelo médico patologista baseados em correlação com dados morfológicos e clínicos. ☐ Todos os aspectos diagnósticos, sempre que possível, devem ser correlacionados em um único laudo ou documento para melhor visualização das informações médicas. Para cumprir este item, a operadora deve pactuar por meio de contrato ou documento similar, modelo de laudo anatomopatológico completo e padronizado e a previsão da integração da rede para melhorar o diagnóstico, o estadiamento, a definição de prognóstico e plano de cuidado.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · No Plano Estruturado para a Linha de Cuidado do câncer colorretal, as estratégias de pactuação da operadora com sua rede Laboratórios Anatomopatológicos ou Laboratórios de Patologia Clínica para a emissão de laudo anatomopatológico completo e padronizada.	
	· Nos contratos ou documentos similares, de forma amostral, a previsão de emissão de laudos anatomopatológicos completos e padronizados pelos Laboratórios de Anatomopatologia indicados para esta Linha de Cuidado. A equipe de auditores poderá realizar, de forma amostral, visita presencial ou à distância, aos Laboratórios de Anatomopatologia ou Laboratórios de Patologia para verificar a padronização dos Laudos.	
6.4.5	Os Laboratórios de Anatomopatologia participantes desta Linha de Cuidado enviam os laudos anatomopatológicos alterados para o médico solicitante. Interpretação	Essencial





	A operadora deve pactuar e estabelecer rotinas com os Laboratórios de Anatomopatologia ou Laboratórios de Patologia participantes desta Linha de Cuidado para enviar ao médico solicitante os laudos completos e padronizados dos resultados alterados dos exames anatomopatológicos. Esse envio deve ocorrer em até 48h após a emissão do Laudo para que o acompanhamento e o tratamento do paciente possam prosseguir em tempo oportuno.	
	Portanto, ações de comunicação com o médico solicitante do procedimento visam viabilizar o prosseguimento célere da investigação. O estabelecimento dessa rotina é essencial para garantir agilidade no diagnóstico e na definição dos fatores prognósticos, que são indispensáveis para a tomada de decisão, viabilizando, assim, os melhores resultados em saúde.	
	Para isso, há a necessidade de criação de alertas para resultados alterados no sistema de informação dos laboratórios para que entrem em contato com o médico solicitante, garantindo a continuidade do cuidado. Essa é uma medida relativamente simples, mas que tem um impacto sistêmico importante (ANS, 2016).	
	Os Serviços de Colonoscopia/Retossigmoidoscopia participantes desta Linha de Cuidado devem manter uma rotina de solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da realização do exame. Esse termo deve incluir a autorização para o encaminhamento dos resultados anatomopatológicos ao médico solicitante, em caso de resultado alterado.	
	Caso o beneficiário se recuse a autorizar o encaminhamento dos resultados ao médico solicitante, deverá assinar uma declaração informando sua recusa, que deve ser documentada pelo estabelecimento que coletou a amostra. Para a operadora pontuar nesse item, os Laboratórios de Anatomopatologia participantes de Linha de Cuidado, deverão monitorar os exames e enviar os laudos com resultados alterados ao médico solicitante em até 48 horas, para que o acompanhamento e o tratamento do paciente possam prosseguir em tempo oportuno.	
	Para pontuar nesse item, a operadora deve prever em contrato com os Laboratórios Anatomopatológicos, independente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada: ☐ O envio dos laudos anatomopatológicos completos e padronizados, conforme descrito no item 6.4.1 deste manual, ao médico solicitante, no prazo máximo de 48 horas após a emissão do laudo.	
	☐ A implementação de um sistema de alerta para a rápida identificação dos exames com laudos alterados. ☐ A implementação de um cadastro com os contatos de pacientes e médicos solicitantes, para seja realizado o envio dos laudos aos médicos solicitantes, respeitando o disposto na LGPD. A operadora deve prever em contrato com os Serviços de Colonoscopia / Retossigmoidoscopia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual deve constar a autorização da paciente para encaminhamento do resultado ao médico solicitante.	
	Possíveis Formas de Obtenção Verificação de Evidências: A Equipe de Auditores poderá: ☐ Verificar se o Plano Estruturado da Certificação em Atenção Oncológica define objetivamente estratégias para busca ativa dos pacientes com resultados de exames alterados.	
	☐ Realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, aos serviços de apoio diagnóstico indicados para participar desta Linha de cuidado. ☐ Verificar os contratos, de forma amostral, da operadora com os serviços de Laboratórios de Anatomopatologia devem conter: - o A definição de como se estruturam as estratégias para a busca ativa de pacientes com confirmação colorretal. - o Um item relativo ao programa de alertas para resultados positivos para câncer colorretal. - o A existência de um cadastro de pacientes e médicos assistentes, para que a busca ativa possa ser efetivamente executada.	
6.4.6	A operadora deve estabelecer, em conjunto com os Serviços de Atenção Oncológica participantes da Linha de Cuidado, a adoção de protocolo clínico baseado em evidências científicas para a realização do estadiamento do câncer colorretal. Interpretação:	Essencial
	O estadiamento oncológico representa uma fase fundamental no manejo do câncer colorretal e deve ser conduzido após a confirmação diagnóstica da neoplasia. Trata-se de um processo sistemático de avaliação da extensão da doença, contemplando (INCA, 2024): · Localização e dimensões do tumor primário; · Comprometimento de linfonodos regionais;	

	· Presença de metástases à distância; e · Impacto funcional nos sistemas orgânicos afetados. Esse processo orienta a definição terapêutica e a previsão prognóstica do paciente, devendo seguir critérios internacionalmente reconhecidos, como os estabelecidos pelo sistema TNM (Tumor, Node, Metastasis) da União Internacional Contra o Câncer (UICC). Trata-se de uma etapa indispensável para a elaboração do Plano de Cuidado Individualizado, pois fornece as bases clínicas e diagnósticas para o planejamento terapêutico seguro e adequado.	
	Componentes do Sistema TNM (Brierley et al., 2016; Brasil, 2024): · T (Tumor): Avaliação do tamanho e da extensão local do tumor pulmonar; · N (Node): Verificação do envolvimento linfonodal regional;	
	· M (Metástase): Identificação de disseminação neoplásica à distância. Para o câncer colorretal, o estadiamento deve classificar a neoplasia pela disseminação local (restrita ao cólon e reto), regional (comprometimento do cólon e reto e envolvimento dos linfonodos) ou à distância (presença de metástases), com o estágio clínico pelo sistema TNM. Em caso de metástase, os sítios mais comumente afetados são o fígado, os pulmões e o peritônio. Essas informações são necessárias para a elaboração de um plano de cuidado seguro e adequado (INCA, 2024).	
	Após a confirmação do diagnóstico de câncer colorretal, o estadiamento deve ser realizado de forma criteriosa para fundamentar o plano de cuidado, antes da instituição do tratamento. Segundo Diretrizes de tratamentos oncológicos recomendados para o estadiamento do câncer colorretal é importante considerar os seguintes exames Dazaet al.(2019); HORVAT et al.(2019); e INCA (2024):	
	· Exame físico detalhado. · Exames Laboratoriais: ☐ Hemograma completo;	
	☐ Função hepática - (TGO, TGP, FA, GGT, bilirrubinas); ☐ Função renal (ureia e creatinina); ☐ Albumina e proteínas totais; e ☐ PCR (Proteína C Reativa). · Exames de Imagem:	
	☐ Tomografia Computadorizada (TC) - com contraste de tórax, abdome superior e pelve: exame de primeira linha, indicado preferencialmente antes da realização de cirurgia, com o objetivo de detectar lesões primárias, linfonodais e possíveis metástases; ☐ Ressonância Magnética (RM) de abdome superior - indicada para pacientes que apresentem contraindicação ao uso de contraste iodado ou quando a TC evidenciar achados duvidosos quanto à presença de metástases hepáticas. A RM oferece maior sensibilidade para avaliação de lesões hepáticas (NIEKEL et al., 2010; TSILI et al., 2020);	
	☐ PET-CT (Tomografia por Emissão de Pósitrons associada à TC) - pode ser utilizada em casos selecionados, especialmente na investigação de metástases hepáticas potencialmente ressecáveis. Deve-se destacar que seu uso rotineiro no estadiamento do câncer colorretal é controverso, não havendo evidência de superioridade sobre outras modalidades quanto à mudança de conduta clínica (DAZA et al., 2019; BRASIL, 2024);	
	☐ Ressonância Magnética de Reto - indicada especificamente para casos de adenocarcinoma de reto, permitindo avaliação detalhada da localização tumoral, extensão do comprometimento linfonodal mesorretal e invasão da fáscia mesorretal. É um exame essencial para planejamento cirúrgico e definição da estratégia terapêutica (TAYLOR et al., 2014; HORVAT et al., 2019).	
	O estadiamento deve ser conduzido pelo médico assistente com base em diretrizes clínicas previamente pactuadas com a operadora, que contemplem: ☐ Confirmação diagnóstica do câncer colorretal, incluindo a avaliação do tamanho e da extensão da lesão primária; ☐ Avaliação individualizada considerando o quadro clínico, fatores prognósticos, suspeitas de disseminação, objetivos terapêuticos e resposta esperada ao tratamento; e	
	☐ Indicação dos exames necessários, com respaldo em protocolos clínicos atualizados e baseados em evidências. A interpretação integrada dos exames deve ser realizada pela equipe, com posterior reavaliação clínica do paciente pelo médico assistente. Essa análise é determinante para a estratificação adequada da doença (localizada, regional ou metastática) e para a definição do Plano de Cuidado Individualizado, cuja estrutura deve incluir, obrigatoriamente, o registro completo do estadiamento no prontuário clínico.	
	No câncer colorretal, uma vez confirmado o diagnóstico, a operadora deve garantir o acesso do paciente a exames específicos de estadiamento antes da realização de intervenções terapêuticas, especialmente cirúrgicas. Essa conduta pode modificar significativamente a decisão clínica, sobretudo em casos assintomáticos com possível doença metastática.	
	Para cumprir esse item, a operadora deverá: ☐ Estabelecer protocolo clínico formal com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e os oncologistas clínicos da Linha de Cuidado, assegurando a padronização dos critérios e métodos de estadiamento;	



	☐Garantir a inclusão do protocolo pactuado no Plano Estruturado da Certificação, com especificação minuciosa dos exames a serem realizados e sua integração ao fluxo assistencial; e ☐Assegurar que o estadiamento conste como item obrigatório no Plano de Cuidado Individualizado do paciente, conforme estabelecido no item 6.5.1 da certificação. Formas de Verificação de Evidências	
	A equipe de auditoria poderá verificar: ☐A existência de protocolo clínico baseado em evidências científicas para o estadiamento do câncer colorretal no capítulo específico desta Linha de Cuidado no Plano Estruturado, conforme item 1.1.1. ☐A existência de contratos, aditivos ou documentos similares firmados entre a operadora, os oncologistas clínicos e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, prevendo formalmente a adoção do protocolo de estadiamento; e	
	☐A efetiva implementação dos protocolos clínicos pactuados, por meio de visitas presenciais ou remotas, realizadas de forma amostral, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial. ☐Incluir os exames de estadiamento e avaliação inicial do paciente com diagnóstico confirmado de câncer colorretal no fluxo prioritário (<i>Fast Track</i>) da Central de Atendimento, garantindo agilidade no início do tratamento.	

6.4.7	A Operadora monitora o tempo entre a emissão do resultado do exame de rastreio Sangue Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes Guaiaco (g-FOBT) em paciente entre 50 e 75 anos com resultado alterado e a realização da Colonoscopia/Retossigmoidoscopia. Interpretação:	Excelência
	É importante que a operadora monitore o tempo entre a emissão do laudo do exame de rastreamento da Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes Guaiaco (g-FOBT) em paciente entre 50 e 75 anos com resultado alterado e a realização da colonoscopia/retossigmoidoscopia para que sejam detectadas de forma célere possíveis lesões precursoras ou o câncer colorretal.	
	A realização da Colonoscopia/Retossigmoidoscopia é importante para a identificação de lesões pré-cancerígenas. Dessa forma, esse exame é fundamental para a identificação precoce de pólipos adenomatosos ou serrilhados, e a retirada dessas lesões precursoras, prevenindo o desenvolvimento do câncer colorretal, reduzindo a morbimortalidade.	
	Para dar celeridade, reduzindo o tempo entre o resultado da Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes Guaiaco (g-FOBT) alterada e a realização da Colonoscopia/Retossigmoidoscopia, deve ser realizada a busca ativa do paciente e envio dos resultados alterados ao médico solicitante, para que haja o prosseguimento da investigação diagnóstica em tempo oportuno. Para isso, é importante que exista um sistema de alerta para resultados alterados nos Laboratórios de Análises Clínicas. Essa é uma medida relativamente simples, mas que tem um impacto sistêmico importante (ANS, 2016).	
	Desse modo, para que a operadora monitore e calcule o tempo entre o resultado alterado do exame de rastreamento e a realização da colonoscopia, deverá identificar no seu sistema de informação as datas da realização dos exames, com a identificação unívoca dos beneficiários.	
	O cálculo do indicador deve ser feito de acordo com a ficha técnica, disponível no capítulo XII 12 desse Manual. Possíveis Formas de Obtenção Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·A previsão de utilização de plano de cuidado individualizado pelos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais indicados para participar desta Linha de Cuidado de forma detalhada no capítulo sobre o câncer colorretal do Plano Estruturado mencionado no item 1.1.	
	·De forma amostral, os contratos ou documentos similares entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial prevendo a utilização de plano de cuidado Plano de Cuidado Individualizado elaborado por equipe multiprofissional, de acordo com o estabelecido neste item. ·A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos serviços de atenção oncológica ambulatoriais e hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
Referência Requisito 6.4: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede.: A (re)organização da rede de Atenção Oncológica na saúde suplementar, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf. Acesso em 08 dez. 2023		



BRASIL. Lei Geral de Proteção aos Dados Pessoais (LGPD) - Lei no. 13.709 de 14 de agosto de 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm. Acesso em: 20 fev. 2023.

BRIERLEY, J.; GOSPODAROWICZ, M.; WITTEKIND, C. TNM Classification of Malignant Tumours. 8. ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2016.

BURNETT-HARTMAN, A.N. et al. An update on the epidemiology, molecular characterization, diagnosis, and screening strategies for early-onset colorectal cancer. *Gastroenterology*, v. 160, n. 4, p. 1041-1049, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8273929/>. Acesso em 20 fev. 2023.

HORVAT, N. et al. MRI of rectal cancer: Tumor staging, imaging techniques, and management. *Radiographics*, [S.l.], v. 39, n. 2, p. 367-387, mar. 2019. Disponível em: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.2019180114>. Acesso em: 24 nov. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). . Detecção Precoce do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>. Acesso em: 04 out. 2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Câncer Colorretal. Brasília: MS, 2024.

NIEKEL, M. C.; BIPAT, S.; STOKER, J. Diagnostic imaging of colorectal liver metastases with CT, MR imaging, FDG PET, and/or FDG PET/CT: A meta-analysis of prospective studies including patients who have not previously undergone treatment. *Radiology*, v. 257, n. 3, p. 674-684, 2010. Disponível em: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.10100729>. Acesso em: 24 nov. 2022.

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (SECTICS). Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Adenocarcinoma de cólon e reto. Ministério da Saúde. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2024/relatorio-preliminar-protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt-do-adenocarcinoma-de-colon-e-reto>

SNOWSILL T, COELHO H, HUXLEY N, JONES-HUGHES T, BRISCOE S, FRAYLING IM, et al. Molecular testing for Lynch syndrome in people with colorectal cancer: systematic reviews and economic evaluation. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2017 Sep 12;21(51):1-238.

TAYLOR, F. G. M. et al. Preoperative magnetic resonance imaging assessment of circumferential resection margin predicts disease-free survival and local recurrence: 5-Year follow-up results of the MERCURY Study. *Journal of Clinical Oncology*, v. 32, n. 1, p. 34-43, 2014.

TORRECILLAS-TORRES, L. e at. Recomendaciones para diagnóstico y tratamiento del cáncer de colon y recto en México. *Gaceta Mexicana Oncología*, v. 18, n. 4, p. 2019. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2565-005X2019000400265&script=sci_arttext. Acesso em: 23 fev. 2023.

TSILI, A. C. et al. Imaging of colorectal cancer liver metastases using contrast-enhanced US, multidetector CT, MRI, and FDG PET/CT: a metaanalysis. *Acta Radiologica*, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0284185120925481>. Acesso em: 24 nov. 2022.

VANACLOCHA-ESPI, M. et al. Risk factors for severe complications of colonoscopy in screening programs. *Preventive Medicine*, v. 118, p. 304-308, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091743518303554>. Acesso em 23 fev. 2023.

ZOU, J. et al. Noninvasive fecal testing for colorectal cancer. *Clinica Chimica Acta*, v. 524, p. 123-131, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009898121003740>. Acesso em 23 fev. 2023.

WENDER, R.C. et al. A blueprint for cancer screening and early detection: Advancing screening's contribution to cancer control. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 69, n. 1, p. 50-79, 2019. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21550#>. Acesso em 07 out. 2022.

WHITAKER, K. Earlier diagnosis: the importance of cancer symptoms. *The Lancet: Oncology*, v. 21, n.1, p. 06-8, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(19\)30658-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(19)30658-8/fulltext). Acesso em: 20 fev. 2023.

6.5 Tratamento - Câncer Colorretal
 Requisito que avalia a disponibilização do tratamento adequado ao paciente com Câncer Colorretal a partir da análise da fase em que se encontra (estadiamento), faixa etária e do tipo de tumor.



6.5.1	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais participantes desta Linha de Cuidado estabelecem Plano de Cuidado Individualizado para os pacientes com câncer colorretal confirmado. Interpretação:	Essencial
	O tratamento do câncer colorretal deve ser realizado em Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, indicados pela operadora para esta Linha de Cuidado e que oferecem assistência integral, especializada e multiprofissional ao paciente. Isso inclui a confirmação diagnóstica, o estabelecimento da extensão da neoplasia (estadiamento), o tratamento e os cuidados necessários, de acordo com protocolos baseados em evidências científicas, por meio de um Plano de Cuidado Individualizado.	
	O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível, uma vez que o prognóstico é influenciado pelo estadiamento da doença no momento do diagnóstico. Quanto mais cedo o diagnóstico, maior o potencial de cura. O Plano de Cuidado Individualizado deve ser elaborado pela equipe multiprofissional com o objetivo de planejar o cuidado e monitorar os resultados, considerando as necessidades e a realidade do paciente.	

	Esse plano deve apresentar, de forma compreensível, pelo menos os seguintes itens: ·O diagnóstico e o estadiamento. ·O tempo dos tratamentos, incluindo os procedimentos e técnicas que serão utilizados. ·Os objetivos do tratamento.	
	·O resultado desejado. Para o cumprimento deste item, a operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais a elaboração de um Plano de Cuidado Individualizado e deve ser elaborado e monitorado pela equipe multiprofissional. É importante que o paciente receba, durante as consultas, todas as informações sobre sua condição de saúde (estadiamento do câncer colorretal, tratamento, efeitos colaterais e opções terapêuticas). Quando necessário, os encaminhamentos devem ser realizados de forma verbal e por escrito.	
	Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente com câncer colorretal devem informá-los de modo objetivo e compreensível sobre: ·Estado clínico. ·O estadiamento, o tratamento, os efeitos colaterais e outras opções terapêuticas. ·Os canais de comunicação disponíveis para entrar em contato com a equipe de referência, visando otimizar o atendimento, e agilizar a jornada do beneficiário em tempo oportuno na rede assistencial da operadora.	
	·Dirimir dúvidas sobre mal-estar ou qualquer outra manifestação e uso da medicação indicada. ·Orientações de quando buscar imediatamente apoio e assistência médica. ·A disponibilização dos serviços de saúde especializados, com acesso em tempo oportuno aos cuidados referente ao câncer colorretal, na rede assistencial indicada para participar desta Linha de Cuidado.	
	O acesso a informações em linguagem compreensível sobre as condições de saúde é fundamental para otimizar a jornada do paciente com câncer colorretal. A forma de comunicação entre equipe e pacientes pode impactar positiva ou negativamente o desfecho clínico. Além disso, a comunicação adequada é importante para minimizar os estigmas sociais relacionados ao câncer. Desta forma, com as informações acima, o paciente e seus familiares terão maior capacidade de participação na tomada de decisão, considerando os riscos e benefícios e as opções terapêuticas disponíveis.	
	Para pontuar nesse item a operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais indicados para participar desta Linha de Cuidado o estabelecimento de Plano de cuidado Individualizado. Além disso, a operadora deve certificar-se da utilização do Plano de Cuidado por meio de visitas anuais, presenciais ou à distância, aos serviços indicados para esta Linha de Cuidado.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditoria poderá verificar: ·A previsão de utilização de Plano de Cuidado Individualizado pelos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais indicados para participar desta Linha de Cuidado de forma detalhada no capítulo sobre o câncer colorretal do Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1.	
	·De forma amostral, os contratos ou documentos similares entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais prevendo a utilização de plano de cuidado elaborado por equipe multiprofissional, de acordo com o estabelecido neste item. A equipe de auditores poderá, ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais indicados para participar nesta Linha de Cuidado.	
	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado estabelecem Plano de Cuidado Individualizado para os pacientes com câncer colorretal confirmado. O tratamento e o acompanhamento dos pacientes com câncer colorretal devem ser realizados nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado, os quais devem oferecer assistência integral, especializada e multiprofissional. Esses Serviços devem funcionar de acordo com o estabelecido nos itens 1.2.1; 1.2.2 e 1.2.3 neste Manual.	
	Para o melhor acompanhamento dos pacientes com câncer colorretal os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial devem estabelecer um Plano de Cuidado Individualizado, elaborado pela equipe multiprofissional, com o objetivo de planejar o tratamento e monitorar os resultados, considerando as melhores práticas clínicas e as possibilidades terapêuticas, centradas nas necessidades e na realidade de cada paciente.	
	Para a elaboração do Plano de Cuidado Individualizado, é fundamental fornecer aos pacientes todas as informações relevantes sobre sua condição de saúde, de forma compreensível e acessível, possibilitando que as decisões sejam tomadas de maneira compartilhada. O Plano de Cuidado Individualizado deve conter, no mínimo, as seguintes informações: ☐ O tipo de câncer; ☐ O estadiamento do câncer;	



	☐ Avaliação do estado nutricional e físico, com vistas a monitorar e tratar a desnutrição, a sarcopenia, entre outras condições; ☐ Avaliação psicossocial; ☐ Os objetivos do tratamento; ☐ O Planejamento do tratamento oncológico específico, incluindo os procedimentos e técnicas que serão utilizados e o tempo de utilização); o Cirurgia oncológica (em casos de doença localizada e operável);	
	o Radioterapia (isolada ou em combinação com outros métodos); o Tratamento sistêmico, como quimioterapia, imunoterapia ou terapia-alvo, conforme o perfil molecular e clínico do tumor; o Reabilitação fisioterápica; e o Cuidados paliativos (quando indicados, visando ao controle de sintomas e à promoção da qualidade de vida); o Cuidados de fim de vida (quando indicados, visando ao controle de sintomas e à promoção da qualidade no fim de vida).	
	☐ Resultado desejado. Para pacientes com mais de 60 anos, o Plano de Cuidado Individualizado deverá incluir a estratificação de risco atualizada para a pessoa idosa, bem como o instrumento utilizado para essa avaliação, possibilitando um planejamento mais adequado e orientações para cuidadores e/ou familiares. Alguns instrumentos de estratificação de risco disponíveis atualmente são o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13), (Moraes, 2023; Brasil, 2018).	
	Para o cumprimento deste item, a operadora deve pactuar com seus prestadores de serviços de atenção oncológica a adoção de um Plano de Cuidado Individualizado para cada paciente com diagnóstico de câncer colorretal, elaborado e monitorado pela equipe multiprofissional dos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial.	
	Possíveis Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ☐ A previsão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 da utilização de Plano de Cuidado Individualizado pelos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial indicados para participar desta Linha de Cuidado;	
	☐ De forma amostral, nos contratos ou documentos similares firmados entre a operadora e os Serviços Atenção Oncológica Ambulatorial, a pactuação da utilização de Plano de Cuidado Individualizado por esses serviços; e ☐ Por meio de visita presencial ou remota, de forma amostral, a adoção do Plano de Cuidado Individualizado pelos Serviços Atenção Oncológica participantes desta Linha de Cuidado.	
6.5.2	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial participantes desta Certificação estabelecem um navegador de cuidado para pacientes com diagnóstico de câncer colorretal confirmado.	Essencial
	Interpretação Os serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais participantes desta certificação disponibilizam um navegador de cuidado para pacientes com diagnóstico de câncer colorretal confirmado. O navegador do cuidado é um profissional de saúde, geralmente um enfermeiro, cuja função é apoiar o paciente a transitar de forma oportuna e assertiva pelo sistema de saúde, facilitando seu itinerário terapêutico na rede de atenção (ANS, 2016, BRASIL, 2024).	
	Caso o navegador de cuidado seja enfermeiro(a), deverá ser observada a Resolução COFEN nº 735 de 17 de janeiro de 2024, que normatiza a atuação do Enfermeiro navegador e do Enfermeiro clínico especialista para que haja maior clareza e qualidade nas atividades desenvolvidas por esse profissional. A atuação de um navegador do cuidado é indicada para condições crônicas complexas, como nos casos de câncer colorretal confirmados. Nessas situações, o paciente necessita de uma abordagem proativa, mais próxima e frequente de um profissional de saúde, a fim de reduzir barreiras de acesso e facilitar o acesso ao tratamento adequado e em tempo oportuno (Mendes, 2011; BRASIL, 2024).	
	Na abordagem ao paciente com câncer, o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento pode ser crucial para o prognóstico. Assim, uma das principais funções da navegação do cuidado é garantir o atendimento oportuno, o que pode impactar significativamente o desfecho clínico (BRASIL, 2024; INCA, 2021; Mendes, 2011).	
	A oportunidade é um dos principais atributos da qualidade em saúde, configurando-se como a redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente prejudiciais tanto para quem recebe quanto para quem presta o cuidado (Brasil, 2014). Dessa forma, entende-se que o tempo oportuno é o período durante o qual a prestação do cuidado ou da intervenção se faz mais benéfica e necessária (JCAHO, 1993 apud PROADESS, 2011). Na atenção ao paciente com câncer, além do tempo oportuno, outro objetivo da navegação do cuidado é garantir que o paciente receba um cuidado integrado, coordenado e baseado nas melhores evidências científicas, conforme o Plano de Cuidado	



	Assim, outra função fundamental do navegador do cuidado é garantir a utilização dos protocolos clínicos definidos no Plano de Cuidado do paciente pela equipe. Dessa forma, a navegação pode auxiliar na garantia da pertinência do cuidado aos pacientes com câncer colorretal. A disponibilização do navegador do cuidado deve ser realizada o mais precocemente possível, a partir da confirmação diagnóstica do câncer colorretal, de modo a favorecer o alcance de desfechos positivos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.	
	O navegador do cuidado na Linha de Cuidado do câncer colorretal deve: ·Iniciar a navegação do paciente imediatamente após a confirmação do diagnóstico por meio de exame anatomopatológico. ·Permanecer atuante durante toda a jornada do paciente. ·Favorecer a integração dos diversos serviços e profissionais envolvidos no acompanhamento do paciente com câncer colorretal. ·Proporcionar segurança e apoio ao paciente.	
	·Apoiar e facilitar a marcação de exames e terapias em tempo oportuno. ·Facilitar o acesso a todos os procedimentos e tratamentos previstos no Plano de Cuidado do paciente, reduzindo barreiras no itinerário terapêutico. Para a operadora cumprir este item, a navegação do cuidado deve ser realizada por um profissional de saúde do serviço de atenção oncológica ambulatorial multiprofissional e pode ocorrer de forma combinada, presencial e à distância. O navegador deverá acompanhar o paciente ao longo de sua jornada na rede de atenção.	
	A disponibilização do navegador do cuidado para os pacientes com câncer colorretal confirmado deve constar no contrato ou documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais participantes desta Linha de Cuidado, independentemente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada.	
	Além disso, a operadora deve certificar-se da implementação do Navegador do Cuidado do paciente por meio de visitas anuais aos serviços, que podem ser presenciais ou à distância, conforme 1.2.1. A operadora deve remunerar o serviço de navegação do cuidado das pacientes com câncer colorretal, devendo constar de forma explícita no contrato, aditivo contratual ou documento similar.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Possíveis Formas de Obtenção Verificação de Evidências: ☐ No capítulo sobre o câncer colorretal do plano Estruturado previsto no item 1.1.1, o detalhamento das ações do Navegador do Cuidado. ☐ Por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e os serviços de atenção oncológica ambulatorial participantes desta Linha de Cuidado, prevendo a cobertura da navegação do cuidado.	
	☐ Por amostragem, as notas fiscais, documentos de cobrança ou faturas no sistema de contas médicas relativas às atividades realizadas pelo Navegador do cuidado. Relatório da visita anual da operadora, presencial ou à distância, aos serviços de atenção oncológica ambulatorial, com a conformação da implementação do Navegador do Cuidado, conforme item 1.2.1.	
6.5.3	A operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica protocolo para a abordagem nutricional do paciente com câncer colorretal. Interpretação:	Essencial
	A terapia nutricional oncológica é uma estratégia essencial e complementar ao tratamento oncológico. Ela visa garantir que o paciente alcance as necessidades nutricionais adequadas para manutenção e/ou recuperação do peso corporal, melhora dos desfechos clínicos, redução de complicações e promoção da qualidade de vida. A intervenção nutricional deve ser iniciada o mais precocemente possível, preferencialmente no momento do diagnóstico de câncer, como forma de evitar a deterioração do estado nutricional e os impactos negativos que isso gera no tratamento (Oliveira, 2015).	
	A desnutrição é uma condição frequente em pacientes oncológicos, resultante tanto dos efeitos da própria doença quanto das toxicidades associadas aos tratamentos, além da redução da ingestão alimentar. Estudos apontam que até 20% das mortes em pacientes com câncer decorrem diretamente da desnutrição e não da progressão do tumor (Li et al., 2018). A prevalência de desnutrição em pacientes oncológicos varia em média entre 20% e 70%, dependendo do tipo e estágio da doença, sendo de 39% especificamente nos casos de câncer colorretal (Hébuterne et al., 2014).	
	Os sintomas como anorexia, náuseas, vômitos, dor e alterações gastrointestinais são frequentes e impactam significativamente na ingestão alimentar. Paralelamente, o microambiente tumoral e os processos inflamatórios associados promovem distúrbios metabólicos importantes, como aumento da taxa metabólica basal, resistência à insulina, lipólise e proteólise, levando à perda de peso e de massa muscular.	

Esse quadro é agravado pela inflamação sistêmica crônica, que gera um estado catabólico, aumentando as demandas energéticas do organismo e dificultando a síntese de proteínas musculares, fenômeno conhecido como resistência anabólica. Esse desequilíbrio entre maior demanda metabólica e menor ingestão alimentar resulta em deterioração progressiva do estado nutricional (Arends et al., 2017; Li et al., 2018).



As principais complicações nutricionais incluem caquexia e sarcopenia, condições que comprometem o desempenho físico, aumentam a toxicidade dos tratamentos, reduzem a resposta terapêutica, pioram a qualidade de vida e diminuem a sobrevida (INCA, 2015; Arends et al., 2017). A caquexia, síndrome caracterizada pela perda involuntária e progressiva de peso e massa muscular, acomete cerca de 50% dos pacientes oncológicos (Kern; Norton, 1988), sendo associada à anorexia, atrofia muscular, fadiga, anemia e hipoalbuminemia, fatores que comprometem gravemente os resultados terapêuticos (INCA, 2015).
Diante desse contexto, torna-se imprescindível a adoção de Protocolos de Assistência Nutricional, padronizando as práticas de avaliação, intervenção e monitoramento dos pacientes com câncer colorretal. O objetivo é garantir que o cuidado nutricional esteja integrado a todas as etapas do tratamento oncológico, desde o diagnóstico até o seguimento ambulatorial, hospitalar e domiciliar, permitindo intervenções precoces e contínuas, baseadas em evidências, que contribuam diretamente para melhores desfechos clínicos e operacionais.
O Protocolo de Assistência Nutricional deve contemplar: · Triagem Nutricional precoce, para identificar risco nutricional;
· Avaliação Nutricional Subjetiva e Objetiva, incluindo parâmetros antropométricos, bioquímicos, composição corporal, força muscular e funcionalidade; · Monitoramento da ingestão alimentar e qualidade de vida; · Definição da conduta nutricional com suporte oral, enteral ou parenteral, de acordo com a necessidade clínica, respeitando todas as fases do tratamento (hospitalar, ambulatorial e domiciliar).
O protocolo deve considerar as diretrizes propostas pela ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism), que preconiza três passos fundamentais no manejo nutricional do paciente oncológico (Arends et al., 2017): Rastrear todos os pacientes para risco nutricional no início do tratamento, independentemente do índice de massa corporal (IMC) ou perda de peso anterior;
Expandir a avaliação nutricional, incluindo além dos dados tradicionais, marcadores inflamatórios, avaliação da composição corporal, gasto energético e função física; Adotar intervenções nutricionais multimodais, com planos personalizados, visando não apenas o aumento da ingestão calórica, mas também a modulação da inflamação, controle do estresse metabólico e promoção da atividade física.
A ferramenta recomendada para avaliação inicial é a Triagem de Risco Nutricional 2002 (TRN-2002), que orienta intervenções específicas conforme o escore obtido. Pacientes com escore ³ 3 devem iniciar terapia nutricional especializada, inclusive no pré-operatório. Mesmo aqueles sem risco, mas submetidos a cirurgias de grande porte, devem receber intervenção nutricional prévia (INCA, 2015). Cabe ao nutricionista realizar a avaliação nutricional e definir o plano terapêutico nutricional, que deve contar do Plano de Cuidado Individualizado:
· Ambulatorial: ☐ Avaliação nutricional e orientação sobre a dieta oral e acompanhamento nutricional - pacientes sem risco devem ser reavaliados em até 30 dias; ☐ Avaliação nutricional e orientação sobre a dieta oral e acompanhamento nutricional - pacientes com risco devem ser reavaliados em até 15 dias. · Internação: ☐ A pré habilitação cirúrgica deve ser realizada quando indicada.
☐ A avaliação inicial deve ser realizada entre 24 e 48 horas da admissão hospitalar, podendo ser utilizadas as ferramentas Triagem de Risco Nutricional 2002 (TRN-2002), Avaliação Subjetiva Global (ASG) e Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP). ☐ A reavaliação nutricional deve ser realizada, no mínimo, a cada sete dias durante o período de internação. ☐ No pós-operatório, é obrigatória a continuidade do acompanhamento nutricional no ambulatório, com foco na reabilitação e na prevenção de complicações, evitando reinternações.
· Atenção Domiciliar: ☐ Orientação sobre a dieta oral, enteral ou parenteral. ☐ Definição do plano terapêutico, considerando o quadro clínico, nutricional e socioeconômico, além de avaliar as possíveis sequelas cirúrgicas e comorbidades. O planejamento da Assistência Nutricional, bem como sua evolução, deve ser discutido com a equipe multiprofissional e registrado em prontuário.
Para atendimento a esse item, a operadora deve adotar protocolo formalmente pactuado com os serviços de atenção oncológica, abrangendo toda a linha de cuidado para pacientes com câncer colorretal. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditores poderá: · Realizar verificação documental da existência de protocolo nutricional específico no Plano Estruturado da Operadora;
· Verificação de forma amostral de contratos ou documentos similares entre a operadora e os serviços de atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer colorretal; · Verificar realização da assistência nutricional por meio de sistemas de informação assistenciais e operacionais, como sistema de faturamento de contas médicas; · Realizar visitas presenciais ou virtuais aos serviços de atenção oncológica vinculados à linha de cuidado do câncer colorretal.



6.5.4	A operadora deve pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e Hospitalares, indicados para compor a Linha de Cuidado do Câncer de Cólon e Reto, a adoção de um protocolo clínico de pré-habilitação cirúrgica multiprofissional, com base em evidências científicas. Interpretação:	Essencial
	A pré-habilitação oncológica consiste em um conjunto de intervenções realizadas antes do procedimento cirúrgico, com abordagem integral e multiprofissional, que visa otimizar o estado funcional do paciente, reduzir complicações intra e pós-operatórias, acelerar a recuperação e melhorar os desfechos clínicos (INCA, 2024; Carli; Scheede-Bergdahl, 2015).	
	Essa preparação deve ser personalizada, conforme as necessidades clínicas identificadas pelo médico assistente, e articulada entre diferentes profissionais, podendo incluir médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos. O programa é estruturado com base em princípios fundamentais (INCA, 2024), entre os quais destacam-se:	
	· Ação multiprofissional como pilar do programa; · Estímulo à adoção de hábitos saudáveis, como cessação do tabagismo e etilismo, além da correção de padrões alimentares inadequados; · Avaliação nutricional detalhada, essencial para pacientes com câncer colorretal, que podem apresentar alterações importantes no estado nutricional;	
	· Melhora da capacidade funcional por meio de exercícios físicos planejados, com foco na aptidão cardiorrespiratória, força muscular e mobilidade; · Controle glicêmico rigoroso, especialmente em pacientes diabéticos, para redução dos riscos anestésicos e de complicações pós-operatórias, incluindo infecções e má cicatrização; · Suporte psicológico, com foco no enfrentamento do diagnóstico, preparação para eventuais ostomias e adesão ao tratamento;	
	· Estratificação de risco para pessoas idosas, com a utilização de instrumentos atualizados e registro da ferramenta aplicada, além de orientações específicas a cuidadores e familiares, assegurando o planejamento de um cuidado individualizado. Pacientes com câncer de cólon e reto frequentemente apresentam comorbidades ou condições clínicas que exigem uma abordagem multiprofissional prévia à cirurgia, a fim de reduzir riscos e otimizar os resultados. A literatura reforça a importância dessas medidas, especialmente para pacientes idosos ou fragilizados (Santa Mina et al., 2014; Kortebein et al., 2008; Dronkers et al., 2013).	
	Para atender a este item, a operadora deverá: · Pactuar formalmente com a rede prestadora a adoção de um protocolo clínico de pré-habilitação cirúrgica multiprofissional, baseado em evidências científicas; · Incluir a pré-habilitação no plano estruturado da Linha de Cuidado do Câncer de Cólon e Reto.	
	· Prever a remuneração dos procedimentos relativos à pré-habilitação cirúrgica multiprofissional. Formas de Verificação de Evidências: A equipe de auditoria poderá solicitar os seguintes documentos: · Protocolo clínico multiprofissional baseado em evidência científica, descrito na Linha de Cuidado do Câncer de Cólon e Reto e previsto no plano estruturado da operadora (item 1.1.1);	
	· Pactuação formal do protocolo entre operadora e prestadores, registrada por meio de contrato, aditivo contratual ou instrumento equivalente; · Registro da data de solicitação do procedimento pelo médico assistente e da data de realização, com documentação que comprove os prazos de autorização; · Evidência da execução dos serviços, por meio de sistemas de contas médicas, faturas ou outro mecanismo de cobrança assistencial.	
6.5.5	A operadora deve pactuar com os serviços de atenção oncológica integrantes desta Linha de Cuidado protocolos clínicos baseados em evidências científicas atualizadas, contemplando o tratamento local do câncer colorretal, incluindo cirurgia, radioterapia, terapias ablativas e medidas de suporte multidisciplinar. Interpretação	Essencial
	O câncer colorretal (CCR) compreende os tumores malignos que acometem o cólon e o reto, sendo uma das neoplasias de maior incidência e mortalidade no Brasil e no mundo (INCA, 2021). Estima-se que aproximadamente 50% dos casos envolvem o reto e o sigmoide, enquanto cerca de 30% localizam-se no ceco. Trata-se de uma doença altamente heterogênea, cujo tipo histológico mais frequente é o adenocarcinoma, responsável por cerca de 95% dos casos (BRASIL, 2024).	
	A via adenoma-carcinoma é a principal via de desenvolvimento tumoral, embora a via serrilhada represente uma parcela significativa dos casos, com características de crescimento mais rápido e comportamento mais agressivo (INCA, 2021). A detecção precoce, aliada à adoção de estratégias terapêuticas adequadas ao estadiamento, influencia diretamente no prognóstico e nas taxas de cura.	



	A definição do tratamento local do câncer colorretal deve estar registrada no Plano de Cuidado Individualizado, elaborado sob responsabilidade do médico assistente, com base no quadro clínico do paciente, no estadiamento tumoral e nas diretrizes terapêuticas vigentes. Essa definição deve se fundamentar em protocolos clínicos baseados em evidências científicas e reconhecidos por instituições de referência (INCA, 2021; BRASIL, 2024). Para o tratamento local serão elencadas algumas práticas mais comuns e medias de suporte fundamentais:	
	☐ Tumores de Cólon o Cirurgia: é o principal tratamento curativo para o adenocarcinoma de cólon. A ressecção segmentar com margens ³ 5 cm e linfadenectomia oncológica adequada deve estar prevista nos protocolos (VALADÃO et al., 2021; BRASIL/MS, 2024). o Técnicas minimamente invasivas: devem ser priorizadas sempre que possível, por apresentarem menor morbidade, menor tempo de internação e recuperação mais rápida, sem comprometer os resultados oncológicos (NELSON, 2004).	
	o Radioterapia adjuvante: não é indicada de rotina, devendo ser considerada apenas em casos clínicos específicos (MARTENSON et al., 2004). ☐ Tumores de Reto o Excisão Total do Mesorreto (TME): é o padrão-ouro cirúrgico para tumores extraperitoneais. Para tumores intraperitoneais, recomenda-se excisão parcial do mesorreto (HEALD et al., 2005; BRASIL/MS, 2024).	
	o Tratamento multimodal (QT-RT neoadjuvante + cirurgia): indicado para tumores T3-T4 e/ou N+, especialmente nos segmentos médio e distal do reto, com maior controle local e menor toxicidade (GLYNNE-JONES et al., 2017; VENDRELY et al., 2022). o Cirurgia minimamente invasiva: deve ser contemplada nos protocolos pela sua equivalência oncológica e vantagens clínicas (VAN DER PAS et al., 2013; JEONG et al., 2014). ☐ Métodos Ablativos Térmicos	
	o Radiofrequência e micro-ondas: utilizados no manejo de metástases hepáticas, em associação ou não com cirurgia. Sua eficácia aumentou significativamente nos últimos anos, com sobrevida livre de progressão local atingindo até 86% em 2021 (PUIJK et al., 2022). As Indicações: devem ser bem definidas no protocolo, especialmente para lesões não passíveis de ressecção convencional ou quando a preservação hepática é prioritária (AKGÜL et al., 2014; NICE, 2007). ☐ Medidas de Suporte Integradas ao Tratamento Local	
	☐ Os protocolos pactuados devem incluir, obrigatoriamente: o Avaliação e intervenção nutricional pré-operatória, com o objetivo de reduzir complicações cirúrgicas, otimizar a cicatrização e melhorar a resposta imunológica (BRASIL/MS, 2024). o Pré-habilitação multidisciplinar, com foco em intervenções estruturadas antes do tratamento definitivo (nutrição, fisioterapia e psicologia), otimizando a tolerância e acelerando a recuperação.	
	o Apoio psicossocial contínuo, com vistas à adesão ao plano terapêutico, enfrentamento do adoecimento e manutenção da qualidade de vida (THE CANCER ATLAS, 2019). Para cumprimento deste item, a operadora deverá: ☐ Pactuar formalmente com os serviços da rede assistencial (própria, contratada ou referenciada) a adoção de protocolos clínicos atualizados, baseados em evidências científicas, para o tratamento local do câncer colorretal;	
	☐ Documentar essa pactuação por meio de contrato, aditivo contratual ou instrumento equivalente; ☐ Garantir que os protocolos contemplam cirurgias, radioterapia, terapias ablativas e suporte multiprofissional; ☐ Incluir a pactuação desses protocolos no Plano Estruturado da Linha de Cuidado; ☐ Pactuar que a definição do tratamento esteja documentada no Plano de Cuidado Individualizado, sob responsabilidade do médico assistente, com base em estadiamento, quadro clínico e diretrizes atualizadas;	
	☐ Atualizar os protocolos periodicamente, conforme revisão das evidências científicas; ☐ Adotar fluxo de Via Rápida Oncológica (item 1.1.8) para assegurar celeridade no início do tratamento. Forma de Verificação de Evidências A equipe de auditores poderá verificar:	
	☐ No Plano Estruturado mencionado no item 1.1., a previsão de pactuação de protocolos clínicos baseados em evidências científicas para o tratamento local do câncer colorretal. ☐ No contrato, aditivo contratual ou documento similar, a existência de pactuação de protocolos clínicos baseados em evidência científica para o tratamento local do câncer colorretal descrito de forma objetiva. ☐ A data da solicitação do tratamento local pelo médico assistente; a data de início do tratamento e o prazo, em dias, da liberação do procedimento.	



	☐ Evidências de cobertura dos procedimentos para o tratamento do câncer colorretal no sistema de Contas Médicas da operadora, faturas, entre outros. ☐ Evidências de cobertura de Medidas de Suporte Integradas ao Tratamento Local ☐ Previsão da utilização da Via Rápida Oncológica ou Fast Track Oncológico na Central de atendimento para dar celeridade à aprovação de cobertura para o tratamento do câncer colorretal.	
6.5.6	A operadora deve pactuar com os serviços de atenção oncológica integrantes desta Linha de Cuidado protocolos clínicos baseados em evidências científicas atualizadas para o tratamento sistêmico do câncer colorretal. Interpretação	Essencial
	O câncer colorretal é uma neoplasia maligna que acomete o intestino grosso, incluindo o cólon e o reto, e representa uma das principais causas de morbimortalidade oncológica no Brasil e no mundo (INCA, 2022). É uma doença multifatorial, associada a fatores ambientais, dietéticos, genéticos e inflamatórios, e geralmente evolui a partir de lesões precursoras como pólipos adenomatosos ou serrilhados (INCA, 2021). Clinicamente, caracteriza-se por sua heterogeneidade histológica e molecular, apresentando variações significativas em termos de resposta terapêutica e prognóstico, mesmo em pacientes com estágios semelhantes (BILLER; SCHRAG, 2021).	
	O câncer colorretal metastático ou localmente avançado é uma condição grave que frequentemente demanda tratamento sistêmico para controlar a progressão tumoral, aliviar sintomas e prolongar a sobrevida. Nessa fase da doença, a integração de apoio psicossocial, nutricional, funcional e de navegação do cuidado torna-se indispensável - contribuindo decisivamente para a qualidade de vida, adesão ao tratamento e manejo de efeitos adversos. Este cenário exige protocolos terapêuticos abrangentes, que contemplem não apenas quimioterapia, terapias-alvo e imunoterapia, mas também estratégias estruturadas de suporte ao paciente, garantindo cuidado integral e centrado na pessoa.	
	Seguem as principais abordagens que costumam ser utilizadas no tratamento sistêmico do Câncer colorretal:	
	☐ Quimioterapia adjuvante: indicada para adenocarcinoma de cólon ou reto no estágio III e, excepcionalmente, no estágio II. ☐ Quimioterapia neoadjuvante: recomendada para tumores localmente avançados, especialmente no reto, associada ou não à radioterapia. ☐ Quimioterapia paliativa/conversão: utilizada em casos de doença metastática irrecorrível, com objetivo de controle tumoral ou tornar a cirurgia viável. ☐ Terapias-alvo e imunoterapia: indicadas conforme perfil molecular tumoral (HASHIGUCHI et al., 2020).	
	☐ Infusão contínua com bomba elastomérica: estratégia que reduz internações, melhora a adesão e mantém níveis plasmáticos estáveis de fármacos (BRASIL, 2024). O tratamento deve ser precedido por avaliação multidimensional e registrado no Plano de Cuidado Individualizado. A decisão terapêutica é de competência exclusiva do médico assistente e deve se basear no estadiamento, quadro clínico e diretrizes clínicas reconhecidas (INCA, 2021; BRASIL, 2024). O protocolo clínico pactuado deve contemplar obrigatoriamente:	
	☐ Apoio psicossocial estruturado: atendimento psicológico regular, apoio familiar e manejo de sofrimento emocional. ☐ Suporte nutricional contínuo: avaliação e plano dietoterápico individualizado com foco em evitar desnutrição e aumentar tolerância ao tratamento. ☐ Pre-habilitação funcional e reabilitação: atividades supervisionadas antes e após o tratamento para preservar mobilidade e autonomia. ☐ Navegação do cuidado: orientação contínua ao paciente sobre etapas do tratamento, agenda de exames e canais de apoio, visando coordenação e redução de barreiras.	
	A operadora deve pactuar com os serviços de atenção oncológica protocolos clínicos atualizados, com base em diretrizes baseadas em evidências Para cumprir este item, a operadora deve: ☐ Pactuar formalmente os protocolos clínicos com sua rede de atenção oncológica, com cláusula registrada em contrato, aditivo ou documento equivalente.	
	☐ Incluir os protocolos e as medidas de suporte no Plano Estruturado da Linha de Cuidado. ☐ Garantir atualização contínua dos protocolos conforme novas evidências científicas. ☐ Priorizar as solicitações de tratamento sistêmico por meio da Via Rápida Oncológica, conforme item 1.1.8. Formas de Verificação de Evidências ☐ A equipe de auditoria poderá verificar:	
	☐ Protocolo clínico pactuado, com referências bibliográficas, descrito no Plano Estruturado. ☐ Documento formal da pactuação contratual ou documento similar. ☐ Comprovação de cobertura de apoio nutricional, psicológico e funcional. ☐ Tempo entre solicitação e início do tratamento. ☐ Evidências de uso da Via Rápida Oncológica.	



6.5.7	Os Serviços Ambulatoriais de Oncologia Clínica participantes desta Linha de Cuidado oferecem o acompanhamento pós tratamento do câncer colorretal. Interpretação			Essencial
	A Operadora deve pactuar Serviços Ambulatoriais de Oncologia Clínica participantes desta Linha de Cuidado o acompanhamento pós tratamento do câncer colorretal. O seguimento clínico pós-tratamento do colorretal deve ser individualizado e depende do diagnóstico, estadiamento e terapêutica realizada (Brasil/MS, 2024).			
	Acompanhamento	Elegibilidade	Tempo	
	Colonoscopia	Todos os pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon e reto	Um ano após o tratamento cirúrgico e repetir o exame, conforme os achados da colonoscopia.	
	Proctosigmoidoscopia	Pacientes com adenocarcinoma retal submetidos à ressecção endoscópica ou transanal e que não tenham realizado radioterapia	Cada três a seis meses, associada à ressonância nuclear magnética de reto, por dois anos após excisão e, após este período, a cada seis meses até o quinto ano.	

Anamnese e exame clínico	Todos os pacientes com adenocarcinoma de cólon e reto, exceto adenocarcinoma de cólon estágio I	Cada três meses durante dois anos e, entre o terceiro e quinto ano, acompanhamento semestral.
Antígeno Carnino embrionário (CEA)	Pacientes com adenocarcinoma de cólon e reto estádios II a III	Cada visita clínica durante cinco anos. Se o nível de CEA estiver elevado, coleta nova amostra em um mês
Exames de Imagem (tomografia de tórax, abdômen e pelve.	Pacientes com CEA elevado. Pacientes com adenocarcinoma de cólon e reto estádios II e III	A cada 6 a 12 meses por três anos e, após esse período, anualmente até completar cinco anos da cirurgia
Fonte: Brasil/MS (2024) O seguimento intensivo tem possível benefício frente ao não intensivo, possivelmente devido à maior detecção de doença ressecável (Pita-Fernández et al, 2015; Brasil/MS, 2024).		
Segundo o Ministério da Saúde (2024), o acompanhamento pós tratamento deve seguir as seguintes recomendações: Colonoscopia / Retossigmoidoscopia ·Pacientes com antecedente de adenocarcinoma de cólon e reto apresentam um risco para doença meta crônica ou recidiva local quando submetidos à ressecção endoscópica (Pita-Fernández et al, 2015; Brasil/MS, 2024). Portanto, todos os pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma de cólon e reto devem fazer a colonoscopia em um ano após o tratamento cirúrgico e repetir o exame, conforme os achados da colonoscopia.		
☐Caso a colonoscopia indique a presença de pólipos adenomatosos de alto grau, deve-se repeti-la em um ano. ☐Caso o resultado da colonoscopia indique a ausência de pólipos ou pólipos de baixo grau, deve-se repeti-la em três a cinco anos. ·Pacientes com adenocarcinoma retal submetidos à ressecção endoscópica ou transanal e que não tenham realizado radioterapia devem fazer retossigmoidoscopia a cada três a seis meses, associada à ressonância nuclear magnética de reto, por dois anos após excisão e, após este período, a cada seis meses até o quinto ano (Rocha Filho et al, 2021; Benson et al, 2021).		
Anamnese e Exame clínico ·Todos os pacientes devem ser acompanhados periodicamente com exames clínicos a cada três meses durante dois anos e, entre o terceiro e quinto ano, acompanhamento semestral.		
·As consultas de acompanhamento devem abordar possíveis sinais e sintomas relacionados à recidiva da doença, verificar exames relacionados, além de reforçar as orientações de hábitos de vida saudável e monitorar possíveis eventos adversos persistentes pós-tratamento, como neuropatia pósoxaliplatina ou alterações de evacuação secundárias à cirurgia/radioterapia (Brasil/MS, 2014; Brasil/MS, 2024). ·Pacientes com adenocarcinoma de cólon estágio I devem seguir as recomendações de realização de colonoscopia descritas no item anterior.		
Antígeno carcino embrionário (CEA) ·Pacientes com tumores estágio II e III devem realizar dosagem sérica do CEA a cada visita clínica durante cinco anos. ☐ Se o nível de CEA estiver elevado, devido à sua baixa especificidade, recomenda-se a coleta de nova amostra em um mês. ☐ Caso a elevação persista, deve-se realizar exames de imagem (tomografia de tórax, abdome e pelve, caso ainda não tenha sido realizado) para avaliação de possível recidiva.		
Exames de imagem ·Pacientes com adenocarcinoma de cólon e reto estádios II e III devem realizar exames de imagem (tomografia de tórax, abdome e pelve) a cada 6 a 12 meses por três anos e, após esse período, anualmente até completar cinco anos da cirurgia (Brasil/MS, 2014; Brasil/MS, 2024). Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:		



A equipe de auditores poderá verificar: ·No Plano Estruturado mencionado no item 1.1., a previsão de pactuação de protocolos clínicos baseados em evidências científicas para o acompanhamento pós tratamento do câncer colorretal. ·No contrato, aditivo contratual ou documento similar, a existência de pactuação de protocolos clínicos baseados em evidência científica para o acompanhamento pós tratamento do câncer colorretal descrito de forma objetiva.	
·Evidências de cobertura dos procedimentos para o acompanhamento pós tratamento do câncer colorretal no sistema de Contas Médicas da operadora, faturas, entre outros. ·Previsão da utilização da Via Rápida Oncológica ou <i>Fast Track</i> Oncológico na Central de atendimento para dar celeridade à aprovação de cobertura para o acompanhamento pós tratamento do câncer colorretal.	

6.5.8	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais indicados pela operadora como participantes desta Linha de Cuidado oferecem grupos de apoio psicossocial para pacientes com câncer colorretal. Interpretação:	Complementar
	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais participantes desta Linha de Cuidado realizam grupos de apoio às pacientes com câncer colorretal. Esses grupos podem ser conduzidos por diferentes metodologias, como grupos operativos, rodas de conversa, grupos de orientação nutricional e de práticas de atividade física, entre outras modalidades (Menezes; Avelino, 2016; Vincha et al, 2010).	
	Os grupos operativos consistem em estratégias efetivas que permitem a escuta das necessidades das pacientes, além de oferecer orientações úteis para o autocuidado e o apoio psicossocial. Medidas objetivas de resultado desses grupos indicam melhorias na qualidade de vida e na adoção de hábitos saudáveis. Esse grupos se referem a uma estrutura dinâmica, que evolui constantemente com a experiência e a avaliação das consequências das ações. Por meio da realização da tarefa proposta se aprende a pensar em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no próprio grupo (Bleger, 1979/2003; Castanho, 2017; Pichon-Rivière, 1983/2000).	
	Já as rodas de conversa representam uma abordagem metodológica que favorece uma comunicação dinâmica e produtiva entre os participantes. Se caracterizam por encontros em que as pessoas podem expressar suas emoções, dúvidas, inseguranças, angústias e sofrimentos, além de compartilhar experiências e aprendizados. Podem ser usadas para: promover a troca de ideias, experiências e perspectivas; melhorar o autocuidado dos usuários; ampliar o olhar sobre a saúde como um todo.	
	Os serviços podem utilizar diversas técnicas de interação educativa remota, como vídeos de palestras, cursos <i>online</i> e a formação de grupos virtuais com temas específicos (Menezes e Avelino, 2016; Vincha et al, 2010). A oferta e a cobertura de grupos de apoio para pacientes com câncer colorretal devem ser claramente especificadas em contrato ou em documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, que participam dessa Linha de Cuidado, independentemente de serem da rede própria contratada ou referenciada.	
	Os grupos de apoio podem ser realizados tanto presencialmente quanto remotamente, e devem contar com a coordenação de um profissional de saúde capacitado, que esteja alinhado com a metodologia utilizada. Os grupos podem utilizar diferentes abordagens, desde que sejam consolidadas na literatura. Para cumprir este item, as operadoras devem pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais indicados para participar desta Linha de Cuidado o oferecimento e a cobertura de grupos de apoio às pacientes com câncer colorretal, coordenado por um profissional de saúde capacitado.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·A previsão no capítulo referente ao câncer colorretal do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1, da disponibilização e a cobertura de grupos de apoio para pacientes com câncer colorretal.	
	·Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, com a previsão da realização e cobertura de grupos de apoio para pacientes com câncer colorretal. A equipe de auditores poderá, ainda, realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, para verificar a existência da realização de grupos de apoio para pacientes com Câncer colorretal.	
6.5.9	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais indicados como participantes desta Linha de Cuidado oferecem terapias baseadas nas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI). Interpretação:	Excelência



	Segundo o Ministério da Saúde (MS), as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são abordagens terapêuticas que têm como objetivo prevenir agravos à saúde, a promoção e recuperação da saúde, enfatizando a escuta acolhedora, a construção de laços terapêuticos e a conexão entre o ser humano, meio ambiente e sociedade (MS, 2024). As PIC se baseiam em conhecimentos tradicionais e utilizam recursos terapêuticos que vão além do uso de fármacos (D'Alessandro et al., 2023).	
	As PICS fazem parte das práticas denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI). O MS lançou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2015) seguindo as diretrizes da OMS e as recomendações das Conferências Nacionais de Saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece procedimentos de TICs a seus usuários.	
	O Comitê de Oncologia Integrativa do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIn) é uma rede colaborativa que reúne pesquisadores, universidades e instituições de pesquisa de todo o Brasil, com foco nas medicinas tradicionais, complementares e integrativas. Esse comitê promove abordagens complementares fundamentadas em evidências científicas, conforme recomendado pela OPAS em 2019, e alinha-se às diretrizes da OMS sobre medicina tradicional (2014-2023).	
	O objetivo é construir conhecimento qualificado sobre as Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI), seguindo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). O Comitê de Oncologia Integrativa, com apoio do INCA, adota a seguinte definição, proposta por Witt et al. (2017):	
	"A Oncologia Integrativa é um campo de cuidado centrado no paciente, baseado em evidências, para o tratamento do câncer que utiliza práticas corporais e mentais, produtos naturais e ou modificações no estilo de vida a partir de diferentes tradições, juntamente com tratamentos convencionais de câncer. A Oncologia Integrativa visa otimizar a saúde, a qualidade de vida e os resultados clínicos em uma trajetória de cuidados com o câncer, e capacitar as pessoas para prevenir o câncer e se tornarem participantes ativos antes, durante e além do tratamento do câncer."	
	Alguns tipos de Terapias Tradicionais, Integrativas e Complementares são (Garcia, Rodrigues; 2021): ·Aromaterapia.	
	·Musicoterapia. ·Arteterapia. ·Meditação. ·Yoga. ·Acupuntura.	
	·Reiki. ·Fitoterapia. As Terapias Tradicionais, Integrativas e Complementares são valiosas por oferecerem diversos benefícios à saúde, incluindo melhora da qualidade de vida, redução do estresse, alívio de sintomas crônicos, fortalecimento do sistema imunológico e promoção do equilíbrio entre corpo e mente (Brasil/MS, 2024).	
	Para cumprir este item, a operadora deve pactuar em contrato ou documento similar com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais indicados para participar desta Linha de Cuidado o oferecimento e a cobertura de práticas baseadas nas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) para os pacientes com câncer colorretal. A pactuação para o cumprimento deste item não depende de os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais pertencerem à rede própria, contratada, credenciada ou referenciada da operadora.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: ·A previsão no capítulo referente ao câncer colorretal do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1, da disponibilização e a cobertura de práticas baseadas nas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) para as pacientes com câncer colorretal.	
	·Os contratos ou documentos similares, de forma amostral, entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, com a previsão da realização e cobertura de práticas baseadas nas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) para as pacientes com câncer colorretal. ·Evidências de remuneração de Terapias Integrativas e Complementares podendo ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros.	
	A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas amostrais, presenciais ou à distância, nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, para verificar a realização de práticas baseadas nas Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) para os pacientes com câncer colorretal. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:	



	·Relatórios das Terapias Integrativas e Complementares disponibilizadas para os pacientes com câncer colorretal. ·Por amostragem das listas de presença nas Terapias Integrativas e Complementares. ·Evidências de remuneração de Terapias Integrativas e Complementares podendo ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros. ·Contratos com empresas especializadas, caso o serviço seja terceirizado.	

6.5.10	A operadora monitora o tempo entre a confirmação do diagnóstico de câncer colorretal e o início do tratamento local, assegurando que esse período não exceda, em média, 30 dias. Interpretação:	Excelência
	A operadora autoriza os procedimentos necessários para o tratamento local do câncer colorretal de forma oportuna, imediatamente após a solicitação do médico assistente. Além disso, deve monitorar o tempo entre o diagnóstico anatomopatológico e o início do tratamento, garantindo que, em média, esse período não ultrapasse 30 dias.	
	O tempo oportuno é o intervalo em que a prestação do cuidado ou da intervenção se torna mais benéfica e necessária (JCAHO, 1993 <i>apud</i> PROADESS). Assim, a operadora deve disponibilizar os procedimentos terapêuticos necessários o mais rapidamente possível, reduzindo as barreiras de acesso. É recomendável que o tratamento local seja iniciado em até 30 (trinta) dias corridos após a confirmação do diagnóstico anatomopatológico do câncer colorretal, podendo variar conforme o estadiamento da doença, as características biológicas do tumor e as condições da paciente, como idade, menopausa e comorbidades.	
	O tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento deve ser o mais curto possível, logo após a confirmação diagnóstica. O início precoce do tratamento do câncer em estágios menos avançados está associado a maiores chances de cura e a uma melhor qualidade de vida para as pacientes (BRASIL, 2013).	
	Para fins desta Certificação, a organização da priorização dos casos de câncer colorretal pela operadora, bem como as autorizações e o fluxo na rede de atenção à saúde, exige um planejamento que atenda às demandas de tratamento com qualidade e em tempo oportuno. Isso garante que o início do tratamento ocorra assim que indicado pelo médico assistente.	
	No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM 1.220/2014, determina que o prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento de câncer no Sistema Único de Saúde (SUS) começa a contar a partir da assinatura do laudo patológico. Conforme a literatura, o início do tratamento local deve ser iniciado o mais precocemente possível após a confirmação diagnóstica anatomopatológico. Para atender a esse item, operadora deve manter o tempo médio entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento do câncer colorretal em até 30 (trinta) dias.	
	Vale ressaltar que os prazos para realização dos procedimentos não podem exceder aqueles estabelecidos na RN 566/2022 e suas alterações. Entretanto, ressalta-se que a RN 566/2022 e suas alterações não estabelece os prazos máximos para o ciclo de cuidado, mas sim, os prazos para o atendimento integral do serviço ou procedimento solicitado, contados a partir da data da demanda junto à operadora até a sua efetiva realização. Este item do manual trata do prazo do ciclo do cuidado a partir da data de emissão do laudo anatomopatológico com a confirmação diagnóstica do câncer colorretal e o início do tratamento local. Conforme as melhores práticas, esse prazo não deve exceder 30 dias, visando melhores desfechos em saúde.	
	Entre os macroindicadores obrigatórios previstos neste Manual está o monitoramento do indicador " <i>Tempo médio entre a confirmação diagnóstica de câncer e o início do tratamento</i> ". Esse indicador deve ser monitorado para cada linha de cuidado abordada pela operadora. Desse modo, para esta Linha de Cuidado, a operadora deverá monitorar o macroindicador referente ao tempo <i>médio</i> entre a confirmação diagnóstica do câncer colorretal e o início do tratamento, conforme o item 1.3.1, assegurando que o resultado médio anual não ultrapasse 30 dias.	
	Para o cumprimento desse item, a operadora deve: ·Monitorar o macroindicador referente ao tempo <i>médio</i> entre a confirmação diagnóstica de câncer colorretal e o início do tratamento, conforme o item 1.3.1, assegurando que o resultado médio anual não ultrapasse 30 dias. ·Incluir a solicitação de tratamento para o câncer colorretal na Via Rápida ou <i>Fast Track</i> oncológico da Central de Atendimento da operadora.	
	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências A equipe de auditores poderá verificar: ·A previsão no capítulo referente ao câncer colorretal do Plano Estruturado previsto no item 1.1.1, para o monitoramento do macroindicador referente ao tempo <i>médio</i> entre a confirmação diagnóstica de câncer colorretal e o início do tratamento, conforme o item 1.3.1, assegurando que o resultado médio anual não ultrapasse 30 dias.	



	·O resultado do tempo <i>médio</i> entre a confirmação do diagnóstico e a instituição do tratamento local para o câncer colorretal em até 30 dias. ·O monitoramento do ciclo de cuidado, desde a confirmação diagnóstica até o início do tratamento. ·A verificação das datas do diagnóstico anatomopatológico e do início do tratamento, incluindo o prazo, em dias, para a liberação do procedimento. ·A inclusão da solicitação de tratamento para o câncer colorretal na Via Rápida ou <i>Fast Track</i> oncológico da Central de Atendimento da operadora.	
Referências Requisito 6.5:		
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede.: A (re)organização da rede de Atenção Oncológica na saúde suplementar. 2016 Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa (RN) nº 566, de 29 de dezembro de 2022, que dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Disponível em:< ">https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=pdfAtualizado&format=raw&id=NDMOMQ=>. Acesso em: 07 out. 2024.		
AKGUL O, CETINKAYA E, ERSOZ S, TEZ M. Role of surgery in colorectal cancer liver metastases. World J Gastroenterol. 2014 Disponível em:<https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v20/i20/6113.htm>. Acesso em: mai. de 2024. AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). Treatment of Rectal Cancer, by Stage. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/treating/by-stage-rectum.html>. Acesso em: mar. de 2024. Arends, J. et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. Clin. Nutr. 36, 1187-1196 (2017).		
BENSON AB, VENOOK AP, AL-HAWARY MM, ARAIN MA, CHEN YJ, CIOMBOR KK, et al. Colon Cancer, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network [Internet]. 2021 Mar 2 [cited 2022 Nov 27];19(3):329-59. Disponível em: <https://jnccn.org/view/journals/jnccn/19/3/articlep329.xml>. Acesso em: 16 mar. 2023. BILLER, L.H.; SCHRAG D. Diagnosis and Treatment of Metastatic Colorectal Cancer: A Review. JAMA, v. 325, n.7, p :669-685, 2021. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33591350/>. Acesso em: 16 mar. 2023. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 958, de 26 de setembro de 2014. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cólon e Reto. 2014.		
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.348, de 2 de junho de 2022. Dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1348_03_06_2022.html>. Acesso em: 08 dez. 2023. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. 2024. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html>. Acesso em 04 jun. 2024		
BRASPEN - SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; SBOC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. Diretrizes para terapia nutricional em oncologia. São Paulo: BRASPEN/SBOC, 2021. BRIERLEY J, GOSPODAROWICZ M, WITTEKIND C. TNM Classification of Malignant Tumours. 8a ed. John Wiley & Sons; 2016. CAO, Y; WANG X. Effects of molecular markers on the treatment decision and prognosis of colorectal cancer: a narrative review. Journal of Gastrointestinal Oncology, v. 12, n. 3, p: 1191-1196, 2021. Disponível em:< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8261319/>. Acesso em 14 mar. 2023.		
CARLI, F.; SCHEEDE-BERGDAHL, C. Prehabilitation to enhance perioperative care. Anesthesiology Clinics, 33(1): 17-33, 2015. CASTANHO, P. Sobre a questão da tarefa no grupo: Aspectos psicanalíticos e psicossociais. In T. S. Emidio, & M. Y. Okamoto (Orgs.), Perspectivas psicanalíticas atuais para o trabalho com famílias e grupos na universidade (pp. 87-101). Cultura Acadêmica, 2017. CORDEIRO F, YAMAGUCHI N, HABR-GAMA A, CUTAIT R, REINAN R, ABRAMOFF R, et al. Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento Cirúrgico e Multidisciplinar do Câncer Colorretal. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001;12.		
DAZA JF, SOLIS NM, PARPIA S, GALLINGER S, MOULTON CA, BELLEY-COTE EP, et al. A metaanalysis exploring the role of PET and PET-CT in the management of potentially resectable colorectal cancer liver metastases. European Journal of Surgical Oncology. 2019 Aug; 45(8):1341-8. Disponível em: <http://www.ejso.com/article/S0748798319303531/fulltext>. Acesso: em 04 out. 2024. DE PINHO, NB et al. High prevalence of malnutrition and nutrition impact symptoms in older patients with cancer: Results of a Brazilian multicenter study. Cancer. 2019 Sep 9. doi: 10.1002/cncr. DRONKERS, J. J. et al. The association of pre-operative physical fitness and physical activity with outcome after scheduled major abdominal surgery. Anaesthesia, 68(1): 67-73, 2013.		
DE PINHO, NB et al. High prevalence of malnutrition and nutrition impact symptoms in older patients with cancer: Results of a Brazilian multicenter study. Cancer. 2019 Sep 9. doi: 10.1002/cncr. DRONKERS, J. J. et al. The association of pre-operative physical fitness and physical activity with outcome after scheduled major abdominal surgery. Anaesthesia, 68(1): 67-73, 2013.		



HASHIGUCHI, Y. et al. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2019 for the treatment of colorectal cancer. *International Journal of Clinical Oncology*, v. 25, n. 1, p. 1-42, 2020.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Ministério da Saúde. Consenso nacional de nutrição oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 182p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Prazo para a saúde. O desafio de atender ao paciente oncológico no tempo oportuno. 2013. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media_root/rrc-23-capa-a-reducao-da-espera.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção Precoce do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>>. Acesso em: 12 dez. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de intestino. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/intestino>>. Acesso em 15 mar. 2023.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ). Ministério da Saúde. Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS). 2011. Acesso. Disponível em: <<https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=acesso>. 2023>. Acesso: em 04 out. 2024.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ). Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/materiais-de-apoio/arquivos/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 26 dez. 2023.

GARCIA, A.C. B.B. F; RODRIGUES, C.V. M. Saúde integrativa no cuidado do câncer. Curitiba: Appris, 2021.

GLYNNE-JONES R, WYRWICZ L, TIRET E, BROWN G, RÖDEL C, CERVANTES A, et al. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2017. Disponível em: <<http://www.annalsofoncology.org/article/S0923753419421522/fulltext>>. Acesso em: 14 mar. 2023.

HASHIGUCHI, Y. et al. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2019 for the treatment of colorectal cancer. *International Journal of Clinical Oncology*, v. 25, n. 1, p. 1-42, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31203527/>>. Acesso em: 15 mar. 2023.

HEALD RJ, HUSBAND EM, RYALL RDH. The mesorectum in rectal cancer surgery-the clue to pelvic recurrence? *British Journal of Surgery* [Internet]. 2005;69(10):613-6. Disponível em: <<https://academic.oup.com/bjs/article/69/10/613/6186032>>. Acesso em: 14 mar. 2023.

Hébuterne, X. et al. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. *JPEN J. Parenter. Enteral Nutr*. 38, 196-204 (2014).

Horvat N, Rocha CCT, Oliveira BC, Petkovska I, Gollub MJ. MRI of rectal cancer: Tumor staging, imaging techniques, and management. *Radiographics* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2022 Nov 24];39(2):367-87. Disponível em: <<https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.2019180114>>. Acesso: em 04 out. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Informe Técnico nº 442 - Pré-habilitação: preparo pré-operatório para cirurgia oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2024.

JEONG SY, PARK JW, NAM BH, KIM S, KANG SB, LIM SB, et al. Open versus laparoscopic surgery for mid-rectal or low-rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): Survival outcomes of an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2014. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/article/S1470204514702050/fulltext>>. Acesso em: 12 dez. 2022.

KERN, K. A.; NORTON, J. A. Cancer cachexia. *JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition*, Thorofare, v. 12, n. 3, p. 286-298, may/jul. 1988.

KORTEBEIN, P. et al. Outcomes of inpatient rehabilitation for older adults with debility. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 87(2): 118-125, 2008.

MARTENSON JA, WILLETT CG, SARGENT DJ, MAILLIARD JA, DONOHUE JH, GUNDERSON LL, et al. Phase III study of adjuvant chemotherapy and radiation therapy compared with chemotherapy alone in the surgical adjuvant treatment of colon cancer: Results of intergroup protocol 0130. *Journal of Clinical Oncology*. 2004 Sep 21;22(16):3277-83.

Li, Z., Chen, W., Li, H., Zhao, B., & Chinese Oncology Nutrition Survey Group. Nutrition support in hospitalized cancer patients with malnutrition in China. *Asia Pac. J. Clin. Nutr*. 27, 1216-1224 (2018).

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em 12 jun. 2024.

MENEZES, K.; AVELINO, P. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 24 (1): 124-130, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/KZh3BmhLfqFRM7GYqp8ZXSc/?lang=pt>>. Acesso em: 26 dez 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cólon e Reto. Portaria nº958, de 26 de setembro de 2014, Brasília. 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0958_26_09_2014.html>. Acesso em: 14 mar. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas-Adenocarcinoma de cólon e reto. Brasília: Conitec/SECTICS, 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics>>. Acesso em: 18 out. 2024.



MORAES, E N de. Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde [livro eletrônico] : aplicações do IVCF-20 e do ICOPE - Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa / Edgar Nunes de Moraes, Priscila R. Rabelo Lopes. - Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2023. 110 p. : il. Disponível em: <file:///E:/ans%20docs%20importantes/Manual-de-Avaliacao-Multidimensional-da-Pessoa-Idosa-para-a-Atencao-Primaria-a-Saude.-Aplicacoes-do-IVCF-20-e-do-ICOPE-1.pdf>. Acesso em 09 jun. 2025

NELSON H. Laparoscopically assisted colectomy is as safe and effective as open colectomy in people with colon cancer. Cancer Treat Rev [Internet]. 2004 Dec 1 [cited 2022 Nov 27];30(8):707-9. Disponível em: <http://www.cancertreatmentreviews.com/article/S0305737204001471/fulltext>

NICE Guidance: Radiofrequency-assisted liver resection (NICE) . Interventional procedures guidance [IPG211]. 2007.

Niekel MC, Bipat S, Stoker J. Diagnostic imaging of colorectal liver metastases with CT, MR imaging, FDG PET, and/or FDG PET/CT: A meta-analysis of prospective studies including patients who have not previously undergone treatment. Radiology [Internet]. 2010 Dec 1 [cited 2022 Nov 24];257(3):674-84. Disponível em: <<https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.10100729>>. Acesso: em 04 out. 2024.

PICHON-RIVIÈRE, E. O Processo Grupal. (6ª edição). Editora Martins Fontes, 2000 (Trabalho original publicado em 1983).

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 18 out. 2024.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa. Brasília-DF, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em 08 jul. 2025.

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (SECTICS). Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Adenocarcinoma de cólon e reto. Ministério da Saúde. Brasília, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2024/relatorio-preliminar-protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt-do-adenocarcinoma-de-colon-e-reto>>. Acesso em: 16 mar. 2023.

PITA-FERNÁNDEZ S, ALHAYEK-AÍ M, GONZÁLEZ-MARTÍN C, LÓPEZ-CALVIÑO B, SEOANE-PILLADO T, PÉRTEGA-DÍAZ S. Intensive follow-up strategies improve outcomes in nonmetastatic colorectal cancer patients after curative surgery: A systematic review and meta-analysis. Annals of Oncology. 2015;26(4):644-56.

PUIJK RS, DIJKSTRA M, VAN DEN BEMD BAT, RUARUS AH, NIEUWENHUIZEN S, GEBOERS B, et al. Improved Outcomes of Thermal Ablation for Colorectal Liver Metastases: A 10-Year Analysis from the Prospective Amsterdam CORE Registry (AmCORE). Cardiovasc Intervent Radiol, 2022 Available from: /pmc/articles/PMC9307533/

ROCHA FILHO D, PROLLA G, OLIVEIRA M, BRAGHIROLI M, RIECHELMANN R. Cólon: doença localizada. Diretrizes de tratamentos oncológicos recomendados pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. 2021.

SANTA MINA, D. et al. The effect of meeting physical activity guidelines for cancer survivors on quality of life following radical prostatectomy. Journal of Cancer Survivorship, 8(2): 190-198, 2014.

TAM, S.Y.; WU, V.W.C. A Review on the Special Radiotherapy Techniques of Colorectal Cancer. Frontiers in Oncology, 9:208, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6454863/>>. Acesso em: 14 mar. 2023.

TAYLOR, F. G. M. et al. Preoperative magnetic resonance imaging assessment of circumferential resection margin predicts disease-free survival and local recurrence: 5-Year follow-up results of the MERCURY Study. Journal of Clinical Oncology. 2014 Jan 1;32(1):34-43.

TAM, S.Y.; WU, V.W.C. A Review on the Special Radiotherapy Techniques of Colorectal Cancer. Frontiers in Oncology, 9:208, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6454863/>>. Acesso em: 14 mar. 2023.

TAYLOR, F. G. M. et al. Preoperative magnetic resonance imaging assessment of circumferential resection margin predicts disease-free survival and local recurrence: 5-Year follow-up results of the MERCURY Study. Journal of Clinical Oncology. 2014 Jan 1;32(1):34-43.

THE CANCER ATLAS. Management & treatment. 2019 Disponível em; <<https://canceratlas.cancer.org/taking-action/management-and-treatment/>>. Acesso em: 03 ago. 2021.

TSILI, A. C. et al. Imaging of colorectal cancer liver metastases using contrast-enhanced US, multidetector CT, MRI, and FDG PET/CT: a metaanalysis. 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0284185120925481?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++Opubmed>. Acesso: em 04 out. 2024.

VALADÃO M, ARAUJO R, JUNIOR M, CASTRO J, SILVA R, COSTA R, ET AL. Câncer colorretal. In: Valadão M, Cesar D, Gonçalves R, Linhares E, Araujo R, Sabino F, editors. Tratado de Cirurgia Oncológica Gastrointestinal. Rio de Janeiro; 2021. p. 256-319.

VAN DER PAS MHGM, HAGLIND E, CUESTA MA, FÜRST A, LACY AM, HOP WCJ, et al. Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): Short-term outcomes of a randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2013;14(3):210-8. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/article/S1470204513700160/fulltext>>. Acesso: em 04 out. 2024.

VENDRELY V, RIVIN DEL CAMPO E, MODESTO A, JOLNEROWSKI M, MEILLAN N, CHIAVASSA S, SERRE AA, GÉRARD JP, CRÉHANGES G, HUGUET F, LEMANSKI C, PEIFFERT D. Rectal cancer radiotherapy. Cancer Radiother. 2022 Feb-Apr;26(1-2):272-278.



VINCHA, K. R. R.; SANTOS, A. de F.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 949- 962, sep. 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n114/949-962>>. Acesso em: 14 mar. 2023.

WITT, C.M. et al. A comprehensive definition for Integrative Oncology. JNCI Monographs, v. 2017, n. 52, lxx012,2017. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jncimono/article/2017/52/lxx012/4617827?login=false>>. Acesso em: 18 out. 2024.

6.6 Atenção Domiciliar - Linhas de Cuidado Câncer de Cólon e Reto

Requisito que avalia a disponibilização da atenção domiciliar, incluindo seus três níveis, para os pacientes com Câncer de Cólon e Reto.

6.6.1	A operadora deve estabelecer pactuação com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e/ou Hospitalar quanto à adoção de fluxos e protocolos clínicos específicos para a indicação de Atenção Domiciliar (AD) para pacientes com câncer de cólon e reto. Interpretação	Essencial
	A Atenção Domiciliar representa uma estratégia fundamental na linha de cuidado do câncer de cólon e reto, por garantir a continuidade da assistência terapêutica, o acolhimento no domicílio e a manutenção da qualidade de vida dos pacientes, especialmente em situações clínicas que envolvem grande impacto funcional e psicossocial. Esse cuidado está previsto em diretrizes nacionais, como a Portaria GM/MS nº 825/2016, atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024 (Programa Melhor em Casa), além da RDC ANVISA nº 11/2006, que regulamenta os serviços de atenção domiciliar.	
	As modalidades de Atenção Domiciliar são assim definidas: · AD1 - Atenção Domiciliar Básica: voltada para pacientes clinicamente estáveis, com necessidade de intervenções pontuais (ex.: orientação dietética, troca de curativos simples, suporte após procedimentos ambulatoriais). · AD2 - Atenção Domiciliar Intermediária: indicada para pacientes com complexidade moderada, que demandam visitas frequentes, cuidados com estomas intestinais, curativos de feridas cirúrgicas complexas ou reabilitação funcional.	
	· AD3 - Internação Domiciliar: voltada a pacientes com alta complexidade clínica, exigindo substituição da internação hospitalar e realização de procedimentos como nutrição parenteral, manejo de fístulas intestinais, controle de dor refratária e cuidados paliativos avançados. A definição da modalidade deve decorrer de avaliação multiprofissional, considerando:	
	· Condição clínica e estabilidade da doença; · Grau de dependência funcional; · Presença de comorbidades e risco de intercorrências infecciosas; · Complexidade terapêutica exigida (ex.: manejo de ostomias, nutrição enteral, cuidados com drenos); · Vulnerabilidade social e contexto familiar.	
	O uso de escalas clínicas padronizadas é recomendado para apoiar a estratificação e o planejamento assistencial: · Palliative Performance Scale (PPS) · Karnofsky Performance Status (KPS) · Edmonton Frail Scale (EFS) · IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico- Funcional da Pessoa Idosa)	
	A indicação da AD deve ser formalizada por prescrição do médico assistente e baseada em protocolo clínico pactuado com a operadora. A modalidade definida deve constar no Plano de Cuidado Individualizado, com registro completo no Prontuário da Atenção Domiciliar e justificativa técnica clara. Critérios clínicos específicos para indicação de AD em câncer de cólon e reto: · Dor abdominal ou pélvica intensa com limitação funcional;	
	· Cuidados com estomas intestinais (colostomia, ileostomia) e prevenção de complicações (ex.: dermatite periestoma, sangramentos); · Fístulas enterocutâneas, necessidade de controle de débito, trocas regulares de curativos; · Suporte clínico entre ciclos de quimioterapia ou radioterapia pélvica; · Complicações pós-operatórias (ex.: infecção de ferida operatória, deiscência, abscessos drenados); · Necessidade de nutrição enteral ou parenteral em domicílio;	
	· Alta precoce do hospital com plano terapêutico estruturado e suporte no domicílio. Também devem ser observados: · Limitações físicas ou cognitivas que impeçam deslocamentos; · Fragilidade clínica, múltiplas comorbidades e dependência funcional; · Necessidade de cuidados paliativos ou controle de sintomas avançados;	



	· Fase terminal da vida, com foco em conforto e suporte familiar; · Situações de sobrecarga ou ausência de rede de apoio familiar; · Condições sociais desfavoráveis ou vulnerabilidades psicossociais. Para cumprimento deste item, a operadora deve:	
	· Dispor de fluxos e protocolos clínicos formalizados, com critérios específicos para indicação de AD em câncer de cólon e reto; · Pactuar com os Serviços de Atenção Oncológica o uso de escalas clínicas padronizadas para avaliação funcional e estratificação de risco; · Garantir estrutura operacional e assistencial compatível com as três modalidades de atenção (AD1, AD2 e AD3), conforme indicação clínica. Formas de Verificação de Evidências	
	A equipe de auditoria poderá verificar: · Existência de protocolos clínicos pactuados com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e/ou Hospitalar; · Aplicação de escalas clínicas padronizadas nos fluxos assistenciais (PPS, KPS, ESAS, IVCF-20); · Planos de Cuidado Individualizados e prontuários da Atenção Domiciliar, com registros das indicações e acompanhamentos; · Contratos ou instrumentos equivalentes com os SAD, contendo a pactuação formal da linha de cuidado do câncer de cólon e reto.	
6.6.2	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD3) a pacientes com câncer de cólon e reto, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Interpretação	Essencial
	A Atenção Domiciliar (AD3), também denominada internação domiciliar, representa o nível mais elevado de complexidade da assistência domiciliar, sendo indicada para pacientes com condições clínicas graves ou instáveis, que demandam cuidados intensivos e intervenções complexas no ambiente domiciliar.	
	No contexto do câncer de cólon e reto, a modalidade AD3 é particularmente indicada em situações como: · Quadros avançados com dor refratária, obstrução intestinal inoperável ou sangramentos persistentes; · Complicações pós-operatórias graves, como fístulas entéricas, abscessos pélvicos ou infecções extensas; · Presença de estomas (colostomias ou ileostomias) com complicações que exijam cuidados contínuos e especializados; · Metástases hepáticas ou peritoneais com importante impacto funcional;	
	· Estado terminal com necessidade de cuidados paliativos intensivos e manejo sintomático complexo. De acordo com a Portaria GM/MS nº 825/2016, atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, a AD3 se caracteriza por: · Indicação: Pacientes com alta complexidade clínica, cuja permanência em ambiente hospitalar seria indicada na ausência de suporte domiciliar adequado;	
	· Perfil assistencial: Requer administração de medicações por via endovenosa contínua, nutrição parenteral, manejo de dor com infusores, curativos de alta complexidade e suporte ventilatório não invasivo, quando indicado; · Objetivo: Substituir a internação hospitalar, mantendo assistência segura e humanizada no domicílio; · Condições domiciliares estruturadas, com presença de cuidador e suporte familiar.	
	A avaliação multiprofissional deve embasar a indicação da AD3, considerando variáveis clínicas, funcionais e psicossociais. A utilização de escalas clínicas padronizadas é recomendada, tais como: · <i>Palliative Performance Scale (PPS)</i>; · <i>Karnofsky Performance Status (KPS)</i>; · <i>Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)</i>	
	· <i>IVCF-20 - Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional da Pessoa Idosa.</i> A modalidade deve ser registrada de forma clara e atualizada no Plano de Cuidado Individualizado e no Prontuário da Atenção Domiciliar, com reavaliação periódica conforme a evolução clínica e as condições do domicílio. Para atendimento deste item, a operadora deve: · Dispor de protocolo clínico formalizado, com critérios específicos para a indicação da AD3 em pacientes com câncer de cólon e reto;	
	· Garantir a elaboração e atualização do Plano de Cuidado Individualizado, com base em avaliação multiprofissional; · Monitorar indicadores assistenciais, como controle de sintomas, taxa de reinternações evitáveis, manejo de dor e satisfação do paciente e familiares; · Firmar contrato ou documento equivalente com os SAD envolvidos na execução dessa modalidade assistencial. Formas de Verificação de Evidências	



	A equipe de auditoria poderá verificar: · Protocolo clínico pactuado com os SAD para a linha de cuidado do câncer de cólon e reto; · Presença de equipe multiprofissional com registros de intervenções compatíveis com a modalidade AD3; · Sistemas de faturamento e relatórios assistenciais demonstrando a utilização da AD3 em pacientes oncológicos com câncer colorretal; Indicadores de desfecho clínico e relatórios de cuidados paliativos intensivos ou de fim de vida.	

6.6.3	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD2) a pacientes com câncer de cólon e reto, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Interpretação	Essencial
	A Atenção Domiciliar (AD2) é indicada para pacientes com complexidade clínica moderada, que necessitam de intervenções frequentes, monitoramento multiprofissional contínuo e suporte terapêutico sistematizado.	
	No contexto do câncer colorretal, a AD2 é recomendada para pacientes que, embora não demandem internação hospitalar, apresentam sintomas persistentes, complicações pós-cirúrgicas, efeitos colaterais do tratamento oncológico ou uso de dispositivos como colostomias ou ileostomias que necessitem de cuidados complexos. Nos termos da Portaria GM/MS nº 825/2016, atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, a modalidade AD2 é voltada para cuidados de complexidade intermediária ou moderada:	
	· Indicação: Pacientes com complexidade clínica intermediária que requerem cuidados frequentes e acompanhamento próximo. · Perfil clínico: Pacientes com dor abdominal recorrente, complicações pós-operatórias (ex.: infecção de ferida operatória, fístulas), náuseas e vômitos intensos, diarreia persistente, sangramentos controlados, suporte nutricional, hidratação parenteral ou necessidade de cuidados com estoma. · Periodicidade: Visitas regulares, com assistência clínica e multiprofissional (enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia). · Objetivo: Evitar descompensações clínicas, reduzir reinternações e oferecer cuidado seguro e integral no domicílio.	
	· Condições mínimas: Ambiente domiciliar adequado e cuidador capacitado ou apoio familiar disponível. A indicação para AD2 deve ser embasada em avaliação multiprofissional, considerando os seguintes aspectos: · Situação clínica atual e evolução esperada; · Capacidade funcional e grau de dependência; · Necessidade de cuidados clínicos intermediários;	
	· Presença de comorbidades ou risco de complicações; · Vulnerabilidades psicossociais e suporte domiciliar. A utilização de escalas clínicas padronizadas é recomendada para embasar a indicação e monitorar a evolução do cuidado: · <i>Karnofsky Performance Status (KPS)</i>; · <i>Palliative Performance Scale (PPS)</i>;	
	· <i>Edmonton Frail Scale (EFS)</i>; · <i>IVCF-20</i>(quando se tratar de paciente idoso). A indicação deve estar formalmente descrita no Plano de Cuidado Individualizado, fundamentada tecnicamente, e registrada de forma compreensível e atualizada no Prontuário da Atenção Domiciliar. A permanência na AD2 deve ser periodicamente reavaliada com base na evolução clínica e resposta ao plano terapêutico.	
	Para cumprimento deste item, a operadora deve: · Dispor de protocolo clínico formalizado, com critérios bem definidos para a indicação da AD2 em pacientes com câncer de cólon e reto; · Assegurar a elaboração e revisão periódica do Plano de Cuidado Individualizado, com base em avaliação da equipe multiprofissional;	
	· Monitorar indicadores assistenciais, como controle de sintomas, redução de reinternações, adesão ao plano terapêutico e satisfação do usuário; · Estabelecer contratos ou documentos formais com os SAD indicados para integrar esta linha de cuidado, garantindo responsabilidades e fluxos assistenciais pactuados. Este item busca garantir a qualidade, continuidade e segurança da atenção domiciliar intermediária, assegurando que pacientes com câncer colorretal recebam acompanhamento estruturado e humanizado, conforme diretrizes clínicas atualizadas.	



	Formas de Verificação de Evidências A equipe de auditoria poderá verificar: · Existência de protocolo clínico pactuado com os SAD participantes da linha de cuidado; · Presença de equipe multiprofissional nos SAD envolvidos; Registro nos sistemas de contas médicas demonstrando a prestação de AD2 a pacientes com câncer de cólon e reto.	
6.6.4	A operadora deve garantir a oferta de Atenção Domiciliar (AD1) a pacientes com câncer de cólon e reto, conforme protocolo clínico formalizado e pactuado com os Serviços de Atenção Domiciliar. Interpretação	Excelência
	A Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1) é uma estratégia importante no cuidado de pacientes com câncer colorretal, especialmente em fases de menor complexidade clínica. Essa modalidade permite o acompanhamento no domicílio de pacientes clinicamente estáveis, com necessidade de intervenções pontuais e apoio multiprofissional leve, reduzindo a necessidade de deslocamentos e promovendo qualidade de vida no ambiente familiar.	
	De acordo com a Portaria GM/MS nº 825/2016, atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024, as principais características da AD1 são: · Indicação: Pacientes com baixa complexidade clínica. · Perfil: Estáveis, com necessidade de cuidados simples, como orientações sobre cuidados com estoma, curativos simples, suporte nutricional leve, manejo de efeitos colaterais leves de terapias oncológicas.	
	· Periodicidade: Visitas esporádicas, de acordo com o plano de cuidado individualizado. · Objetivo: Manter a continuidade do cuidado, promover o conforto domiciliar e prevenir internações desnecessárias. A AD1 deve ser indicada a partir de avaliação multiprofissional estruturada, com base em critérios clínicos, funcionais e psicossociais. Podem ser utilizadas escalas padronizadas como:	
	· Karnofsky Performance Status · Palliative Performance Scale (PPS) · Edmonton Frail Scale (EFS) · IVCF-20	
	A indicação deve ser registrada no Plano de Cuidado Individualizado, com justificativa técnica clara e registro atualizado no prontuário da Atenção Domiciliar. Critérios clínicos específicos para AD1 em câncer de cólon e reto: · Situações de pós-operatório estável com necessidade de curativos simples; · Orientação para cuidados com estomias (colostomia, ileostomia) em pacientes adaptados e sem complicações;	
	· Controle clínico de sintomas gastrointestinais leves (diarreia, constipação, náuseas); · Suporte clínico leve entre ciclos de quimioterapia; · Acompanhamento nutricional leve com foco em recuperação funcional; · Situações com risco reduzido de complicações ou sem necessidade de intervenções intensivas. Para cumprimento deste item, a operadora deve:	
	· Dispor de protocolo clínico formalizado, com critérios claros para indicação da AD1 em pacientes com câncer colorretal; · Garantir a elaboração e atualização periódica do Plano de Cuidado Individualizado com base em avaliação multiprofissional; · Monitorar resultados assistenciais, como adesão ao cuidado, prevenção de agravos e satisfação do paciente; · Estabelecer contratos ou documentos equivalentes com os SAD envolvidos na linha de cuidado do câncer de cólon e reto. Formas de Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditoria poderá verificar: · Protocolos clínicos formalizados e pactuados com os Serviços de Atenção Domiciliar; · Equipe multiprofissional habilitada atuando conforme o perfil assistencial da AD1; · Sistemas de faturamento ou prontuários clínicos, evidenciando a oferta de AD1 a pacientes com câncer colorretal; · Registros de Plano de Cuidado Individualizado, contendo justificativa técnica e plano terapêutico domiciliar.	
6.6.5	A operadora deve monitorar o indicador Proporção de beneficiários com Câncer de Cólon e Reto em Atenção Domiciliar, estratificado por modalidade (AD1, AD2 e AD3), como parte integrante da Linha de Cuidado. Interpretação	Complementar



	A Atenção Domiciliar (AD) é componente essencial na assistência ao paciente com câncer colorretal, principalmente em razão da frequência de situações de alta complexidade clínica, como estomas funcionais (colostomias/ileostomias), fístulas intestinais, náuseas e vômitos refratários, dor abdominal intensa, além de complicações infecciosas, desnutrição e mobilidade reduzida.	
	A atenção fora do ambiente hospitalar permite reduzir riscos de infecção nosocomial, favorece o acolhimento e a continuidade terapêutica, especialmente em fases pós-operatórias, inter ciclos de tratamento, reabilitação funcional e cuidados paliativos. A indicação para AD deve estar respaldada por protocolo clínico formalizado, elaborado em parceria com os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial e/ou Hospitalar, com prescrição formal do médico assistente e baseada em avaliação multiprofissional integrada.	
	O nível da atenção domiciliar (AD1, AD2 ou AD3) deve ser definido conforme: · Complexidade do quadro clínico (ex. controle de fístulas, ostomias com complicações); · Dependência funcional e presença de comorbidades;	
	· Necessidade de intervenções especializadas (ex. nutrição enteral, curativos complexos); · Condições psicossociais e suporte familiar disponível. O plano terapêutico deve estar descrito de forma compreensível no Plano de Cuidado Individualizado e ser atualizado conforme evolução clínica. O monitoramento contínuo do indicador de proporção de pacientes com câncer de cólon e reto em atenção domiciliar permite: · Avaliar a efetiva prestação do serviço AD;	
	· Identificar lacunas assistenciais e demandas por modalidades de maior complexidade; · Apoiar o planejamento e qualificação da linha de cuidado oncológico. A coleta deve ser mensal, com apuração anual do indicador, contemplando a necessidade de reclassificação da modalidade de AD sempre que houver mudança do perfil clínico do paciente. Para o cumprimento deste item, a operadora deve:	
	· Monitorar mensalmente o indicador de proporção de beneficiários com câncer de cólon e reto em AD, com estratificação por modalidade (AD1, AD2, AD3); · Reclassificar a modalidade de AD de forma dinâmica, conforme a evolução clínica; · Utilizar os dados apurados para fins de planejamento, regulação e qualificação contínua da assistência. Formas de Verificação de Evidências	
	A equipe de auditoria poderá verificar: · A previsão do indicador no Plano Estruturado da Linha de Cuidado do Câncer de Cólon e Reto, conforme item 1.1.1 da certificação; · A existência de sistema de monitoramento da AD, com registros estratificados por modalidade; · A relação de beneficiários em AD, acompanhada de Planos de Cuidado Individualizado atualizados e registros multiprofissionais; · Relatórios consolidados de indicadores assistenciais, evidenciando a prestação de serviços coerente com a complexidade dos casos.	
6.6.6	A operadora deve monitorar, de forma sistemática, o indicador "Taxa de Infecção na Atenção Domiciliar (AD)", estratificado por modalidade de AD (AD1, AD2 e AD3), no âmbito desta Linha de Cuidado. Interpretação	Excelência
	A Atenção Domiciliar (AD) representa uma estratégia assistencial fundamental para pacientes oncológicos, ao permitir a continuidade do cuidado, o acolhimento no ambiente familiar e a promoção da qualidade de vida, principalmente em situações de fragilidade clínica. A prestação desse cuidado deve ser realizada conforme protocolos clínicos pactuados com os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), mediante indicação formal do médico assistente e acompanhamento multiprofissional qualificado.	
	Diante da complexidade dos pacientes em AD, especialmente os que utilizam dispositivos invasivos ou apresentam imunossupressão, torna-se essencial o monitoramento da taxa de infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS). De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as IRAS compreendem infecções adquiridas durante o cuidado, diretamente associadas a intervenções clínicas, dispositivos ou à própria organização dos serviços de saúde, e sua ocorrência pode ser evitada com medidas de prevenção eficazes.	
	Nesse contexto, a segurança do paciente, entendida como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano associado ao cuidado em saúde, deve ser um eixo central da assistência domiciliar. O acompanhamento da taxa de infecção é, portanto, um indicador crítico de qualidade e segurança da atenção prestada.	



	Um dos pilares da prevenção de IRAS, inclusive na Atenção Domiciliar, é a higienização correta das mãos, considerada a medida isolada mais eficaz na prevenção de infecções. Mesmo no domicílio, a prática da higiene das mãos deve ser rigorosamente adotada por todos os envolvidos no cuidado, incluindo familiares e cuidadores informais. A capacitação da equipe e da rede de apoio sobre os cinco momentos da higienização das mãos, conforme diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), é indispensável para garantir a efetividade da prevenção.	
	A operadora deve, portanto, implementar mecanismos de monitoramento contínuo da taxa de infecção, com coleta mensal e apuração anual do indicador, permitindo a análise por modalidade de AD. A detecção de agravos clínicos relacionados a infecções deve desencadear ações corretivas e preventivas, com revisão de protocolos e requalificação das equipes envolvidas. Para o cumprimento deste item, a operadora deve: · Monitorar mensalmente a Taxa de Infecção na Atenção Domiciliar, estratificada por tipo de AD;	
	· Pactuar protocolos clínicos e fluxos assistenciais que prevejam a prevenção e vigilância de IRAS no ambiente domiciliar; · Pactuar com o SAD a previsão de capacitação contínua da equipe multiprofissional e dos cuidadores sobre segurança do paciente, especialmente medidas de controle de infecção; · Pactuar com o SAD a promoção da adoção sistemática da higienização das mãos antes e após qualquer contato com o paciente ou com materiais de cuidado.	
	Formas de Obtenção de Evidências A equipe de auditoria poderá verificar: ☐ Existência de protocolo clínico com diretrizes específicas para prevenção, detecção e notificação de infecções na AD; ☐ Sistema de monitoramento da AD com evidências da apuração do indicador; Documentos que comprovem a previsão de capacitação das equipes e familiares em medidas de prevenção, incluindo higienização das mãos.	
6.7 Cuidados Paliativos e Cuidados de fim de vida no Câncer Colorretal Requisito que avalia a disponibilização Cuidados Paliativos, Cuidados de fim de vida e Atenção Domiciliar no Câncer Colorretal.		
6.7.1	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado oferecem cuidados paliativos realizados por equipe multiprofissional. Interpretação:	Essencial
	No Brasil, segundo o INCA, o câncer colorretal foi o terceiro tipo de câncer que mais matou homens. Foram 10.662 mortes das 120.784 mortes por câncer em homens, o que equivale a 8% das mortes por câncer no sexo masculino (INCA, 2024). Em relação às mulheres, em 2021, o câncer colorretal também foi a terceiro tipo de câncer que mais matou, com 10.598 mortes de 110.910 mortes por câncer, o que significou 9,6% das mortes por câncer no sexo feminino (INCA, 2024).	
	Assim, ainda que seja um câncer frequentemente curável, representa uma importante causa de morte em ambos os sexos (INCA, 2021; INCA, 2024; Brasil, 2024). A recorrência após o tratamento cirúrgico é um relevante evento clínico no curso da doença, constituindo-se nestes casos, em geral, na causa primária de morte (Cordeiro et al, 2001; INCA, 2021), o que implica na necessidade de prever na jornada do paciente, a disponibilização de cuidados paliativos e de fim de vida (D'Alessandro et al., 2023).	
	A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece os princípios e conceitos de cuidados paliativos desde 1990 como um modelo inovador de cuidado em saúde. O conceito foi atualizado em 2002 e prevê que os cuidados paliativos se constituem em uma assistência promovida por equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida por meio da prevenção e alívio do sofrimento; da identificação precoce; avaliação precisa; tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002; Gomes, et al, 2016; D'Alessandro et al., 2023; INCA, 2024; MS, 2024).	
	Esses cuidados devem ser iniciados o mais precocemente possível e oferecidos por uma equipe multiprofissional dedicada, que atua em conjunto com o tratamento curativo. O objetivo é empregar todos os esforços necessários para garantir um melhor controle dos sintomas (WHO, 2002; OPAS, 2024; INCA, 2024; D'Alessandro et al., 2023). Em 2024, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM/MS 3.681/2024, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do SUS, o que reforça a relevância dessa abordagem no país.	
	Entretanto, no senso comum os cuidados paliativos, frequentemente, ainda estão associados apenas à fase final de vida, o que se constitui em uma visão ultrapassada. Na literatura atual, os cuidados paliativos são compreendidos de forma ampla, e na prática clínica, tem havido um crescente reconhecimento da importância dessa abordagem na saúde. Os cuidados paliativos devem ser oferecidos em conjunto com tratamentos curativos ou modificadores da doença (D'Alessandro et al., 2023).	



	Compreende-se como doença grave e ameaçadora à vida qualquer condição aguda ou crônica, ou diversas situações de saúde associadas a alta mortalidade, que comprometem a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa. Esses casos podem resultar em sintomas debilitantes ou na necessidade de tratamentos que gerem dependência de cuidados, além de potencial sobrecarga para o cuidador responsável (Kelley, 2014; D'Alessandro et al., 2023).	
	Nesse contexto, as doenças que ameaçam a vida, independentemente da possibilidade de reversão ou da utilização de tratamentos curativos, demandam uma abordagem que considere o cuidado integral e complexo, respeitando a totalidade da vida do paciente e reconhecendo seu sofrimento, assim como o de seus familiares (D'Alessandro et al., 2023; INCA, 2024; MS, 2024).	
	Assim, os cuidados paliativos para os pacientes com câncer colorretal não devem ser oferecidos apenas na fase de final de vida, mas, sim, como uma abordagem complementar, estando presentes desde o início do processo de doença que ameaça a vida. Dessa forma, à medida que a doença progride, os cuidados paliativos podem passar a ser utilizados de forma mais intensiva e tornar-se, até mesmo, exclusivo (INCA, 2022; D'Alessandro et al., 2023; Brasil/MS 2024).	
	O conceito mais atual de cuidados paliativos inclui a disponibilização dessa abordagem em todos os níveis de atenção - primário, secundário e terciário. Isso inclui uma variedade de serviços, como atenção básica, ambulatorial, hospitalar, de urgência e emergência e domiciliar (D'Alessandro et al., 2023; INCA, 2024; Brasil/MS, 2024) e devem ser integrados à jornada do paciente com câncer colorretal em todos os seus níveis. A experiência da doença deve ser compreendida de maneira integral, abordando todos os aspectos de forma holística, incluindo a dimensão espiritual (WHO; 2007).	
	Seguem os princípios que fundamentam o conceito de cuidados paliativos na atenção ao paciente com câncer (D'Alessandro et al., 2023; MS/2024; INCA, 2024; WHO; 2007): · Alívio de Sintomas: proporcionar alívio para dor e outros sintomas angustiantes, como astenia, anorexia e dispneia, além de gerenciar emergências oncológicas.	
	· Aceitação da Vida e da Morte: reafirmar a vida e a morte como processos naturais, permitindo que pacientes e familiares enfrentem esses momentos com dignidade. · Abordagem Holística: integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao cuidado clínico do paciente, promovendo um atendimento mais completo. · Equilíbrio na Morte: garantir que não se apresse nem se adie o processo de morte, respeitando o tempo de cada paciente.	
	· Unidade de Tratamento: a abordagem deve compreender o paciente e sua família como uma unidade, reconhecendo a importância do suporte familiar no processo de cuidado. · Viver Ativamente: proporcionar um sistema de suporte que ajude os pacientes a viverem da forma mais ativa possível até o final de suas vidas. · Equipe Interdisciplinar: utilizar uma abordagem interdisciplinar para identificar e atender às necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte durante o luto.	
	· Decisões Éticas: as decisões relacionadas à assistência e tratamentos médicos devem ser fundamentadas em princípios éticos, respeitando a autonomia e os desejos do paciente. · Comunicação Eficaz: uma comunicação adequada entre a equipe de saúde, pacientes e familiares é fundamental para esclarecer dúvidas, promover a adesão ao tratamento e facilitar a aceitação da proximidade da morte.	
	Essas diretrizes visam criar um ambiente que favoreça o bem-estar e a qualidade de vida, mesmo em momentos desafiadores e são importantes para garantir um cuidado que respeite a dignidade do paciente e a complexidade da experiência da doença. A abordagem dos cuidados paliativos é fundamental no tratamento do câncer, sobretudo considerando que, constatou-se que 80% do total estimado de pessoas no mundo que necessitam dessa abordagem têm acesso limitado até mesmo a intervenções básicas para o controle da dor (Knaul et al., 2018; D'Alessandro et al., 2023).	
	Para atender a este item, a operadora deve assegurar a cobertura dos cuidados paliativos realizados por uma equipe multidisciplinar nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares designados a integrar esta Linha de Cuidado. A oferta e a cobertura de cuidados paliativos devem ser claramente especificadas em contrato ou em documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares que participam dessa Linha de Cuidado, independentemente de comporem a rede própria, contratada ou referenciada da operadora.	



	Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar: · A descrição detalhada das estratégias dos Cuidados Paliativos no Plano Estruturado mencionado no item 1.1 para esta Linha de Cuidado. · O Sistema de Informação da operadora que demonstre o monitoramento dos pacientes em Cuidados Paliativos para esta Linha de Cuidado. · O sistema de contas médicas da operadora, que demonstre a cobertura de cuidados paliativos a pacientes com câncer colorretal.
	· O relatório de visita anual presencial ou à distância da operadora aos serviços indicados para participar desta Linha de Cuidado. · Os contratos, de forma amostral prevendo a disponibilização de equipes de cuidados paliativos nos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado. A equipe de auditores poderá ainda, a seu critério, realizar visitas amostrais presenciais ou à distância aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.
6.7.2	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar da Linha de Cuidado do Câncer Colorretal utilizam ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos. Interpretação:
	Os estudos apontam que existem marcadores gerais que estão associados a um prognóstico desfavorável, independentemente da doença subjacente. A literatura oferece diversas ferramentas que auxiliam na avaliação do prognóstico em patologias comuns no contexto dos cuidados paliativos (D'Alessandro et al., 2023).
	A utilização de ferramentas de triagem para identificar pacientes que necessitam de suporte e cuidados paliativos é essencial para garantir que mais pessoas se beneficiem da abordagem, permitindo intervenções precoces e não apenas na fase final da doença (WPCA e WHO, 2020; D'Alessandro et al., 2023). A operadora deve assegurar que os serviços de atenção oncológica designados para participar desta certificação na Linha de Cuidado do Câncer Colorretal adotem uma ferramenta validada e traduzida para o português do Brasil.
	Dentre as principais ferramentas disponíveis na literatura, destaca-se o <i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool</i> (SPICT-BRTM), que foi inicialmente descrito em 2010 (Boyd et al, 2010) e aprimorado em 2014 (Highet, 2014) e tem como objetivo identificar, de forma holística, as necessidades do paciente, promovendo a tomada de decisão compartilhada sobre os objetivos e o planejamento avançado de cuidados (D'Alessandro et al., 2023). Essa ferramenta tem como vantagem o fato de já ter sido traduzida e validada para o português do Brasil.
	A SPICT-BRTM foi desenvolvida com base nos seguintes princípios fundamentais (D'Alessandro et al., 2023): · Simplicidade: facilita a compreensão e a aplicação. · Objetividade: foca em indicadores claros e diretos. · Indicadores de fácil identificação: permite a rápida detecção das necessidades dos pacientes. · Indicadores clínicos de doenças avançadas baseados em evidências: fundamentam-se em dados confiáveis para melhor avaliação.
	· Promoção de cuidados paliativos precoces: incentiva a integração dos cuidados paliativos em paralelo às intervenções curativas. · Linguagem acessível: garante que a ferramenta seja compreensível para todos os profissionais de saúde envolvidos. Esses elementos tornam a SPICT-BRTM uma ferramenta útil para o manejo de pacientes oncológicos, facilitando a identificação precoce da necessidade de cuidados paliativos. O SPICT-BRTM é aplicável em diferentes contextos clínicos, como atenção primária, instituições de longa permanência, ambulatórios especializados e serviços hospitalares (D'Alessandro et al., 2023).
	A ferramenta é dividida em duas partes: a primeira inclui indicadores clínicos gerais, enquanto a segunda se concentra em indicadores específicos, conforme a doença de base, permitindo uma avaliação abrangente e direcionada (Highet, 2014; D'Alessandro et al., 2023). Vale destacar que a identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos não contraindica necessariamente o uso de tratamentos modificadores de doença, desde que esses contribuam para a melhoria da qualidade de vida do paciente (D'Alessandro et al., 2023; Brasil/MS, 2024; INCA, 2024).
	Embora o SPICT-BRTM não seja uma ferramenta prognóstica, estudos indicam que a presença de duas condições de declínio geral pode estar associada a um risco aumentado de óbito nos próximos 12 meses. (Pessini e Bertachini, 2012; D'Alessandro, 2023). Essa informação reforça a importância de um manejo cuidadoso e individualizado, que considere tanto os tratamentos curativos quanto o suporte paliativo (Woolfied et al, 2019; D'Alessandro et al., 2023).
	Para ilustrar, segue quadro com o SPICT-BRTM: Para pontuar neste item, os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados pela operadora para participarem da Linha de Cuidado do Câncer Colorretal devem adotar este ou outro instrumento com o mesmo objetivo, desde que esteja traduzido e validado para o português do Brasil.



	A operadora deve prever nos contratos ou documentos similares com os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados pela operadora para participarem desta Linha de Cuidado adoção de ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos. Formas de Obtenção Verificação de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: · A previsão da indicação de serviços de atenção oncológica que ofereçam cuidados paliativos e utilizem ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos no Plano Estruturado mencionado no item 1.1 para a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal. · A previsão nos documentos de pactuação entre a operadora e os serviços e atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer Colorretal, a adoção de ferramentas de triagem para identificação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos.	
	· O Relatório da visita anual realizada pela operadora Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado, demonstrando a adoção de escalas de avaliação prognóstica. A equipe de auditores poderá, ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	

6.7.3	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participarem desta Linha de Cuidado contam com equipes de cuidados paliativos que oferecem suporte especializado para cuidados de fim de vida. Interpretação	Essencial
	Os cuidados de fim de vida são essenciais quando o prognóstico indica a proximidade do término da vida. A avaliação prognóstica é um processo multifatorial e a comunicação do prognóstico deve ser feita de forma individualizada com o paciente e/ou sua família (WPCA e WHO, 2020; D'Alessandro et al., 2023).	
	A identificação precoce dos pacientes que podem se beneficiar da abordagem de cuidados paliativos (CP) é um grande desafio. Essa identificação é preconizada desde 2014 pelo <i>Worldwide Hospice Palliative Care Alliance</i> , para possibilitar que a integração entre Cuidados Paliativos e medidas modificadoras de doença ocorra no momento inicial das doenças ameaçadoras de vida (WPCA e WHO, 2020). A avaliação correta e identificação da demanda por Cuidados Paliativos pode ser realizada, inicialmente, por profissional não especialista e, de acordo com a progressão da doença, deve-se associar a abordagem da equipe multiprofissional em Cuidados Paliativos (D'Alessandro et al., 2023).	
	Abordar a questão do fim de vida é um desafio ainda maior tanto para os profissionais de saúde quanto para pacientes e familiares. A preocupação com incertezas prognósticas não deve ser um obstáculo para discutir o tema. É importante reconhecer que nem todos os pacientes desejam ou estão em condições de receber informações detalhadas sobre seu prognóstico. Assim, a comunicação sobre a avaliação prognóstica deve ser feita de forma individualizada e cuidadosa, levando em conta as necessidades e preferências de cada paciente e sua família (WPCA e WHO, 2020; D'Alessandro et al., 2023).	
	A fase final de vida é caracterizada por uma deterioração progressiva da funcionalidade, um aumento da carga sintomática e uma maior demanda por cuidados, devido à progressão da doença. Esse estágio geralmente está associado a um tempo de sobrevivência estimado reduzido, tornando ainda mais crucial o suporte adequado para o paciente e sua família (D'Alessandro et al, 2023).	
	Essa fase é frequentemente marcada por um aumento significativo do sofrimento físico, incluindo aumento da intensidade da dor, além de importantes desafios nos aspectos social, psicológico e espiritual. Esse contexto demanda uma abordagem abrangente e sensível para atender às necessidades do paciente e de sua família (Cardoso, 2012; D'Alessandro et al, 2023). Quando a avaliação cuidadosa do prognóstico indica terminalidade e são oferecidos cuidados de fim de vida, é essencial que pacientes e familiares estejam bem-informados sobre (Mattos, 2022; Murphy, 2000; Kutner, 2009):	
	· O(s) diagnóstico(s). · O prognóstico. · As opções terapêuticas disponíveis, levando em consideração os diagnósticos e o prognóstico, incluindo os riscos e benefícios de cada alternativa. Os cuidados paliativos modernos são estruturados em graus de complexidade que se somam para oferecer um cuidado integral e ativo ao paciente, tais como: (D'Alessandro et al., 2023; Brasil/MS, 2024).	
	· Cuidados Paliativos Gerais: devem ser iniciados assim que o paciente recebe o diagnóstico de uma doença que ameaça à vida em progressão. ☐ Nesses casos, o foco é atuar em todas as dimensões dos sinais e sintomas que possam surgir, promovendo alívio e melhorando a qualidade de vida desde o início do tratamento. · Cuidados Paliativos Específicos: são indicados para pacientes nas últimas semanas ou nos últimos seis meses de vida, quando fica evidente que há um declínio progressivo da condição.	





▣ Nessa fase, as intervenções se concentram em proporcionar conforto e suporte intensivo, respeitando as necessidades e desejos do paciente. Essas duas abordagens garantem que os cuidados paliativos sejam adaptados ao estágio da doença e às necessidades individuais, sempre priorizando o bem-estar e a dignidade do paciente. Nos Cuidados Paliativos Específicos, voltados para o período de final de vida, todo o esforço deve ser direcionado para que o paciente mantenha sua autonomia, preservando seu autocuidado e permanecendo próximo de seus entes queridos (MS, 2024).		
Como os cuidados de final da vida, referem-se aos últimos dias ou às últimas 72 horas de vida, é importante proporcionar conforto e dignidade ao paciente e à família nesse momento delicado. O reconhecimento desta fase é complexo, porém é extremamente necessário para o planejamento do cuidado e preparo do paciente e sua família para perdas e óbito (MS, 2024). Segue quadro com o detalhamento das ações de acordo com o grau de complexidade dos Cuidados Paliativos.		
Cuidados paliativos gerais	Cuidados paliativos especializados	
Manejo básico da dor e sintomas gerais	Manejo da dor ou outros sintomas de déficit controle	
Manejo básico da depressão e ansiedade	Suporte em casos de depressão mais complexa, luto complicado e angústia existencial	
Discussões básicas sobre: prognóstico, objetivos do tratamento, sofrimento físico, emocional, espiritual e social	Assistência na resolução de conflitos em relação a objetivos ou métodos de tratamento entre os próprios familiares, entre equipes e familiares ou entre diferentes equipes	
Acolhimento psicossocial aos familiares	Assistência na resolução de casos de possível futilidade terapêutica	
Apesar da disseminação mais recente dos cuidados paliativos, alguns pacientes podem passar por um processo de morte prolongado, enfrentando sofrimento significativo enquanto recebem tratamentos invasivos e muitas vezes indesejados. Para evitar essa situação, é fundamental reconhecer a fase final da vida de maneira oportuna. Esse reconhecimento permite um manejo mais adequado da terminalidade, promovendo uma abordagem que priorize o conforto e a qualidade de vida do paciente e de seus familiares (Steinhauser et al; 2000; D'Alessandro et al, 2023).		
Apesar de diversos estudos indicarem que a maioria das pessoas no mundo prefere falecer em casa, uma parte significativa ainda morre em hospitais. Nesse contexto, a literatura aponta para o uso excessivo de medidas agressivas no fim da vida e para baixa utilização de cuidados de final de vida nesta fase (Brownlee, et al., 2017).		
Para isso, é essencial abordar o sofrimento por meio do controle de sintomas e de discussões abertas e empáticas com os pacientes e/ou familiares. Os objetivos do cuidado de final de vida devem ser alinhados aos valores e desejos dos pacientes e de seus familiares, garantindo que as intervenções respeitem suas preferências e promovam o bem-estar (Hui et al; 2015; Neuberger et al., 2016; D'Alessandro et al., 2023).		
O ideal é que as discussões sobre as preferências de cuidado para o fim de vida se iniciem antes do período crítico da doença, porque nas últimas semanas ou meses de vida, muitos pacientes enfrentam uma progressiva piora funcional. No entanto, no processo, é fundamental oferecer a oportunidade de revisar e ajustar essas decisões, permitindo que pacientes e familiares reafirmem ou modifiquem o plano de cuidado conforme a necessidade (D'Alessandro et al, 2023).		
A maioria dos pacientes e dos profissionais de saúde compartilham as mesmas ideias sobre o que seja um bom fim de vida, tais como (Steinhauser, 2000): · Adequado controle da dor, dispneia e ansiedade.		
· Higiene corporal apropriada. · Preparação para a morte. · Ter pessoas queridas por perto. · Não morrer sozinho. · Ser respeitado.		
· Manter a dignidade. · Sentir-se cuidado como uma pessoa integral. Após a análise prognóstica de terminalidade, é fundamental instituir os cuidados de fim de vida, que podem ser realizados em diversos contextos, como hospitais, atenção domiciliar ou <i>hospices</i>, conforme a indicação clínica. A decisão sobre o local e a abordagem deve ser tomada de forma compartilhada com o paciente e/ou seus familiares (Brasil/MS, 2024).		
Para atender a esse item de verificação, a operadora deve garantir a cobertura para os cuidados paliativos com suporte especializado para cuidados de fim de vida, quando indicado. Além disso, o contrato ou documento similar deve incluir a previsão de que os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares designados pela operadora para esta Linha de Cuidado contem com equipes capacitadas para a realização desses cuidados. Formas de Obtenção de Evidências:		

	A equipe de auditores poderá verificar: · A descrição detalhada das estratégias de cobertura de cuidados paliativos com oferecimento de suporte especializado para cuidados de fim de vida disponibilizados a pacientes com câncer de mama colorretal no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1. · O sistema de informação da operadora que demonstre a oferta e a cobertura de cuidados paliativos que oferecem suporte especializado para cuidados de fim de vida.	
	· Evidências de remuneração de cuidados paliativos incluindo os cuidados de fim de vida podendo ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros. · A previsão nos contratos ou documentos similares de pactuação entre a operadora e os serviços e atenção oncológica para a Linha de Cuidado do Câncer de Mama Colorretal, do oferecimento e cobertura de suporte especializado para cuidados de fim de vida.	
	· O Relatório da visita anual presencial ou à distância realizada pela operadora aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado, demonstrando o oferecimento de suporte especializado para cuidados de fim de vida. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	
6.7.4	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar da Linha de Cuidado do câncer colorretal, utilizam escalas de avaliação prognóstica. Interpretação	Complementar
	O uso de escalas de avaliação prognóstica é um recurso valioso, especialmente porque nem sempre os profissionais de saúde encontram-se preparados para realizar essa avaliação e comunicar o prognóstico a pacientes e familiares. Essas escalas são fundamentais para identificar o estado de saúde dos pacientes e orientar as intervenções mais apropriadas, garantindo um cuidado mais efetivo (Krawczyk et al, 2016; D'Alessandro et al, 2023).	
	Quando se deparam com a dificuldade de avaliar o prognóstico, os profissionais podem recorrer a atalhos mentais (heurísticas), o que frequentemente resulta em vieses significativos. Muitas vezes, os profissionais tendem a superestimar o prognóstico de seus pacientes, especialmente o médico responsável, devido ao vínculo estabelecido. Essa superestimação pode distorcer o julgamento do médico assistente e levar a práticas como distanásia ou obstinação terapêutica (D'Alessandro, 2023).	
	A distanásia ou obstinação terapêutica ocorre quando são realizados procedimentos que prolongam artificialmente o processo de morrer, resultando em sofrimento sem benefícios tangíveis para o paciente. Essa abordagem pode gerar um descompasso entre os objetivos do tratamento e as necessidades reais do paciente, aumentando o sofrimento em vez de proporcionar conforto. (D'Alessandro, 2023).	
	Assim, é recomendável que o médico assistente compartilhe sua avaliação prognóstica com colegas e outros profissionais da equipe de saúde. Além disso, deve combinar sua impressão clínica com a utilização de escalas de avaliação prognóstica validadas na literatura. Essa abordagem ajuda a evitar a superestimação do prognóstico, facilitando uma avaliação mais precisa e uma melhor tomada de decisão (D'Alessandro et al., 2023).	
	Seguem alguns marcadores gerais de pior prognóstico, independentemente da patologia subjacente: · Infecções recorrentes e de difícil tratamento (como pneumonia, pielonefrite e sepse). · Piora significativa da ingesta alimentar, incluindo perda não intencional de peso superior a 10% nos últimos seis meses, hipoalbuminemia ou disfagia com aspiração.	
	· Perda de funcionalidade, resultando em maior dependência de terceiros para atividades básicas da vida diária. Nos casos de câncer, a avaliação prognóstica possui várias particularidades. De modo geral, tumores metastáticos, especialmente aqueles que afetam órgãos considerados "nobres", como pulmão, fígado e sistema nervoso central, estão associados a prognósticos menos favoráveis. Além disso, a perda de funcionalidade é um fator crítico: quanto maior a perda de funcionalidade, maior a probabilidade de toxicidade relacionada ao tratamento e menor a expectativa de sobrevida. (D'Alessandro et al., 2023; INCA, 2022; DF, 2018).	



	Quando a avaliação cuidadosa do prognóstico indica terminalidade, é essencial oferecer cuidados de fim de vida aos pacientes (INCA, 2022; D'Alessandro et al., 2023). Essa discussão é importante para todos os envolvidos. Para que possam tomar decisões alinhadas à sua história de vida e a seus valores, é fundamental que os pacientes e seus familiares sejam bem-informados e compreendam satisfatoriamente as seguintes questões: (Murphy, 2000; Kutner et al., 2009; D'Alessandro et al., 2023) · O(s) diagnóstico(s).	
	· O prognóstico. · A terapêutica disponível de acordo com seus diagnósticos e o prognóstico informado, incluindo os riscos e benefícios de cada opção terapêutica. Para cumprir esse item de verificação, a operadora deve prever nos contratos ou documentos similares dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer colorretal, a adoção de escalas de avaliação prognóstica validadas. Formas de Obtenção de Evidências:	
	A equipe de auditores poderá verificar: · A previsão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 para a Linha de Cuidado do Câncer colorretal, a indicação de Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais e hospitalares que adotem escalas de avaliação prognóstica validadas. · A previsão nos contratos ou documentos similares de pactuação entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer colorretal a adoção de escalas de avaliação prognóstica validadas.	
	· O Relatório da visita anual realizada pela operadora aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado, demonstrando a adoção de escalas de avaliação prognóstica. A equipe de auditores poderá, ainda, realizar visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatoriais, os Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.	

6.7.5	Os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado oferecem apoio espiritual aos pacientes com doença ameaçadora de vida. Interpretação	
	Segundo a OMS, a espiritualidade está no escopo da abordagem de cuidados paliativos (CP). Assim, esta dimensão deve fazer parte do cuidado de pacientes com doença ameaçadora de vida (WPCA e WHO, 2020; Puchalski et al., 2009; D'Alessandro et al., 2023). Essa abordagem se justifica visto que a espiritualidade é uma das dimensões do ser humano, entendida como: "um aspecto intrínseco e dinâmico da humanidade, através do qual o indivíduo busca significado, sentido e transcendência, e experimenta a relação consigo mesmo, com a família, com os outros, a comunidade, a sociedade, a natureza e o que é significativo e sagrado" (Puchalski et al. (2014).	
	É importante diferenciar espiritualidade de religiosidade. A religiosidade envolve a expressão da espiritualidade dentro de uma coletividade por meio de tradições, rituais, crenças, práticas, normas e celebrações em comum (Evangelista, 2016; Steinhauser et al., 2017; D'Alessandro et al., 2023). Já a espiritualidade é pessoal e diz respeito à conexão com o sentido, propósito e transcendência da vida, através das relações consigo, com os outros, com o momento, com o universo e o sagrado, sendo essa manifestada através de religiões ou não (Saporetti, et al., 2008).	
	Nesse contexto, o sagrado é subjetivo e pode ser encontrado na religião, na arte, na música, em projetos de vida, na filosofia, no contato com a natureza, ou por meio da solidariedade. (Cherny, 2015; Evangelista, 2016; Steinhauser et al., 2017; D'Alessandro et al., 2023).	
	À medida que a doença ameaçadora da vida avança, os pacientes podem buscar a espiritualidade, tanto como forma de reduzir o sofrimento quanto como recurso de enfrentamento, buscando ter fé, sentindo que viveram a vida de forma plena, tendo esperança, perdendo, amando, conectando-se e estando em paz com os outros, com a divindade e com o sagrado (Saporetti et al., 2008; Steinhauser et al., 2017; Evangelista et al. 2016; D'Alessandro et al., 2023).	
	Existem várias barreiras que foram identificadas, que dificultam a abordagem da espiritualidade dos pacientes, tais como: (Saporetti et al., 2008; Evangelista et al., 2016; D'Alessandro et al., 2023). · Desconhecimento dos profissionais sobre o conceito de espiritualidade e como abordá-lo. · Preocupação em relação a instituir pontos de vista religiosos.	
	· Ideia de que abordar esse tema não é importante ou que não faz parte do escopo de trabalho. · Falta de tempo na assistência ou de apoio institucional. Outra dificuldade, nessa abordagem, está relacionada com a definição do que é espiritualidade, conceito complexo e multidimensional, mas, ao mesmo tempo, intrínseco à experiência humana e que envolve a busca de cada um por sentido na vida e transcendência (D'Alessandro et al., 2023; Steinhauser et al., 2017).	



	Assim, a dimensão espiritual deve fazer parte da abordagem de pacientes com doença ameaçadora de vida, independentemente da religião, e deve estar integrada na rotina e constar no plano de cuidados como qualquer outra questão (Puchalski et al., 2009[AS1]). A assistência espiritual deve ser oferecida como parte da abordagem de cuidados paliativos pela equipe multiprofissional dedicada aos cuidados paliativos (OMS, 2002; Puchalski et al., 2009; D'Alessandro et al., 2023) e não se confunde com assistência religiosa.
	Para cumprir este item, a operadora deve oferecer cobertura para os cuidados paliativos, incluindo a assistência espiritual. Deve constar do contrato com os serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, de Atenção Domiciliar e serviços hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado o oferecimento de cuidados paliativos, quando indicado, incluindo assistência espiritual. Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: A equipe de auditores poderá verificar:
	· A previsão no Plano Estruturado mencionado no item 1.1.1 para a Linha de Cuidado do Câncer colorretal, da indicação de Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, de atenção domiciliar e hospitalares que contam com equipe interdisciplinar para realização de cuidados paliativos, incluindo assistência espiritual. · A pactuação por meio de contrato ou documento similar entre a operadora e os Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, de atenção domiciliar e hospitalares para a Linha de Cuidado do Câncer colorretal para que realizem cuidados paliativos, incluindo a assistência espiritual.
	· O Sistema de Contas Médica, faturas, entre outros constando a remuneração das equipes de cuidados paliativos. · Visitas presenciais ou à distância, de forma amostral, aos serviços de atenção oncológica ambulatorial, de atenção domiciliar e hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado. A equipe de auditores poderá ainda, realizar visita anual realizada pela operadora aos Serviços de Atenção Oncológica Ambulatorial, Serviços de Atenção Domiciliar e os Serviços Hospitalares indicados para participar desta Linha de Cuidado.
Referências Bibliográficas Requisito 6.7: BEST M., BUTOW P., OLVER I. Why do we find it so hard to discuss spirituality? A qualitative exploration of attitudinal barriers. J. Clin. Med [Internet]. 2016 [cited 2023 Jul 11];5(9). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5039480/>. Acesso em 07 dez. 2023. BOYD K, MURRAY SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. BMJ [Internet]. 2010. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/341/bmj.c4863.long>. Acesso em 07 dez. 2023.	
MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Cuidados paliativos no tratamento do câncer (Internet). Acesso em 15/10/2024. Disponível em:< https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer/cuidados-paliativos>. Acesso em 07 dez. 2023. BROWNLEE S, CHALKIDOU K, DOUST J, ELSHAUG AG, GLASZIOU P, HEATH I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. Lancet [Internet]. 2017. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28077234/>. Acesso em 07 dez. 2023.	
CARDOSO MG. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizators. Manual de Cuidados Paliativos ANCP [Internet]. 2. ed. Porto Alegre: Sulina; 2012. p.113-22. Disponível em <http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em 07 dez. 2023. CHERNY NI. The problem of suffering and the principles of assessment in paliative medicine. In: Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy R, Currow DC, organizators. Oxford Textbook of paliative medicine. New York: Oxford University Press; 2015. p. 35-48.	
D'ALESSANDRO, MPS et al. Manual de cuidados paliativos- 2. ed. Sao Paulo: Hospital Sirio-Libanes; Ministerio da Saude, 2023. DF. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Protocolo de atenção à saúde: limite de viabilidade em Neonatologia. [Internet]. [Brasília]: Secretaria de Estado da Saúde (DF);2018. Disponível em:< https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Limite+de+Viabilidade+em+Neonatologia.pdf/35da70b0-61a1-646e-018d-9e48b685baaa?t=1648646097907>. Acesso em 07 dez. 2023.	
EVANGELISTA CB, LOPES ME, COSTA SF, BATISTA PS, BATISTA JB, OLIVEIRA AM. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2016 [cited 2023 Jul 11];69(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/TY7ydpbDpBhnfBDmh5nH36b/?lang=pt#>. Acesso em 07 dez. 2023. GOMES, A.L.Z.; OTHERO, M.B. Cuidados paliativos. Estudos Avançados, n, 30, v. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/>. Acesso em 07 dez. 2023.	
HIGHET G, CRAWFORD D, MURRAY AS, BOYD K. Development and evaluation of the supportive and palliative care indicators tool (SPICT): a mixed-methods study. BJM [Internet]. 2014. Disponível em: <https://spcare.bmj.com/content/4/3/285>. Acesso em 07 dez. 2023. HUI D, DEV R, BRUERA E. The Last Days of Life: Symptom Burden and Impact on Nutrition and Hydration in Cancer Patients. Curr Opin Support Palliat Care [Internet]. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792116/pdf/nihms762191.pdf>Acesso em 07 dez. 2023.	
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Cuidados Paliativos (internet). Acesso em 25/03/2024. Disponível em:< https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em 07 dez. 2023. IINSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Cuidados paliativos em oncologia: orientações para agentes comunitários de saúde / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em:< https://www.inca.gov.br/publicacoes/cartilhas/cuidados-paliativos-em-oncologia-orientacoes-para-agentes-comunitarios-de>. Acesso em 07 dez. 2023.	



KELLEY, AS. Defining "Serious Illness". J Palliat Med, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25115302/>>. Acesso em 07 dez. 2023.

KNAUL FM, FARMER PE, KRAKAUER EL, LIMA L, BHADIA A, JIANG KX, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. Lancet [Internet]. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032993/>>. Acesso em 07 dez. 2023.

KRAWCZYK M, GALLAGHER R. Communicating prognostic uncertainty in potential end-of-life contexts: experiences of family members. BMC Palliat Care [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 16];15:59. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4941030/>>. Acesso em 07 dez. 2023.

KUTNER JS, KILBOURN KM. Bereavement: addressing challenges faced by advanced cancer patients, their caregivers, and their physicians., 2009 Prim. Care [Internet]. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19913188/>>. Acesso em 07 dez. 2023.

MATTOS DW, CARVALHO IS. Assistência à fase final de vida e processo ativo de morte. In: Ferreira EA, Barbosa SM, Ig pediatras. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2022. p.185-8.

MURPHY P, KRELING B, KATHRYN E, STEVENS M, LYNN J, DULAC J. Description of the SUPPORT intervention. Study outcomes and risks of treatments. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2000 [cited 2023 Mar 16];48(5 Suppl):154-61. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11111111/>>. Acesso em 07 dez. 2023.

NEUBERGER RB. The liverpool care pathway: what went right and what went wrong. Br. J. Hosp. Med [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 16];79(12):e1-e2. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26961447/>>. Acesso em 07 dez. 2023.

OMS, Cuidados Paliativos, (internet), 2024. Disponível em: <<https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>>. Acesso em 07 dez. 2023.

PESSINI L, BERTACHINI L. Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações de fim de vida. Paulinas; Centro Universitário São Camilo; 2012. Capítulo 1, Conhecendo o que são os cuidados paliativos: conceitos e fundamentos.

PUCHALSKI CM, FERRELL B, VIRANI R, OTIS-GREEN S, BAIRD P, BULL J, et al. Improving the quality of spiritual care and bereavement support: a consensus conference. J. Palliat. Med [Internet]. 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/26874317_Improving_the_Quality_of_Spiritual_Care_as_a_Dimension_of_Palliative_Care>. Acesso em 07 dez. 2023.

SAPORETTI LA. SOMUS: formas de conexão [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 11]. Available from: <<https://irp-cdn.multiscreensite.com/d917b1b0/files/uploaded/SOMUS%20formas%20de%20conex%C3%A3o.pdf>>. Acesso em 07 dez. 2023.

STEINHAUSER KE, CHRISTAKIS NA, CLIPP EC, MCNEILLY M, MCINTYRE L, TULSKY JA. Factors considered important by patients and other care providers. JAMA [Internet]. 2000. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195611>>. Acesso em 07 dez. 2023.

STEINHAUSER KE, CHRISTAKIS NA, CLIPP EC, MCNEILLY M, MCINTYRE L, TULSKY JA. Factors considered important by patients and other care providers. JAMA [Internet]. 2000. Available from: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195611>>. Acesso em 07 dez. 2023.

STEINHAUSER KE, FITCHETT G, HANDZO GF, JOHNSON KS, KOENIG HG, PARGAMENT KI, et al. State of the science of palliative care: definitions, measurement, and outcomes. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885066617300011>>. Acesso em 07 dez. 2023.

WOOLFIED A, MITCHELL G, KONDALSAMY-CHENNAKESAVAN S, SENIOR H. Predicting those who are at risk of dying: a retrospective case-control general practice chart analysis. J. Palliat. Med [Internet]. 2019. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jpm.2018.0562>>. Acesso em 07 dez. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. Geneva: WHO; 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em 07 dez. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneva: WHO; 2002. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/42494>>. Acesso em 07 dez. 2023.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WPCA) AND WHO. Global atlas of palliative care [Internet]. London: WPCA; 2018. Disponível em: <[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global-atlas-of-palliative-care-2018.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global-atlas-of-palliative-care-2018.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)>. Acesso em 07 dez. 2023.

11.FORMULÁRIOS E TERMOS

11.1 FORMULÁRIO DE ESPECIFICAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA PARA CERTIFICAÇÃO DA OPERADORA

FORMULÁRIO DE ESPECIFICAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA PARA CERTIFICAÇÃO DA OPERADORA	
Razão Social da Operadora:	
Registro ANS:	
Linha de cuidado:	
Tipo de serviço:	
Prestador 1	

Razão Social:	
CNPJ:	
CNES:	
Prestador 2	
Razão Social:	
CNPJ:	
CNES:	
Prestador 3	
Razão Social:	
CNPJ:	
CNES:	

Obs.: Deve ser preenchido um Formulário para cada Linha de Cuidado e Tipo de Serviço

Linhas de Cuidado:

- Câncer de Mama;
- Câncer de Colo de Útero;
- Câncer de Próstata;
- Câncer de Cólon e Reto; e
- Câncer de Pulmão

Tipos de Serviço:

- Serviços de Atenção Oncológica ambulatoriais;
- Clínicas de imagem;
- Serviços de Terapia Antineoplásica;
- Serviços de Radioterapia;
- Hospitais de referência para realização de cirurgias;
- Laboratórios de anatomopatologia.



11.2 FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA RECONHECIMENTO DE ENTIDADE ACREDITADORA EM SAÚDE JUNTO À ANS OU SOLICITAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

FORMULÁRIO PARA RECONHECIMENTO DA ENTIDADE ACREDITADORA/ATUALIZAÇÃO DE DADOS				
Nome da Entidade Acreditadora em Saúde:				
CNPJ:				
Solicitação de:				
()	Homologação / Renovação da Homologação			
()	Atualização de Dados			
Representante da Entidade Acreditadora em Saúde perante a ANS:				
Cargo que o Representante da Entidade Acreditadora em Saúde ocupa na instituição:				
Endereço completo da Entidade Acreditadora em Saúde:				
Telefones:				
E-mails:				
Dados dos membros da Diretoria, Conselho de Administração, Fiscal e afins:				
Nome Completo	Data de Nascimento	CPF	Cargo	Órgão
			Ex.: Diretor de	Ex.: Diretoria de
			Ex.: Conselheiro	Ex.: Conselho Administrativo
			Ex.: Conselheiro	Ex.: Conselho Fiscal
Lista de documentos a serem anexados:				
()	Manual da Entidade Acreditadora em Saúde			

()	Ato constitutivo e suas alterações
Certificado de reconhecimento de competência emitido por: () <i>The International Society For Quality in Health Care - ISQua</i> , ou () Coordenação Geral de Acreditação do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - CGCRE/INMETRO.	
()	Declaração firmada pelos seus representantes de ausência de conflitos de interesses
()	Termo de compromisso junto à ANS.

Observação: Os cargos e órgãos preenchidos são exemplificativos. Deverão ser encaminhados os dados de todos os membros da diretoria, do conselho de administração, fiscal e afins.

11.3 - TERMO DE RESPONSABILIDADE JUNTO À ANS

A _____, Entidade Acreditadora em Saúde, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº _____, sediada _____, neste ato representada por seu _____, (DADOS PESSOAIS DO REPRESENTANTE: nome, estado civil, identidade, CPF, residência), vem firmar o compromisso com a Agência Nacional de Saúde Suplementar com as seguintes obrigações:

a. cumprir os requisitos previstos no art. 3º da RN nº 506, de 2022, para o reconhecimento como Entidades Acreditadoras em Saúde;

b. comunicar à ANS, no prazo de 30 (trinta) dias, qualquer alteração na pessoa jurídica que altere os requisitos previstos no art. 3º da RN nº 506, de 2022, para o reconhecimento como Entidades Acreditadoras em Saúde;

c. avaliar as operadoras de planos privados de assistência à saúde pelos critérios técnicos pré-estabelecidos pela ANS neste Manual;

d. não realizar consultoria para as operadoras de planos privados de assistência à saúde;

e. não realizar auditoria independente para Pesquisa de Satisfação de Beneficiários prevista no requisito 4.4, item 4.4.6, da Dimensão Experiência do Beneficiário estabelecida no inciso IV do art. 12 da Resolução Normativa nº 507, de 30 de março de 2022, nas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde a serem acreditadas pela própria Entidade Acreditadora;

f. não realizar auditoria independente para Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde prevista no Documento Técnico para Realização de Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, utilizado para pontuar no Programa de Qualificação de Operadoras/Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - PQO/IDSS (Pontuação Base da Dimensão 3 do PQO/IDSS) e no requisito 4.4, item 4.4.7, da Dimensão Experiência do Beneficiário estabelecida no inciso IV do art. 12 da Resolução Normativa nº 507, de 30 de março de 2022, nas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde a serem acreditadas pela própria Entidade Acreditadora;

g. coletar e processar os dados dos indicadores trimestralmente;

h. reportar os dados dos indicadores para a ANS anualmente, (atentar para o prazo do envio e para a qualidade dos dados), de acordo com modelo definido pela ANS;

i. realizar visitas presenciais e formular relatórios anualmente;

j. enviar o relatório das visitas presenciais para a ANS anualmente;

k. estar com o reconhecimento válido de competência emitido pela *The International Society For Quality in Health Care - ISQua*, ou pela Coordenação Geral de Acreditação do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - CGCRE/Inmetro;

l. manter a documentação comprobatória de todos os atos praticados, inclusive a comprovação da formação e experiência profissional dos auditores prevista no art. 12 da RN nº 506, de 2022, e no capítulo 7.3 do presente Manual;

m. no caso de perda da certificação, comunicar formalmente à ANS, no máximo, 15 (quinze) dias úteis.

DATA E LOCAL.

_____ (ASSINATURA)_____



REPRESENTANTE DA ENTIDADE ACREDITADORA EM SAÚDE PERANTE A ANS

ASSINATURA

11.4- DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONFLITOS DE INTERESSES DA EAS

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSES

A _____, Entidade Acreditadora em Saúde, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº _____, sediada _____ (endereço completo), neste ato representada por seu _____, (DADOS PESSOAIS DO REPRESENTANTE: nome, estado civil, identidade, CPF, residência), vem declarar que:

1. Não possui administradores, acionistas controladores, sócios, alta gerência ou equipe de auditores com:

a. conflito de interesses para o exercício das atividades de certificação;

b. participação societária ou interesse, direto ou indireto, em operadora ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada; e

c. relação de trabalho, direta ou indireta, como empregado, administrador ou colaborador assalariado em Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada.

2. No grupo econômico ao qual pertença, não há pessoas jurídicas controladoras, coligadas ou equiparadas a coligadas com membros ou prepostos, bem como investimentos, nas condições do item I da presente declaração.

3. Não foram identificadas outras causas que caracterizem comprometimento da nossa imparcialidade como Entidade Acreditadora em Saúde a ser reconhecida pela ANS pelo Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde.

DATA E LOCAL.

_____ (ASSINATURA)_____

REPRESENTANTE DA ENTIDADE ACREDITADORA EM SAÚDE PERANTE A ANS

ASSINATURA

11.5 DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DA CERTIFICAÇÃO DA OPERADORA PELA ENTIDADE ACREDITADORA EM SAÚDE

Devem constar no relatório de Avaliação da Certificação de Boas Práticas na Atenção Oncológica os registros completos, precisos, concisos e claros dos resultados da auditoria, de acordo com os requisitos e itens previstos:

A. ESPECIFICAR NO RELATÓRIO:

I. A identificação da operadora auditada com a razão social e Registro da Operadora junto à ANS;

II. Os prestadores que integram a rede de atenção oncológica para a presente certificação, incluindo a razão social e o número no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, de cada prestador, discriminando aqueles que eventualmente tenham sido visitados pela equipe de auditoria da EAS;

III. A identificação da equipe de auditores e dos representantes da operadora participantes da auditoria;

IV. As datas e locais onde as atividades foram realizadas;

V. As constatações da auditoria e as evidências relacionadas, item a item;

VI. A especificação dos critérios de amostragem, caso tenha sido utilizada nos itens de verificação que incluem a possibilidade de verificação por amostragem;

VII. Oportunidades de melhoria e boas práticas identificadas;

VIII. A declaração de conformidade/não conformidade, a pontuação atribuída de cada requisito e item e os registros das evidências que embasaram a conclusão declarada;



IX. As conclusões finais da auditoria;

X.O nível de certificação obtida e o período de vigência da certificação;

XI. Declaração de cada um dos auditores que conduziram a certificação, acerca do estabelecido no capítulo 2 deste manual, referente à formação profissional em saúde, conforme modelo a seguir:

Auditores mínimos exigidos na CBP- Atenção Oncológica:

A auditoria para fins de Certificação em Atenção Oncológica - OncoRede deverá ser feita por uma equipe da Entidade Acreditadora em Saúde - EAS composta por, no mínimo, 2 (dois) auditores, com formação universitária na área da saúde:

1º Auditor: 1 (um) auditor com experiência mínima de 5 (cinco) anos em acreditação em saúde, auditoria em saúde ou uma das seguintes pós-graduação:

- Gestão/Qualidade em saúde;
- Saúde coletiva/Saúde pública;
- Administração hospitalar;
- Auditoria em saúde;
- Oncologia/Auditoria em Oncologia

e

2º Auditor: 1 (um) auditor com graduação na área da saúde e especialização ou pós-graduação na área atenção oncológica, ou experiência mínima de 3 (três) anos na área de atenção oncológica.

AUDITOR 1

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº_____, declaro que possuo formação universitária em _____, com experiência de ___ anos em _____ [Acreditação em Saúde; ou Auditoria em Saúde].

OU

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº_____, declaro que possuo formação universitária em _____, com pós-graduação em _____ [Gestão em Saúde/Qualidade em Saúde; Saúde Coletiva/Saúde Pública; Administração Hospitalar; Auditoria em Saúde; Oncologia; ou Oncologia/ Auditoria em Oncologia].

e

AUDITOR 2

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº_____, declaro que possuo formação universitária em _____ e pós-graduação na área de atenção oncológica.

OU

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº_____, declaro que possuo formação universitária em _____ e especialização na área de atenção oncológica.

OU

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº_____, declaro que possuo formação universitária em _____ e experiência de ____ anos na área de atenção oncológica.

▣ Auditores Adicionais:

No caso de mais de 2 auditores, incluir a parte referente a eles, possuindo, no mínimo, formação universitária e experiência em auditoria.

Auditor __ - _____ Formação em _____

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº_____, declaro que possuo formação universitária em _____ e experiência em auditoria.



Assim, assumimos integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas ou imperícia, ficando a ANS, desde já, autorizada a delas fazer, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprouver.

XII. A assinatura dos auditores que conduziram a auditoria para a CBP- Atenção Oncológica da operadora.

XIII. Assinatura do Representante da Entidade Acreditadora perante a ANS.

B. O RELATÓRIO DE MANUTENÇÃO DA CERTIFICAÇÃO DEVERÁ SER ENCAMINHADO À ANS, INDICANDO EXPRESSAMENTE SE A OPERADORA:

I. Mantém o nível da certificação;

II. Tem a certificação suspensa; ou

III. Tem a certificação cancelada.

C. A ANS poderá determinar visita extraordinária com o objetivo de avaliar a manutenção da certificação da Operadora nas ocasiões em que for identificada condição que possa representar risco ao cumprimento dos requisitos aqui estabelecidos.

CAPÍTULO 12 - INDICADORES

12.1 MACROINDICADORES DA CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM ATENÇÃO ONCOLÓGICA - ONCOREDE

Na sequência deste Manual serão apresentadas as fichas técnicas dos 8 (oito) Macroindicadores estabelecidos.

Vale observar que os Macroindicadores 1 a 3 são específicos para determinados tipos de câncer e faixa etária, conforme respectivas denominações e fichas técnicas. Já os Macroindicadores 4 a 8 deverão ser estratificados por Linha de Cuidado, conforme os tipos de câncer abrangidos na Certificação da operadora, bem como deverão considerar os beneficiários com idade igual ou maior a 18 anos.

MACROINDICADORES

1. Percentual de mulheres com 40 anos ou mais que realizaram mamografia, por faixa etária
2. Percentual de mulheres entre 25-60 anos que realizaram teste molecular para detecção de HPV oncogênico para rastreio do câncer de colo de útero
3. Percentual de pacientes entre 50-75 anos que realizaram pesquisa de sangue oculto nas fezes
4. Tempo entre a confirmação diagnóstica de câncer e o início do tratamento
5. Percentual de pacientes com diagnóstico de câncer acompanhados por oncologista clínico
6. Percentual de pacientes oncológicos que receberam atenção de equipe multiprofissional no serviço de atenção oncológica ambulatorial
7. Percentual de pacientes com câncer vinculados a um navegador do cuidado, quando indicado
8. Percentual de pacientes que receberam quimioterapia sistêmica nos últimos 14 dias de vida

12.2 INDICADORES COMPLEMENTARES

Em seguida, serão apresentadas as fichas dos seguintes indicadores complementares:

INDICADORES DE CÂNCER DE MAMA

1. Percentual de pacientes com diagnóstico histológico pré-operatório por biópsia de fragmento
2. Percentual de pacientes com realização de pesquisa de linfonodo sentinela
3. Percentual de pacientes submetidos à cirurgia de mama com laudo anatomopatológico completo e padronizado
4. Percentual de pacientes submetidos à mastectomia total com reconstrução mamária imediata



5. Percentual de pacientes com câncer de mama com registro de estadiamento TNM (pós-operatório) no prontuário

INDICADOR DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

1. Percentual de pacientes submetidos à cirurgia de câncer de colo de útero com laudo anatomopatológico completo e padronizado

2. Percentual de pacientes com câncer de colo de útero com registro de estadiamento TNM (pós-operatório) no prontuário

3. Percentual de mulheres com detecção dos subtipos virais 16 ou 18 no teste de DNA-HPV que realizaram colposcopia

INDICADORES DE CÂNCER DE PRÓSTATA

1. Percentual de pacientes com relatório patológico completo e padronizado da prostatectomia

2. Percentual de pacientes cujo relatório patológico da prostatectomia com linfadenectomia pélvica inclui o número de linfonodos ressecados

3. Percentual de pacientes com câncer de próstata com registro de estadiamento TNM (pós-operatório) no prontuário

4. Taxa de complicações cirúrgicas agudas em pacientes submetidos a prostatectomia

5. Tempo de permanência hospitalar em pacientes que foram submetidos a prostatectomia

INDICADORES DE CÂNCER DE PULMÃO

1. Percentual de beneficiários com registro do estadiamento de câncer de pulmão antes da cirurgia de ressecção

2. Percentual de pacientes submetidos à cirurgia de ressecção pulmonar com laudo anatomopatológico completo e padronizado

3. Sobrevida global de beneficiários com câncer de pulmão em 1 ano estratificada por estadiamento ao diagnóstico



INDICADOR DE CÂNCER DE COLON E RETO

1. Percentual de pacientes submetidos à cirurgia de câncer colorretal com laudo anatomopatológico completo e padronizado

2. Percentual de pacientes com câncer de cólon e reto com registro de estadiamento TNM (pós-operatório) no prontuário

3. Percentual de tratamento antineoplásico adjuvante recebido em até 4 meses do diagnóstico para pacientes com câncer de cólon

INDICADORES DE ATENÇÃO DOMICILIAR

1. Proporção de beneficiários oncológicos em atenção domiciliar

2. Taxa de infecção em beneficiários oncológicos em atenção domiciliar

12.3 INDICADORES ESTABELECIDOS A PARTIR DE ITENS DE VERIFICAÇÃO

Por fim, serão apresentadas as fichas de indicadores estabelecidos a partir de itens de verificação:

· Item de verificação 2.3.6 "A operadora monitora o indicador "percentual de mulheres entre 50 e 69 anos que realizam mamografia", alcançando um resultado igual ou superior a 90% das mulheres dessa faixa etária." - PERCENTUAL DE MULHERES ENTRE 50 E 69 ANOS QUE REALIZAM MAMOGRAFIA

· Item de verificação 2.4.7 "A Operadora monitora o tempo entre a emissão do laudo da mamografia com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico." - TEMPO MÉDIO ENTRE A EMISSÃO DO LAUDO DA MAMOGRAFIA COM RESULTADO CRÍTICO E A REALIZAÇÃO DO EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

· Item de verificação 3.4.7 "A Operadora monitora o tempo entre a emissão do resultado do teste de DNA-HPV (oncogênico) e a realização da colposcopia." - TEMPO MÉDIO ENTRE A EMISSÃO DO RESULTADO DO TESTE DE DNA-HPV (ONCOGÊNICO) E A REALIZAÇÃO DA COLPOSCOPIA

· Item de verificação 4.4.6 "A Operadora monitora o tempo entre a emissão do resultado do exame com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico." - TEMPO MÉDIO ENTRE A EMISSÃO DO RESULTADO DO EXAME COM RESULTADO CRÍTICO E A REALIZAÇÃO DO EXAME ANATOMOPATOLÓGICO - CÂNCER DE PRÓSTATA

· Item de verificação 5.4.7 "A Operadora monitora o tempo entre a emissão do resultado da Tomografia Computadorizada de Tórax com resultado suspeito de câncer de pulmão e a realização do exame Anatomopatológico." - TEMPO MÉDIO ENTRE A EMISSÃO DO RESULTADO DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX COM RESULTADO SUSPEITO DE CÂNCER DE PULMÃO E A REALIZAÇÃO DO EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

· Item de verificação 5.5.12 "A operadora monitora a sobrevida global de beneficiários com câncer de pulmão em 5 anos, estratificada por estadiamento ao diagnóstico" - SOBREVIDA GLOBAL DE BENEFICIÁRIOS COM CÂNCER DE PULMÃO EM 5 ANOS, ESTRATIFICADA POR ESTADIAMENTO AO DIAGNÓSTICO

· Item de verificação 6.4.6 "A Operadora monitora o tempo entre a emissão do resultado do exame de rastreio de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes Guaiaco (g-FOBT) em paciente entre 50 e 75 anos com resultado alterado e a realização da Colonoscopia/Retossigmoidoscopia" - TEMPO MÉDIO ENTRE A EMISSÃO DO RESULTADO DO EXAME DE PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES EM PACIENTE ENTRE 50 E 75 ANOS COM RESULTADO ALTERADO E A REALIZAÇÃO DA COLONOCOSPIA/RETOSSIGMOIDOSCOPIA

12.4 FICHAS TÉCNICAS DOS MACROINDICADORES DA CBP-ONCOREDE

1. PERCENTUAL DE MULHERES COM 40 ANOS OU MAIS QUE REALIZARAM MAMOGRAFIA, POR FAIXA ETÁRIA

Nome do indicador	Percentual de mulheres com 40 anos ou mais que realizaram mamografia, por faixa etária
Conceito	Número de mulheres univocamente identificadas com 40 anos ou mais que realizaram mamografias, por faixa etária, para cada 100 beneficiárias da operadora, no período considerado.
Fórmula de cálculo	Número de mulheres com 40 anos ou mais que realizaram mamografia x 100 / Total de mulheres com 40 ou mais anos
	Observação: o monitoramento do indicador deve ser realizado considerando as periodicidades anual e bienal, de modo a permitir a análise dos resultados sob diferentes perspectivas, tendo em vista a existência de recomendações que apontam para diferentes periodicidades mínimas de rastreio populacional, conforme a faixa etária.
Estratificação	Estratificar os dados da fórmula em: · 40 a 49 anos · 50 a 69 anos
	· 70 a 74 anos · 75 anos ou mais · Total (40 anos ou mais) Obs.: As fórmulas estratificadas se encontram na sequência desta ficha
Numerador	Quantidade de procedimentos diagnósticos por mamografia, em beneficiárias univocamente identificadas com idade igual ou superior a 40 anos na data de realização do exame. Devem ser desconsiderados exames repetidos na mesma beneficiária no período considerado.
Denominador	Beneficiárias com idade 40 anos ou mais na data de realização do exame
Definição dos termos	Mamografia - Exame radiológico para a detecção de alterações do tecido mamário que serve para o rastreamento do câncer de mama.
Interpretação	Permite estimar a cobertura do procedimento mamografia em beneficiárias de diferentes faixas etárias. Taxas reduzidas podem refletir dificuldades de sensibilização e captação da população beneficiária para a realização de mamografia ou a existência de barreiras para o acesso das mulheres ao exame.
	O câncer de mama identificado em estágios iniciais apresenta prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura.



	As estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce - abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença - e o rastreamento - aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer.	
	Além das faixas etárias que integram o presente indicador, há que se considerar a existência de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cujo início e rotinas de exame clínico das mamas e de mamografia devem ser individualizadas.	
	Para este indicador são considerados os exames de mamografia, independentemente da mamografia ser realizada com a finalidade de diagnóstico, rastreamento oportunístico ou rastreamento populacional de câncer de mama.	
Parâmetros	Em 2024, foram observados os seguintes percentuais de mulheres que realizaram pelo menos uma mamografia nos últimos 12 meses no setor suplementar de saúde, por faixa etária:	
	Faixa etária	Percentual de mulheres que realizou pelo menos uma mamografia - 12 meses
	40 a 49 anos	36,9%
	50 a 69 anos	40,5%
	70 a 74 anos	33,9%
	75+	19,0%
	Total (40+)	37,3%
	Fonte: TISS/ANS Considerando a realização de pelo menos uma mamografia nos últimos 24 meses, foram observados os seguintes percentuais de mulheres que no setor suplementar de saúde, em 2024, por faixa etária:	
	Faixa etária	Percentual de mulheres que realizou pelo menos uma mamografia - 24 meses
	40 a 49 anos	57,5%
	50 a 69 anos	63,8%
	70 a 74 anos	54,7%
	75+	32,4%
	Total (40+)	58,5%
	Fonte: TISS/ANS	
Limitações e vieses	O indicador não considera informações relacionados ao perfil de risco e condição clínica das mulheres, fatores que podem influenciar na necessidade de frequência diferenciada de realização do exame.	
	Considerando as informações mencionadas anteriormente acerca do uso deste indicador e o fato dele servir para estimar a frequência de realização do exame, este não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.	
Bibliografia	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede. Análise dos dados do Projeto-Piloto de abril 2017 a abril 2018. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/relatorio-conclusivo-oncorede-pdf>. Acesso em: 29 ago. 2024. GØTZSCHE, P.C., JØRGENSEN, K. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 6. Art. No.: CD001877, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub5. Disponível em: <https://www.cochrane.org/pt/CD001877/BREASTCA_rastreamento-do-cancer-de-mama-com-mamografia>. Acesso em: 06 set. 2024. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 05 set. 2024. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rastreamento do câncer de mama na população-alvo. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/dados-e-numeros/rastreamento-do-cancer-de-mama-na-populacao-alvo>. Acesso em: 05 set. 2024. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Ministério da Saúde. Ficha técnica dos indicadores de mama - 2014. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//ficha-tecnica-indicadores-mama-2014.pdf>. Acesso em: 24 set. 2024. Ministério da Saúde (MS) . Câncer de mama: sintomas, tratamentos, causas e prevenção. 2020. <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-mama>. Acesso em: 04 jul. 2025.	



	URBAN L, CHALA LF, DE PAULA IB, BAUAB SDP, SCHAEFER MB, OLIVEIRA ALK, et al. Recommendations for breast cancer screening in Brazil, from the Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging, the Brazilian Society of Mastology, and the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations. Radiol Bras. 2023;56(4):207-14 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: early detection. Switzerland: WHO, 2008. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012.

Fórmulas dos cálculos que deverão ser considerados para as estratificações do indicador de mamografia:

Faixa Etária	Fórmula de cálculo
40 a 49 anos	Número de mulheres com 40 a 49 anos que realizaram mamografia x 100 / Total de mulheres com 40 a 49 anos
50 a 69 anos	Número de mulheres com 50 a 69 anos que realizaram mamografia x 100 / Total de mulheres com 50 a 69 anos
70 a 74 anos	Número de mulheres com 70 a 74 anos que realizaram mamografia x 100 / Total de mulheres com 70 a 74 anos
75 anos ou mais	Número de mulheres com 75 anos ou mais que realizaram mamografia x 100 / Total de mulheres com 75 anos ou mais

2. PERCENTUAL DE MULHERES ENTRE 25-60 ANOS QUE REALIZARAM TESTE MOLECULAR PARA DETECÇÃO DE HPV ONCOGÊNICO PARA RASTREIO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Nome do indicador	Percentual de mulheres entre 25-60 anos que realizaram teste molecular para detecção de HPV oncogênico para rastreio do câncer de colo de útero
Conceito	Proporção de mulheres na faixa etária de 25 a 60 anos que realizaram teste molecular para detecção de HPV oncogênico, no período considerado.
Fórmula de cálculo	Número de beneficiárias na faixa etária de 25 a 60 anos que realizaram teste molecular para detecção de HPV oncogênico x 100 / Total de beneficiárias na faixa etária 25 a 60 anos
Numerador	Quantidade de beneficiárias, univocamente identificadas, com idade entre 25 e 60 anos na data de realização do teste molecular para detecção de HPV oncogênico. Devem ser desconsiderados exames repetidos na mesma beneficiária no período considerado.
Denominador	Beneficiárias com idade entre 25 e 60 anos.
Definição dos termos	Teste molecular para detecção de HPV (Papilomavírus Humano) oncogênico - técnica de amplificação de ácido nucléico baseada em PCR, com genotipagem parcial ou estendida, validados analítica e clinicamente.
Interpretação	Permite estimar a cobertura do teste molecular para detecção de HPV (Papilomavírus Humano) oncogênico em beneficiárias na faixa etária de 25 a 60 anos de idade. Taxas reduzidas podem refletir dificuldades de sensibilização e captação da população beneficiária para o rastreamento de câncer de colo de útero, ou dificuldades de acesso aos serviços de saúde.
	A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) reconhece o teste de DNA-HPV como mais eficaz do que a citologia oncológica tradicional na detecção de lesões precursoras e do câncer do colo do útero, oferecendo proteção superior contra o desenvolvimento de carcinoma cervical invasivo, além de reduzir a mortalidade pela doença. Esse teste detecta a presença do DNA dos tipos oncogênicos do Papilomavírus Humano, apresentando maior sensibilidade em comparação ao exame citopatológico. Essa característica permite a ampliação do intervalo entre os exames e aumenta a efetividade da triagem (SECTICS, 2024).
	Com essa nova abordagem, o exame citopatológico passa a exercer um papel complementar, sendo indicado como exame de triagem subsequente a um teste molecular positivo - especialmente em casos relacionados a infecções pelos subtipos de HPV de alto risco, como os tipos 16 e 18 (CONITEC,2024). De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero - Parte I: Rastreamento Organizado utilizando Testes Moleculares para Detecção de DNA-HPV Oncogênico, devem ser considerados os seguintes critérios:
	☑ O rastreamento com teste de DNA-HPV deve ser oferecido a pessoas com colo de útero, com idade entre 25 e 60 anos, que já tenham iniciado atividade sexual. A escolha dessa faixa etária baseia-se na maior prevalência de lesões precursoras de alto grau nesse grupo; ☑ O rastreamento deve ser encerrado aos 60 anos se o último exame realizado for negativo; ☑ A recomendação de início aos 25 anos é mantida no Brasil, embora haja debate internacional sobre a possibilidade de se iniciar o rastreamento aos 30 anos, considerando maior custo-efetividade e menor risco de sobretratamento em populações jovens;



	☐ A periodicidade recomendada é de cinco anos para resultados negativos no teste de DNA-HPV e de um ano para resultados positivos; ☐ Em casos de detecção dos subtipos virais 16 ou 18 no teste de DNA-HPV, a colposcopia deve ser indicada, independentemente do resultado da citologia; ☐ Para pessoas com 60 anos ou mais e sem histórico de exames prévios, recomenda-se a realização de pelo menos um teste após os 60 anos. Em caso de resultado positivo, deve-se seguir o mesmo protocolo de manejo indicado para a população de risco padrão;
	☐ Em pessoas com histórico de lesões cervicais de alto grau (NIC2, NIC3 ou AISf), o rastreamento deve continuar por até 25 anos após o tratamento, desde que aceitável e possível (CONITEC, 2024); e ☐ Pessoas trans masculinas e não binárias com colo de útero devem ser incluídas no rastreamento conforme os mesmos critérios de faixa etária e risco aplicados à população em geral, com atenção à individualização do cuidado e à garantia de acesso equitativo aos serviços de saúde (CONNOLLY; HUGHES; BERNER, 2020).
	Grupos Especiais: ☐ Pessoas vivendo com HIV ou imunodeprimidas - devem iniciar o rastreamento imediatamente após o início da vida sexual, independentemente da idade, considerando o maior risco de persistência da infecção pelo HPV e progressão para lesões de alto grau. o Resultado negativo no teste de DNA-HPV: repetir o exame após três anos.
	o Resultado positivo para qualquer subtipo viral de HPV: encaminhar para colposcopia, independentemente da citologia (INCA, 2021; CONITEC, 2024). ☐ Gestantes: o teste de DNA-HPV pode ser realizado com segurança durante o pré-natal. Em programas organizados, a gestação não é considerada um momento adequado para rastreamento, pois há um aumento na detecção de DNA-HPV oncogênico. Esse resultado parece não ter relevância clínica por ser, usualmente, um achado transitório e que tende a se tornar indetectável após o parto.
	☐ Pessoas sem atividade sexual ou com histerectomia total por causa benigna: não devem ser incluídas no rastreamento, considerando a ausência de risco significativo para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. ☐ Pessoas na pós-menopausa: devem seguir as mesmas recomendações aplicadas à população de risco padrão.
	Ressalta-se que o rastreamento se aplica exclusivamente a pessoas assintomáticas. A presença de sintomas sugestivos de lesões cervicais avançadas exige encaminhamento imediato para avaliação especializada, independentemente do histórico de rastreamento prévio (SECTICS, 2024). Além disso, a priorização de uma faixa etária específica para o rastreamento não exclui a possibilidade de que mulheres mais jovens ou mais velhas realizem o exame, quando houver justificativa clínica. A história individual e os fatores de risco devem ser considerados pelo médico assistente como elementos fundamentais para a indicação adequada do exame (BRASIL, 1998).
Parâmetros	A periodicidade recomendada é de cinco anos para resultados negativos no teste de DNA-HPV e de um ano para resultados positivos.
Limitações e vieses	A utilização do número total do primeiro procedimento diagnóstico a cada ano em beneficiárias univocamente identificadas de 25 a 60 anos poderá levar à contagem da mesma mulher a cada ano, deixando de fora mulheres que não realizam o exame, levando ao atingimento da meta numericamente, mas não havendo o rastreamento de toda a população alvo.
	Considerando as informações mencionadas anteriormente acerca do uso deste indicador e o fato dele servir para estimar a frequência de utilização do procedimento, este não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora. O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso a consultas.
Bibliografia	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico Industrial da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 3, de 7 de março de 2024. Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os testes moleculares para detecção de HPV oncogênico, por técnica de amplificação de ácido nucléico baseada em PCR, com genotipagem parcial ou estendida, validados analítica e clinicamente segundo critérios internacionais para o rastreamento do câncer de colo de útero em população de risco padrão e conforme as Diretrizes do Ministério da Saúde. Disponível em:< https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-sectics/ms-n-3-de-7-de-marco-de-2024-547020584 >.
	Acesso em 04 jul. 2025. CONNOLLY, D.; HUGHES, X.; BERNER, A. Cervical cancer screening for transgender and non-binary individuals. <i>Canadian Medical Association Journal</i>, v. 192, n. 23, p. E653-E656, 2020. COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (CONITEC) Ministério da Saúde. Relatório de Recomendação Produto: Testagem Molecular para Detecção de HPV e rastreamento do câncer do colo do útero (Preliminar). Brasília, DF, 2024.



	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2016. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Rastreamento em pessoas vivendo com HIV. Rio de Janeiro: INCA, 2021.
	Organização Mundial da Saúde (OMS). Guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. 2nd ed. Geneva: WHO, 2018. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (SECTICS). Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Brasília, DF, 2024.

3. PERCENTUAL DE PACIENTES ENTRE 50-75 ANOS QUE REALIZARAM PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES

Nome do indicador	Percentual de pacientes entre 50-75 anos que realizaram pesquisa de sangue oculto nas fezes
Conceito	Proporção de beneficiários na faixa etária de 50 a 75 anos que realizaram exames de pesquisa de sangue oculto nas fezes, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de beneficiários na faixa etária de 50 a 75 anos que realizaram exames de pesquisa de sangue oculto nas fezes} \times 100}{\text{Total de beneficiários na faixa etária de 50 a 75 anos}}$
Numerador	Para este indicador são considerados os exames de sangue oculto nas fezes, em beneficiários univocamente identificados com idade entre 50 e 75 anos na data de realização do exame. Devem ser desconsiderados exames repetidos no mesmo beneficiário no período considerado.
Denominador	Beneficiários com idade entre 50 e 75 anos na data de realização do exame.
Definição dos termos	Colonoscopia: Exame endoscópico destinado ao diagnóstico de doenças do reto colón e íleo terminal (intestino delgado). Retossigmoidoscopia: Procedimento que permite examinar os últimos 30 a 40 cm do cólon sigmoide.
Interpretação	Permite estimar a cobertura de exames de pesquisa de sangue oculto nas fezes em beneficiários na faixa etária de 50 a 75 anos de idade. Taxas reduzidas podem refletir dificuldades de sensibilização e captação da população de beneficiários para rastreamento do câncer colorretal, ou dificuldades de acesso aos serviços de saúde. O exame de sangue oculto nas fezes é usado como um primeiro teste de suspeição, que precisará, nos casos positivos, de exame complementar ou confirmatório. Tal exame apresenta como vantagens a simplicidade, o baixo custo e a ausência de complicações.
	Já os exames endoscópicos, como retossigmoidoscopia e colonoscopia (não considerados no cálculo do presente indicador), além de servirem como teste de rastreamento alternativos, são confirmatórios de resultados de exame de sangue oculto alterado ou com sinais e sintomas suspeitos, possibilitando biopsiar achados suspeitos e retirar lesões pré-malignas. O uso de testes fecais como exames primários para diagnóstico de câncer colorretal e colonoscopia como exame adicional pode efetivamente evitar as consequências adversas de testes invasivos frequentes.
Parâmetros	Considerando a relevância do exame, pode ser considerado como parâmetro a cobertura de 70% da população alvo.
Limitações e vieses	O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação do rastreamento. O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional praticado. Risco de subnotificação da operadora ou da contagem duplicada, caso não seja realizada a exclusão da realização de exames duplicados em um mesmo ano para o mesmo indivíduo.
Bibliografia	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede. Análise dos dados do Projeto-Piloto de abril 2017 a abril 2018. 2019. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/relatorio-conclusivo-oncorede-pdf >. Acesso em: 29 ago. 2024.
	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf >. Acesso em: 05 set. 2024. ZOU, J. et al. Noninvasive fecal testing for colorectal cancer. Clinica Chimica Acta, v. 524, p. 123-131, 2022. Disponível em: < https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009898121003740 >. Acesso em: 09 set. 2024.

4. TEMPO ENTRE A CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CÂNCER E O INÍCIO DO TRATAMENTO



Nome do indicador	Tempo entre a confirmação diagnóstica de câncer e o início do tratamento
Conceito	Representa o tempo em dias entre a confirmação diagnóstica cito ou anatomopatológico e o início do tratamento oncológico (média e mediana).
Fórmula de cálculo	MÉDIA: Quantidade de dias entre a confirmação diagnóstica cito ou anatomopatológico e o início do tratamento oncológico / Total de pacientes com início do tratamento oncológico MEDIANA: valor central do conjunto de dados relativos ao tempo entre a confirmação diagnóstica de câncer e o início do tratamento
Numerador (média)	Número de dias decorridos entre a data do diagnóstico cito ou anatomopatológico e a data de início do tratamento oncológico. 1. Para diagnóstico considerar a data do laudo cito ou anatomopatológico indicando neoplasia maligna; alternativamente pode-se utilizar a data do procedimento que disponibilizou o material para exame - por exemplo, biópsia ou peça cirúrgica.
	2. Para tratamento oncológico considerar a data da cirurgia específica ou de início da quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia ou imunoterapia. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Denominador (média)	Número de pacientes em início do tratamento oncológico. Considerar pacientes em tratamento por tumores sólidos ou hematológicos. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	Tratamento Oncológico: Refere -se ao conjunto de terapias aplicadas para tratar o câncer com o objetivo de curar, a doença ou controlar sua progressão. Tumores Sólidos ou hematológicos: Tumores que se desenvolvem em órgãos ou tecidos específicos do corpo. Mediana: valor central de um conjunto de dados ordenados, dividindo-o em duas partes iguais
Interpretação	O indicador mede o tempo de espera entre duas etapas determinantes da linha de cuidado dos pacientes. Pode ser expresso por meio de uma média ou mediana do conjunto de pacientes. Permite avaliar o comprometimento da operadora com as melhores práticas de cuidado integrado, incluindo a agilização do acesso ao tratamento específico. O indicador é do tipo quanto menor o resultado, melhor a prática assistencial.
Parâmetros	Referências de literatura indicam melhores práticas com intervalo igual ou menor que 30 dias.
Estratificação	Estratificar o indicador conforme o tipo de câncer/ linha de cuidado: · Câncer de Mama; · Câncer de Colo de Útero;
	· Câncer de Próstata; · Câncer de Pulmão; e/ou · Câncer Colorretal.
Limitações e vieses	Registros incompletos ou inconsistentes dificultam a precisão e comparabilidade dos dados. O tempo até o início do tratamento pode variar amplamente entre tipos de câncer. Alguns exigem intervenções urgentes, enquanto outros têm protocolos que podem suportar prazos mais longos. Essa variação dificulta a interpretação uniforme do indicador.
Bibliografia	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede. Análise dos dados do Projeto-Piloto de abril 2017 a abril 2018. 2019. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/relatorio-conclusivo-oncorede-pdf >. Acesso em: 29 ago. 2024. DE ANGELIS, R. et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE-5-a population-based study. The lancet oncology, v. 15, n. 1, p. 23-34, 2014. Disponível em:< https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24314615/ >. Acesso em: 09 set. 2024.
	DESANTIS, C. E. et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. CA: a cancer journal for clinicians, v. 64, n. 4, p. 252-271, 2014. Disponível em :< https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21235 >. Acesso em: 10 set. 2024. NEAL, R. D. et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. British journal of cancer, v. 112, p. S92-S107, 2015. Disponível em:< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4385982/ >. Acesso em: 10 set. 2024.



5. PERCENTUAL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER ACOMPANHADOS POR ONCOLOGISTA CLÍNICO

Nome do indicador	Percentual de pacientes com diagnóstico de câncer acompanhados por oncologista clínico
Conceito	Percentual de pacientes com diagnóstico de câncer acompanhados por oncologista clínico em relação a todos os pacientes em tratamento.

Fórmula de cálculo	Número de pacientes em consulta com oncologistas clínicos x 100 / Total de pacientes em tratamento oncológico
Numerador	Número de pacientes em consulta com oncologistas clínicos. Considerar somente as consultas com oncologista clínico. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Denominador	Número total de pacientes em tratamento oncológico. 1. Considerar pacientes em tratamento por tumores sólidos ou hematológicos. 2. Como tratamento oncológico específico considerar: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia ou imunoterapia. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	Tratamento Oncológico: Refere-se ao conjunto de terapias aplicadas para tratar o câncer com o objetivo de curar a doença ou controlar sua progressão.
Interpretação	O indicador avalia o acompanhamento de oncologistas clínicos nos pacientes oncológicos. Permite inferir o acesso dos pacientes a especialista que acompanhe o processo de cuidado integral à saúde dos pacientes oncológicos. É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por diretrizes assistenciais e preventivas.
Parâmetros	O resultado apresentado pelos participantes do Projeto OncoRede, em indicador similar (Percentual de Pacientes com Consultas com Oncologistas Clínicos), oscilou em torno de 61% (ANS, 2019).
Estratificação	Estratificar o indicador conforme o tipo de câncer/ linha de cuidado: · Câncer de Mama; · Câncer de Colo de Útero;
	· Câncer de Próstata; · Câncer de Pulmão; e/ou · Câncer Colorretal.
Limitações e vieses	O indicador considera o "total de pacientes em tratamento oncológico específico," mas não diferencia os tipos de tratamento (quimioterapia, radioterapia, terapia-alvo etc.), o que pode influenciar a necessidade e a frequência de acompanhamento por oncologista clínico.
Bibliografia	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede. Análise dos dados do Projeto-Piloto de abril 2017 a abril 2018. 2019. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/relatorio-conclusivo-oncorede-pdf >. Acesso em: 29 ago. 2024.



6. PERCENTUAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE RECEBERAM ATENÇÃO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO SERVIÇO DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA AMBULATORIAL

Nome do indicador	Percentual de pacientes oncológicos que receberam atenção de equipe multiprofissional no serviço de atenção oncológica ambulatorial
Conceito	Percentual de pacientes em tratamento oncológico específico com algum profissional da equipe multidisciplinar, no período considerado.
Fórmula de cálculo	Número de pacientes em consulta(s) com algum profissional da equipe multidisciplinar x 100 / Total de pacientes em tratamento oncológico
Numerador	Número de pacientes em consulta(s) com algum profissional da equipe multidisciplinar. Considerar a ocorrência de consulta(s) com qualquer profissional da equipe multiprofissional em saúde (fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, enfermeira, farmacêutico, acupunturista, clínica da dor e cessação do tabagismo), com exceção do médico assistente. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Denominador	Número total de pacientes em tratamento oncológico. 1. Considerar pacientes em tratamento por tumores sólidos ou hematológicos. 2. Como tratamento oncológico específico considerar: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia ou imunoterapia. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	Equipe Multidisciplinar: Um grupo de profissionais de diferentes especialidades que trabalham de forma integrada para oferecer um tratamento abrangente e de qualidade ao paciente com câncer.

Interpretação	O indicador avalia a participação de pacientes em consulta(s) com a equipe multiprofissional (fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, enfermeira, farmacêutico, acupunturista, clínica da dor e cessação do tabagismo), com exceção do médico assistente. Permite mensurar o acesso a outros profissionais de saúde - além do médico assistente - fundamentais no processo de cuidado integral à saúde dos pacientes oncológicos. É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por diretrizes assistenciais e preventivas.
Parâmetros	Os parâmetros podem ser estabelecidos a partir dos resultados apresentados pelos participantes do Projeto OncoRede, que em indicador similar (Disponibilização de Apoio Multiprofissional na Unidade de Atendimento) variou de 58,1% (início do projeto) para 61,4% (final do projeto) (ANS, 2019).
Estratificação	Estratificar o indicador conforme o tipo de câncer/ linha de cuidado: · Câncer de Mama; · Câncer de Colo de Útero;
	· Câncer de Próstata; · Câncer de Pulmão; e/ou · Câncer Colorretal.
Limitações e vieses	Falta de profissionais especializados e acesso ao atendimento multiprofissional limitado podem afetar os resultados do indicador. Indicador não considera a frequência ou a continuidade do atendimento multiprofissional, o que pode levar a interpretações equivocadas sobre a qualidade do cuidado.
Bibliografia	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede. Análise dos dados do Projeto-Piloto de abril 2017 a abril 2018. 2019. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/relatorio-conclusivo-oncorede-pdf >. Acesso em: 29 ago. 2024.

7. PERCENTUAL DE PACIENTES COM CÂNCER VINCULADOS A UM NAVEGADOR DO CUIDADO, QUANDO INDICADO

Nome do indicador	Percentual de pacientes com câncer vinculados a um navegador do cuidado, quando indicado
Conceito	Percentual de pacientes com diagnóstico de câncer vinculados a um navegador do cuidado em relação a todos os pacientes em tratamento.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Pacientes com diagnóstico de câncer vinculados a um navegador do cuidado} \times 100}{\text{Total de pacientes em tratamento oncológico}}$
Numerador	Número de pacientes com diagnóstico de câncer vinculados a um navegador do cuidado. Considerar a efetiva vinculação do paciente a um navegador do cuidado. Deve ser verificado se o paciente e sua família realmente recebem orientações assertivas sobre o tratamento oncológico indicado. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Denominador	Número total de pacientes em tratamento oncológico 1. Considerar pacientes em tratamento por tumores sólidos ou hematológicos. 2. Como tratamento oncológico específico considerar: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia ou imunoterapia. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	Tratamento Oncológico: Refere-se ao conjunto de terapias aplicadas para tratar o câncer com o objetivo de curar a doença ou controlar sua progressão. Tumores Sólidos ou hematológicos: Tumores que se desenvolvem em órgãos ou tecidos específicos do corpo.
Interpretação	O indicador avalia a vinculação de pacientes com diagnóstico de câncer a um navegador do cuidado. Geralmente o gestor do cuidado do paciente ou navegador do paciente é um enfermeiro. Este profissional tem como função guiar a jornada e orientar o paciente e sua família dentro do sistema de saúde a partir da confirmação diagnóstica de câncer, com intuito de assegurar o tratamento adequado, minimizando as barreiras, e garantir a continuidade do cuidado (Veras; Gomes; Macedo, 2019).
	Permite mensurar se o paciente e sua família estão adequadamente orientados durante o percurso assistencial, garantindo, desse modo, a continuidade do cuidado. É influenciado por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por diretrizes assistenciais e preventivas.
Parâmetros	No âmbito do Projeto OncoRede foi identificado que a vinculação dos pacientes a um navegador do cuidado representa um importante desafio (ANS, 2019). Idealmente, todos os pacientes com indicação de vinculação a um navegador do cuidado devem ter acesso esse acompanhamento.



Estratificação	Estratificar o indicador conforme o tipo de câncer/ linha de cuidado: · Câncer de Mama; · Câncer de Colo de Útero;
	· Câncer de Próstata; · Câncer de Pulmão; e/ou · Câncer Colorretal.
Limitações e vieses	O indicador apenas avalia se o paciente foi vinculado a um navegador, mas não verifica a efetividade desse acompanhamento no desfecho do tratamento ou na superação de barreiras. Isso limita a capacidade do indicador de refletir o impacto real da navegação no cuidado oncológico.
Bibliografia	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede. Análise dos dados do Projeto-Piloto de abril 2017 a abril 2018. 2019. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/relatorio-conclusivo-oncorede-pdf >. Acesso em: 29 ago. 2024.
	VERAS, R.P.; GOMES, J.A.C.; MACEDO, S.T. A coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz custos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 22, n. 2, p. 1-13, 2019. Disponível em:< https://www.scielo.br/j/rbagg/a/SC9HLDjNg8N3scvpgHZytxh/?lang-pt# >. Acesso em: 02 set. 2024.

8. PERCENTUAL DE PACIENTES QUE RECEBERAM QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA NOS ÚLTIMOS 14 DIAS DE VIDA

Nome do indicador	Percentual de pacientes que receberam quimioterapia sistêmica nos últimos 14 dias de vida
Conceito	Número de óbitos em que os pacientes em tratamento oncológico receberam administração de quimioterapia infusional nos últimos 14 dias de vida para cada 100 beneficiários que receberam tratamento oncológico, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de óbitos em pacientes em tratamento oncológico que receberam administração de quimioterapia infusional nos últimos 14 dias de vida} \times 100}{\text{Total de pacientes em quimioterapia infusional}}$
Numerador	Número de óbitos em que os pacientes receberam administração de quimioterapia infusional nos últimos 14 dias de vida. 1. Considerar todos os locais de ocorrência: hospitalar, emergência ou domiciliar, por exemplo. 2. Independente da causa imediata, todos os óbitos devem ser considerados.
	3. Não considerar eventos de pacientes em tratamento por tumores hematológicos. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Denominador	Número de pacientes em quimioterapia infusional, respeitando o critério de exclusão a seguir: Não considerar pacientes em tratamento por tumores hematológicos. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	Quimioterapia Infusional: Técnica que faz a administração de medicamentos através de uma agulha em acesso venoso.
Interpretação	O indicador mede a ocorrência de administração de quimioterapia infusional para pacientes nas últimas duas semanas de vida. Pode ser expresso por meio de uma média ou mediana do conjunto de pacientes em quimioterapia infusional. Permite avaliar o comprometimento da operadora com as melhores práticas de cuidado integrado, incluindo o momento adequado para interrupção do tratamento específico. O indicador é do tipo quanto menor o resultado, melhor a prática assistencial.
Parâmetros	Indicador similar do Projeto OncoRede (Quimioterapia Sistêmica Administrada nos Últimos 14 Dias De Vida) variou em torno de 0,7% (ANS, 2019).
Estratificação	Estratificar o indicador conforme o tipo de câncer/ linha de cuidado: · Câncer de Mama; · Câncer de Colo de Útero;
	· Câncer de Próstata; · Câncer de Pulmão; e/ou · Câncer Colorretal.
Limitações e vieses	Diretrizes institucionais e políticas de saúde podem influenciar a prática.
Bibliografia	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede. Análise dos dados do Projeto-Piloto de abril 2017 a abril 2018. 2019. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/relatorio-conclusivo-oncorede-pdf >. Acesso em: 29 ago. 2024.



	BLAYNEY DW et al. Partnering with payers for success: Quality Oncology Practice Initiative, Blue Cross Blue Shield of Michigan and the Michigan Oncology Quality Consortium. Journal of Oncology Practice, v. 5, p.281-284, 2009. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2869184/ >. Acesso em: 10 set. 2024.
	GEYER, T. et al. Systemic Anticancer Treatment Near the End of Life: a Narrative Literature Review. Current Treatment Options in Oncology, v. 24, p. 1328-1350, 2023. Disponível em:< https://link.springer.com/article/10.1007/s11864-023-01115-x >. Acesso em: 10 set. 2024. NEUSS, M.N.; GILMORE, T.R.; KADLUBEK P. Tools for measuring and improving the quality of oncology care: the Quality Oncology Practice Initiative (QOPI) and the QOPI Certification Program. Journal of Oncology, v. 25, n. 10, 2011. Disponível em: < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22010382/ >. Acesso em: 10 set. 2024.

12.5 INDICADORES COMPLEMENTARES

CÂNCER DE MAMA

Nome do indicador	1. Percentual de pacientes submetidas à cirurgia de mama com diagnóstico histológico pré-operatório por biópsia de fragmento
Conceito	Percentual de pacientes com câncer de mama invasivo submetidas à cirurgia de mama que foram submetidas a diagnóstico histológico pré-operatório por biópsia de fragmento.
População-alvo	Pacientes do sexo feminino submetidas à cirurgia de mama devido a câncer de mama invasivo (não considerar neoplasia <i>in situ</i>) quando a cirurgia for o primeiro tratamento.
Fórmula de cálculo	Total de pacientes submetidas à cirurgia de mama com biópsia de fragmento pré-operatória para diagnóstico histológico x 100 / Total de pacientes submetidas a cirurgia de mama por câncer de mama
Numerador	Total de pacientes com câncer de mama que realizaram cirurgia de mama e possuíam biópsia de fragmento pré-operatória para diagnóstico histológico.
	Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de mama invasivo submetidos à cirurgia de mama e com realização de biópsia de fragmento pré-operatória para diagnóstico histológico; Presença de laudo anatomopatológico e de imuno-histoquímica da biópsia, constando: · número de focos com o tamanho da maior lesão, localização, diâmetro máximo do tumor e do maior foco em caso de lesão multicêntrica;
	· identificação/análise de margens, incluindo a localização, distância da margem e envolvimento ou não de margens; · presença ou ausência da invasão linfo vascular; · avaliação da expressão de PR e ER, HER2 e Ki67. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Denominador	Total de pacientes com câncer de mama invasivo que foram submetidas a cirurgia de mama. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de mama invasivo submetidas a cirurgia de mama. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	Câncer de mama invasivo: câncer que se dissemina a partir da sua origem (ductos ou lóbulos) para o tecido mamário normal circundante. Cirurgia de mama: procedimento para reparar ou remover, parte ou toda a mama, para prevenir, diagnosticar, estadiar e tratar o câncer. São tipos de cirurgia de mama: Tumorectomia, Lumpectomia, Quadrantectomia, Setorectomia, Segmentectomia, Mastectomia parcial e Mastectomia total.
	Biópsia de fragmento: a remoção de uma amostra de tecido com uma agulha larga para exame ao microscópio. Também chamada biópsia por agulha grossa. PR: receptor de progesterona; é uma proteína encontrada nas células dos tecidos reprodutivos femininos, alguns outros tipos de tecidos e algumas células cancerígenas. Um teste laboratorial é feito para descobrir se as células cancerígenas possuem estes receptores, podendo afetar a forma de tratamento.
	ER: receptor de estrogênio; é uma proteína encontrada nas células dos tecidos reprodutivos femininos, alguns outros tipos de tecidos e algumas células cancerígenas. Um teste laboratorial é feito para descobrir se as células cancerígenas possuem estes receptores, podendo afetar a forma de tratamento.
	HER2: fator de crescimento epidérmico humano-2; é uma proteína envolvida no crescimento celular normal. Pode ser produzida em quantidade maiores por alguns tipos de células cancerígenas, incluindo câncer de mama, bexiga, pâncreas e estômago. Ki67: marcador de atividade proliferativa; mede a proliferação celular, ou seja, o número de células de um tumor que estão se dividindo. Fornece a compreensão mais completa da velocidade com que o tumor está crescendo.
Interpretação	Refere-se ao percentual de pacientes que foram submetidas a procedimentos de diagnóstico histológico (<i>biópsia de fragmento</i>) com descrição de anatomopatológico e imuno-histoquímica antes da cirurgia de mama. Quanto maior o resultado, melhor.



Parâmetros	No âmbito do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar), foi adotada a meta para o indicador de ³ 95%, conforme Fichas Técnicas por Linha do Cuidado - Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar (ANS, 2020).
Dados Estatísticos	O câncer de mama é a neoplasia maligna de maior mortalidade no sexo feminino, sendo responsável por 24,2% das mortes por câncer (WHO, 2019). O diagnóstico do câncer de mama é baseado em exame clínico, exame de imagem e confirmado por estudo de patologia. O diagnóstico patológico é realizado através da biópsia de fragmento (<i>core biopsy</i>), que deve ser realizado antes do início de qualquer tratamento (Senkus et al., 2015). <i>Abiópsia de fragmento</i> é superior à punção aspirativa por agulha fina (PAAF) sozinha no diagnóstico pré-operatório (Lieske et al., 2006).
	Além do estudo anatomopatológico da biópsia, é fortemente recomendada a realização de estudo imunohistoquímico, que apresenta alta correlação com a imuno-histoquímica da peça cirúrgica e permite guiar o tratamento (Kombak et al., 2017). O estudo imunohistoquímico permite, por exemplo, guiar o tratamento para tumores com positividade para receptor de estrógeno (Del Turco et al., 2010).
	Realizar o diagnóstico pré-operatório é fundamental para guiar a melhor abordagem de tratamento, seja clínico ou cirúrgico, e reduzir a necessidade de reintervenções para reampliação de margens, por exemplo (ASBrS, 2017). A adequada anamnese possibilita a otimização da condição clínica do paciente candidato a cirurgia, reduzindo a morbidade e mortalidade pré-operatórias (Fernandes et al, 2010).
Limitações e vieses	A falta de integração do sistema de prontuários hospitalar com o laboratório de patologia pode prejudicar o registro adequado deste indicador. Além disso, o preenchimento inadequado dos prontuários pode dificultar a obtenção do dado.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto indicadores: manual metodológico - linhas de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, [2023]. Disponível em:< https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhasdecuidado.pdf >. Acesso em 03 jul. 2025. AMERICAN SOCIETY OF BREAST SURGEONS (ASBS). Quality ID #263: Preoperative Diagnosis of Breast Cancer, 2017. Acesso em:< https://www.breastsurgeons.org/docs/statements/Preoperative-Diagnosis-of-Breast-Cancer.pdf >. Acesso em: 04 jul. 2025.
	DEL TURCO MR, PONTI A, BICK U, BIGANZOLI L, CSERNI G, CUTULI B, ET AL. Quality indicators in breast cancer care. Eur J Cancer 2010;46:2344-56. FERNANDES E DE O, GUERRA EE, PITREZ FAB, FERNANDES FM, ROSITO GBA, GONZÁLES HE, ET AL. Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências. Rev AMRIGS 2010;54:240-58.
	KOMBAK FE, SAHIN H, MOLLAMEMISOGLU H, ONEM I, KAYA H, BUGDAYCI O, ET AL. Concordance of immunohistochemistry between core needle biopsy and surgical resection of breast cancer. Turk J Med Sci 2017;47:1791-6. LIESKE B, RAVICHANDRAN D, WRIGHT D. Role of fine-needle aspiration cytology and core biopsy in the preoperative diagnosis of screen-detected breast carcinoma. Br J Cancer 2006;95:62-6.
	SENKUS E, KYRIAKIDES S, OHNO S, PENAULT-LLORCA F, POORTMANS P, RUTGERS E, ET AL. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2015;26 Suppl 5:v8-30. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Source: Globocan 2018 (WHO), 2019. Disponível em:< http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf >. Acesso em: 04 jul. 2025.



Nome do indicador	2. Percentual de pacientes com realização de pesquisa de linfonodo sentinela durante a cirurgia
Conceito	Percentual de pacientes com câncer de mama invasivo submetidas à pesquisa de linfonodo sentinela durante a cirurgia.
População-alvo	Pacientes do sexo feminino submetidas à cirurgia de mama devido a câncer de mama invasivo (não considerar neoplasia <i>in situ</i>) quando a cirurgia for o primeiro tratamento.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de pacientes submetidas a cirurgia de mama com realização de pesquisa de linfonodo sentinela durante a cirurgia}}{\text{Total de pacientes submetidas a cirurgia de mama por câncer de mama}} \times 100$
Numerador	Total de pacientes submetidas a cirurgia de mama que realizaram pesquisa de linfonodo sentinela. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de mama invasivo submetidos a cirurgia de mama e com realização de pesquisa de linfonodo sentinela durante a cirurgia; Pesquisa de linfonodo sentinela realizada com radioisótopo e/ou corante azul.
	Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; Pacientes com exame clínico com presença de gânglios fusionados axilares; Pacientes com punção aspirativa por agulha fina positiva do linfonodo axilar; Pacientes com doença metastática.

Denominador	Total de pacientes com câncer de mama invasivo que foram submetidas a cirurgia de mama. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de mama invasivo submetidas a cirurgia de mama.
	Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; Pacientes com exame clínico com presença de gânglios fusionados axilares; Pacientes com punção aspirativa por agulha fina positiva do linfonodo axilar; Pacientes com doença metastática.
Definição dos termos	Câncer de mama invasivo: câncer que se dissemina a partir da sua origem (ductos ou lóbulos) para o tecido mamário normal circundante. Cirurgia de mama: procedimento para reparar ou remover, parte ou toda a mama, para prevenir, diagnosticar, estadiar e tratar o câncer. São tipos de cirurgia de mama: Tumorectomia, Lumpectomia, Quadrantectomia, Setorectomia, Segmentectomia, Mastectomia parcial e Mastectomia total.
	Pesquisa de linfonodo sentinela: procedimento cirúrgico utilizado para examinar o linfonodo sentinela (o primeiro linfonodo para o qual as células cancerígenas provavelmente se espalharão a partir de um tumor primário). Gânglios/linfonodos fusionados: linfonodos axilares metastáticos cuja individualização é impossível através da palpação. Câncer metastático: câncer cujas células se disseminaram para outras regiões do corpo.
Interpretação	Refere-se ao percentual de pacientes que foram submetidas à pesquisa de linfonodo sentinela por radioisótopo ou corante durante a cirurgia de mama, para estadiamento axilar. Quanto maior o resultado, melhor.
Parâmetros	No âmbito do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar), foi adotada a meta para o indicador de ³ 95%, conforme Fichas Técnicas por Linha do Cuidado - Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar (ANS, 2020).
Dados Estatísticos	Quando o paciente é diagnosticado com câncer de mama, é importante descobrir até que ponto o câncer se espalhou. Para tal, a categorização clínica deve ser realizada para detectar linfonodos por exame de imagens (excluindo linfocintilografia), ou por exames clínicos com características suspeitas de malignidade, com base histológica quando presumido macrometástases, e através da biópsia de aspiração com agulha fina (PAAF), <i>core biopsy</i> ou biópsia do linfonodo sentinela (LNS) (Hortobagyi et al., n.d.).
	A LNS (o primeiro linfonodo para o qual as células cancerígenas provavelmente se espalharão a partir de um tumor primário) é um procedimento realizado para identificar o(s) LNS, onde o cirurgião injeta uma substância radioativa, corante azul ou ambos, próximos ao tumor. O cirurgião usa uma sonda para encontrar o(s) LNS contendo a substância radioativa ou procura o (s)linfonodo(s) linfático(s) corado(s) com corante. Por fim, o cirurgião remove o(s) nódulos(s) para verificar a presença de células cancerígenas (CAP, 2020).
	Existe a chance de que outros linfonodos na mesma área também tenham câncer. Se este for encontrado no LNS, o paciente pode ser submetido à cirurgia de dissecação dos linfonodos axilares de mama para remover mais linfonodos. Contudo, estudos demonstraram que em alguns casos pode ser seguro o não esvaziamento axilar. Baseado em algumas características como, o tamanho do tumor da mama, o tipo de cirurgia que é usada para remover o tumor e qual tratamento é planejado após a cirurgia (CAP, 2020; St John et al., 2017).
	A partir do estudo que avaliou a acurácia da biópsia do linfonodo sentinela com objetivo de evitar a morbidade devido ao esvaziamento axilar, o procedimento foi aceito como um tratamento padrão nas pacientes com câncer de mama e axila clinicamente negativas (Giuliano et al., 1994). Vieram outros estudos mais tarde, que corroboraram com a demonstração de eficácia deste procedimento (Canavese et al., 2009; Krag et al., 2010; Veronesi et al., 2010; Zavagno et al., 2008).
	Dados mais recentes do grupo Z0011, do American College of Surgeons Oncology Group (ACOSOG), examinou a sobrevida global de pacientes com metástase LNS positivos, que foram submetidas a terapia de conservação da mama e receberam dissecação dos linfonodos axilares após dissecação do LNS, ou nenhum tratamento axilar específico adicional após 10 anos de acompanhamento. O estudo evidenciou, que os tratamentos não apresentaram diferenças significativas na sobrevida e recorrência em 10 anos, contraindicando o uso rotineiro da dissecação dos linfonodos axilares para esta população (Giuliano et al., 2017).
	O diagnóstico por meio da biópsia do LNS é uma técnica acurada, que reduz a extensão dos procedimentos cirúrgicos para o tratamento do câncer de mama, reduz a morbidade conservando a axila e evita maiores efeitos colaterais causados pela ressecção axilar.
Limitações e vieses	Ausência de registro da realização do procedimento ou indisponibilidade de congelação transoperatória no hospital podem impedir o correto registro deste indicador.



Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto indicadores: manual metodológico - linhas de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, [2023]. Disponível em:< https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhasdecuidado.pdf >. Acesso em 03 jul. 2025. COLLEGE OF AMERICAN PATHOLOGISTS (CAP). 2020. Disponível em: < https://www.cap.org/ >. Acesso em 03 jul. 2025.
	DICTIONARY OF CANCER TERMS. NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI), 2011.Disponível em:< https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms >. Acesso em: 04 jul. 2025. GIULIANO AE, BALLMAN KV, MCCALL L, BEITSCH PD, BRENNAN MB, KELEMEN PR, ET AL. Effect of Axillary Dissection vs No Axillary Dissection on 10-Year Overall Survival Among Women With Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis: The ACOSOG Z0011 (Alliance) Randomized Clinical Trial. JAMA 2017;318:918- 26.
	HORTOBAGYI G, CONNOLLY J, D'ORSI C, EDGE S, MITTENDORF E, RUGO A, ET AL. American Joint Committee on Cancer. AJCC cancer staging manual. 8th ed. New York, NY: Springer, 2017; 589-636. n.d. Acesso em: < https://cancerstaging.org/references-tools/deskreferences/Documents/AJCC%208th%20Edition%20Breast%20Cancer%20Staging%20System.pdf >. Acesso em 04 jul. 2025. ST JOHN ER, AL-KHUDAIRI R, ASHRAFIAN H, ATHANASIOU T, TAKATS Z, HADJIMINAS DJ, ET AL. Diagnostic Accuracy of Intraoperative Techniques for Margin Assessment in Breast Cancer Surgery: A Meta-analysis. Ann Surg 2017;265:300-10.

Nome do indicador	3. Percentual de pacientes submetidas à cirurgia de mama com laudo anatomopatológico completo e padronizado
Conceito	Percentual de pacientes com câncer de mama invasivo submetidas à cirurgia de mama com laudo anatomopatológico completo e padronizado.
População-alvo	Pacientes do sexo feminino submetidas à cirurgia de mama devido a câncer de mama invasivo (não considerar neoplasia <i>in situ</i>) quando a cirurgia for o primeiro tratamento.
Fórmula de cálculo	Total de pacientes submetidas à cirurgia de mama com laudo anatomopatológico completo x 100 / Total de pacientes submetidas à cirurgia de mama por câncer invasivo de mama
Numerador	Total de pacientes submetidas à cirurgia de mama com laudo anatomopatológico completo e padronizado. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de mama invasivo submetidos à cirurgia de mama cujo laudo anatomopatológico está completo no tocante aos itens descritos abaixo: · número de focos com o tamanho da maior lesão, localização e diâmetro máximo do tumor (pT);
	· número total de linfonodos removidos e número de linfonodos positivos para câncer com células malignas, presença ou ausência de extravasamento capsular, assim como a extensão das metástases linfonodais - células tumorais isoladas, micrometástases (de 0,2 a 2 mm) e macrometástases (classificação pN); · tipo e grau histológico do tumor; · identificação de margens / análise de margens, incluindo a localização, distância da margem e envolvimento ou não de margens;
	· presença ou ausência de invasão linfovascular; · avaliação da expressão de PR e ER, HER2 e Ki67 Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Denominador	Total de pacientes com câncer de mama invasivo que foram submetidas à cirurgia de mama. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de mama invasivo submetidas à cirurgia de mama. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	PR: receptor de progesterona, é uma proteína encontrada nas células dos tecidos reprodutivos femininos, alguns outros tipos de tecidos e algumas células cancerígenas. Um teste laboratorial é feito para descobrir se as células cancerígenas possuem estes receptores, podendo afetar a forma de tratamento.
	ER: receptor de estrogênio, é uma proteína encontrada nas células dos tecidos reprodutivos femininos, alguns outros tipos de tecidos e algumas células cancerígenas. Um teste laboratorial é feito para descobrir se as células cancerígenas possuem estes receptores, podendo afetar a forma de tratamento.
	HER2: Fator de crescimento epidérmico humano-2, é uma proteína envolvida no crescimento celular normal, pode ser produzida em quantidade maiores por alguns tipos de células cancerígenas, incluindo câncer de mama, bexiga, pâncreas e estômago. Ki67: Marcador de atividade proliferativa, mede a proliferação celular, ou seja, o número de células de um tumor que estão se dividindo. Fornece a compreensão mais completa da velocidade com que o tumor está crescendo.



Interpretação	Refere-se ao percentual de pacientes com laudo anatomopatológico incluindo todas as informações de análise da peça cirúrgica necessárias para guiar o tratamento. Quanto maior o resultado, melhor.
Parâmetros	No âmbito do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar), foi adotada a meta para o indicador de 100%, conforme Fichas Técnicas por Linha do Cuidado - Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar (ANS, 2020).
Dados Estatísticos	Estimativas do Instituto Nacional de Câncer (Instituto Nacional do Câncer- INCA, 2020) apontam o câncer de mama como a principal neoplasia maligna (sem considerar tumores de pele não melanoma) em mulheres brasileiras e a principal causa de morte por câncer no país.
	Laudos anatomopatológicos são relatórios utilizados para correlacionar dados clínicos com a análise macroscópica de um tecido, também gerado através de estudos de imagem, ou por análise microscópica levando a uma conclusão diagnóstica (SBP, 2020). A terapêutica para o gerenciamento do câncer de mama é direcionada para dados clínicos do paciente, morfologia e estágio da doença, e não podem ser tomadas decisões sem um conjunto completo de descritores e classificação histopatológica (CAP, 2020).
	Para o câncer de mama invasivo, as informações necessárias e que precisam estar presentes num laudo anatomopatológico completo são (SBP, 2020): · Tipo histológico segundo classificação atual da Organização Mundial da Saúde (OMS); · Presença e extensão do componente <i>in situ</i>; · Grau histológico;
	· Tamanho estimado da neoplasia (casos de mamotomia); · Comprometimento vascular; · Receptor de estrogênio (RE); · Receptor de progesterona (RP); · Expressão do oncogene Human Epidermal Growth Factor Receptor- type 2 (HER2);
	· Marcador de atividade proliferativa Ki-67. Existem poucos estudos que buscam identificar o grau de completude dos registros histopatológicos, de acordo com diferentes pesquisas, aproximadamente 50% dos laudos de anatomopatologia cirúrgica do câncer de mama não apresentavam elementos importantes necessários para o plano de tratamento do paciente (NCCN, 2017). Em países desenvolvidos, estudos anteriores já mostravam boa qualidade nos registros, mas mesmo assim ainda faltavam elementos recomendados para o câncer de mama (Austin et al., 2009; CAP, 2020; Onerheim et al, 2008).
	A realidade é outra em países subdesenvolvidos, estudo recente verificou a qualidade de 100 laudos anatomopatológicos cirúrgicos do câncer de mama no Paquistão, demonstrando baixa qualidade nas informações registradas. Registros básicos como informações clínicas, foram documentadas em apenas 68% dos laudos, e em relação ao tipo de câncer, o carcinoma lobular <i>in situ</i> (CLIS) foi mencionado em 19%, o carcinoma ductal <i>in situ</i> (CDIS) em 83% e tamanho do CDIS em 19%. A invasão vascular linfática foi documentada enquanto presente em 65% dos casos, estadiamento patológico e TNM foi mencionado em apenas 57% (Vallacha et al., 2018).
	No Brasil, estudo recente avaliou a completude de dados de prontuários de idosas com câncer de mama, diagnosticadas entre os anos de 2001 a 2006 e tratadas em hospital público, demonstrou que variáveis importantes relacionadas ao diagnóstico e tratamento obtiveram um grau de completude de regular a excelente, com a maioria das variáveis permanecendo constante com o passar dos anos. Limitações como, escrita manual ilegível de prontuários, organização das citações, evoluções, documentos e exames dispostos no prontuário, ordenamento cronológico e conservação dos documentos foram descritas no trabalho. (Brandão-Souza et al., 2019).
	Estes dados podem refletir a realidade na maioria das instituições brasileiras, por este motivo, é imprescindível o correto preenchimento do laudo anatomopatológico para a otimização do tratamento ao paciente, se este estiver incompleto, poderá resultar em tratamento potencialmente ineficaz, repetição de intervenções e classificação equivocada dos pacientes.
Limitações e vieses	A falta de integração do sistema de prontuários hospitalar com o laboratório de patologia pode prejudicar o registro adequado deste indicador.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Projeto indicadores: manual metodológico - linhas de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, [2023]. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhasdecuidado.pdf >. Acesso em 04 jul. 2025.
	AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). Breast Cancer Cell Proliferation and Ploidy, 2020 . Disponível em: < https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/ploidy-and-cell-proliferation.html >. Acesso em: 04 jul. 2025. AUSTIN R, THOMPSON B, COORY M, WALPOLE E, FRANCIS G, FRITSCHI L. Histopathology reporting of breast cancer in Queensland: the impact on the quality of reporting as a result of the introduction of recommendations. Pathology 2009;41:361-5.



	BRANDÃO-SOUZA C, AMORIM MHC, ZANDONADE E, FUSTINONI SM, SCHIRMER J, BRANDÃO-SOUZA C, ET AL. Completude dos prontuários de idosas com câncer de mama: estudo de tendência. Acta Paulista de Enfermagem. 2019;32:416-24. COLLEGE OF AMERICAN PATHOLOGISTS (CAP). Quality ID #99 (NQF 0391): Breast Cancer Resection Pathology Reporting, 2020. Disponível em: <https://documents.cap.org/documents/pathology-quality-measure-99-2018-registry.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2025.
	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Atlas On-line de Mortalidade, 2020. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em: 04 jul. 2025. NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. (NCCN). Evidence-Based Cancer Guidelines, Oncology Drug Compendium, Oncology Continuing Medical Education 2017. Disponível em: <https://www.nccn.org/>. Acesso em 03 jul. 2025.
	NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). Dictionary of Cancer Terms. 2011. Disponível em: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>. Acesso em: 03 jul. 2025. ONERHEIM R, RACETTE P, JACQUES A, GAGNON R. Improving the quality of surgical pathology reports for breast cancer: a centralized audit with feedback. Arch Pathol Lab Med .2008;132:1428-31.
	SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA (SBP). 2020. Disponível em: <http://www.sbp.org.br/mdlhisto/mama-carcinoma-invasivo/>. Acesso em: 04 jul. 2025. VALLACHA A, HAIDER G, RAJA W, KUMAR D. Quality of Breast Cancer Surgical Pathology Reports. Asian Pac J Cancer Prev. 2018 Mar 27;19(3):853-858. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.3.853. PMID: 29582645; PMCID: PMC5980866.

Nome do indicador	4. Percentual de pacientes submetidas à mastectomia total com reconstrução mamária imediata
Conceito	Percentual de pacientes submetidas à mastectomia total por câncer de mama que receberam reconstrução mamária imediata.
População-alvo	Pacientes do sexo feminino submetidas à mastectomia total devido a câncer de mama invasivo (não considerar neoplasia <i>in situ</i>) quando a cirurgia for o primeiro tratamento.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Total de pacientes submetidos à mastectomia total com reconstrução mamária imediata}}{\text{Total de pacientes submetidas à mastectomia por câncer de mama}} \times 100$
Numerador	Total de pacientes submetidos à mastectomia total com reconstrução mamária imediata. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de mama invasivo submetidos à mastectomia total e que receberam reconstrução mamária imediata.
	Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; Pacientes com doença metastática, neoplasia inflamatória ou contraindicação clínica documentada; Pacientes sem desejo de reconstrução mamária imediata.
Denominador	Total de pacientes com neoplasia de mama invasiva que foram submetidas à mastectomia total. Critérios de inclusão: Pacientes com neoplasia de mama invasiva submetidas à mastectomia total.
	Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; Pacientes com doença metastática, neoplasia inflamatória ou contraindicação clínica documentada para reconstrução mamária imediata; Pacientes com recusa para a realização de reconstrução mamária imediata.
Definição dos termos	Câncer de mama invasivo: Câncer que se dissemina a partir da sua origem (ductos ou lóbulos) para o tecido mamário normal circundante. Neoplasia inflamatória: tipo de câncer de mama avançado em que as células tumorais bloqueiam os vasos linfáticos da pele da mama, dando aspecto edemaciado e avermelhado.
	Câncer metastático: câncer cujas células se disseminaram para outras regiões do corpo. Mastectomia: Cirurgia para remover parte ou toda a mama. Existem diferentes tipos de mastectomia que diferem na quantidade de tecido e linfonodos removidos. Reconstrução mamária imediata: Procedimento realizado, ou pelo menos iniciado, enquanto a cirurgia para tratar o câncer. Um implante mamário é colocado no mesmo procedimento cirúrgico em que a mastectomia é realizada.
Interpretação	Refere-se ao percentual de pacientes que foram submetidas à procedimento cirúrgico de reconstrução mamária no mesmo tempo cirúrgico da mastectomia. Quanto maior o resultado, melhor.
Parâmetros	No âmbito do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar), foi adotada a meta para o indicador de ³ 90%, conforme Fichas Técnicas por Linha do Cuidado - Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar (ANS, 2020).



Estratificação	Idade, Índice de Massa Corporal, Antecedente de IAM/AVC/AIT, Diabetes Mellitus, Doenças autoimunes em tratamento com imunomodulador e Tabagismo atual.
Dados Estatísticos	O câncer de mama é a neoplasia maligna de maior mortalidade no sexo feminino, sendo responsável por 24,2% das mortes por câncer (<i>World Health Organization</i> , 2018). No Brasil, segundo o INCA, em 2017 ocorreram 16.724 óbitos por câncer de mama feminina, o equivalente a um risco de 16,16 por 100 mil habitantes (Instituto Nacional do Câncer - INCA, 2019).
	A mastectomia é uma cirurgia utilizada como uma forma de tratar o câncer no local e que difere na quantidade de tecido e linfonodos removidos (<i>NCI Dictionary of Cancer Terms</i> , 2011). O procedimento geralmente é realizado quando não é recomendado o tratamento com cirurgia de conservação da mama ou por decisões pessoais dos pacientes (<i>American Cancer Society(ACS)</i> , 2020).
	No Brasil, para 70% das mulheres que recebem o diagnóstico de câncer de mama, a mastectomia total acaba sendo a única alternativa para a cura. Isto se deve pela demora na identificação da doença, ao acesso a consultas, exames biópsias e tratamento, fazendo com que a doença seja detectada na maioria dos casos em estágios avançados (SBM - Sociedade Brasileira de Mastologia, 2018).
	A Lei nº 12.802 de 24 de abril de 2013, prevê que a reconstrução seja feita imediatamente após a mastectomia pelo Sistema Único de Saúde; no entanto, segundo dados da Sociedade Brasileira de Mastologia, entre os anos de 2008 a 2015 apenas 20% das mulheres fizeram cirurgia de reconstrução (SBM - Sociedade Brasileira de Mastologia, 2018).
	Os objetivos da reconstrução imediata da mama pós-mastectomia são minimizar a deformidade e otimizar a qualidade de vida percebida pelos pacientes, evitando-se o impacto emocional a longo prazo. Dados apontam crescimento anual deste tipo de cirurgia. Nos Estados Unidos, um estudo analisou o banco de dados do Programa Nacional de Melhoria da Qualidade Cirúrgica (NSQIP) entre os anos de 2005 a 2014, demonstrando um crescimento de cirurgias de reconstrução pós-mastectomia de 26,94% em 2005 para 43,30% em 2014 (Ilonzo et al., 2017)
	No Brasil os números de reconstrução mamária em mulheres atendidas pelo SUS também tem aumentado, no período entre 2008 e 2014, passou de 15% para 29,3% (SBM - Sociedade Brasileira de Mastologia, 2018). Em resumo, a reconstrução mamária imediata é um direito de cada mulher e precisa ser respeitado, pois traz benefícios independentemente do tipo de procedimento realizado (Ilonzo et al., 2017; Pusic et al., 2017).
Limitações e vieses	A ausência de registro de contraindicação clínica documentada pode prejudicar a fidedignidade deste indicador.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto indicadores: manual metodológico - linhas de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, [2023]. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhasdecuidado.pdf >. Acesso em: 03 jul. 2025. AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). Mastectomy Mastectomies for Breast Cancer,2020. Disponível em: < https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer/mastectomy.html >. Acesso em: 04 jul. 2025.
	AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). Breast Reconstruction Using Implants, 2020. Disponível em:< https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/reconstruction-surgery/breast-reconstruction-options/breast-reconstruction-using-implants.html >. Acesso em: 04 jul. 2025. Dictionary of Cancer Terms (NCI). National Cancer Institute, 2011. Disponível em:< https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms >. Acesso em: 04 jul. 2025.
	ILONZO N, TSANG A, TSANTES S, ESTABROOK A, THU MA AM. Breast reconstruction after mastectomy: A ten-year analysis of trends and immediate postoperative outcomes. <i>Breast</i> 2017;32:7-12. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil, 2019. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf >. Acesso em: 04 jul. 2025.
	PUSIC AL, MATROS E, FINE N, BUCHEL E, GORDILLO GM, HAMILL JB, ET AL. Patient-Reported Outcomes 1 Year After Immediate Breast Reconstruction: Results of the Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium Study. <i>J Clin Oncol</i> . 2017;35:2499-506. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA (SBM). 2018. Disponível em:< https://www.sbmastologia.com.br/ >. Acesso em 03 jul. 2025. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) . Global Cancer Observatory, 2018. Disponível em: < http://gco.iarc.fr/ >.Acesso em 03 jul. 2025.



Nome do indicador	5. Percentual de pacientes com câncer de mama com registro de estadiamento TNM (pós-operatório) no prontuário
Conceito	Percentual de pacientes submetidas à cirurgia de mama por câncer de mama que tem o registro do estadiamento patológico TNM pós-operatório em seu prontuário.
População-alvo	Pacientes do sexo feminino submetidas à cirurgia de mama devido a câncer de mama invasivo (não considerar neoplasia <i>in situ</i>), quando a cirurgia for o primeiro tratamento.

Fórmula de cálculo	Total de pacientes submetidas à cirurgia de mama com registro do estadiamento TNM em prontuário x 100 / Total de pacientes submetidas à cirurgia de mama por câncer de mama
Numerador	Total de pacientes submetidas à cirurgia de mama com estadiamento TNM registrado em prontuário. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de mama invasivo submetidos à cirurgia de mama e que tem o registro do estadiamento TNM patológico pós- operatório no prontuário.
	Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Denominador	Total de pacientes com câncer de mama invasivo que foram submetidas à cirurgia de mama. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de mama invasivo submetidas à cirurgia de mama. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	Câncer de mama invasivo: câncer que se dissemina a partir da sua origem (ductos ou lóbulos) para o tecido mamário normal circundante. Cirurgia de mama: procedimento para reparar ou remover, parte ou toda a mama, para prevenir, diagnosticar, estadiar e tratar o câncer. Estadiamento TNM: escore utilizado para descrever características da neoplasia do paciente: "T" para características do tumor primário; "N" para envolvimento linfonodal; "M" para presença de metástases.
Interpretação	Refere-se ao percentual de pacientes que foram submetidas à cirurgia de mama e que possuem o registro do estadiamento TNM em prontuário. Quanto maior o resultado, melhor.
Parâmetros	No âmbito do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar), foi adotada a meta para o indicador de 100%, conforme Fichas Técnicas por Linha do Cuidado - Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar (ANS, 2020).
Observações	A classificação TNM deve seguir o Manual de Estadiamentodo <i>American Joint Committee on Cancer</i> (AJCC), 8ª Edição - Hortobagyi GH, Connolly JL, D'Orsi CJ et al. Breast. In AJCC Cancer Staging Manual, 8th Edition. Chicago, Springer, p.589-628.
Dados Estatísticos	O câncer de mama é a neoplasia maligna de maior mortalidade no sexo feminino, sendo responsável por 24,2% das mortes por câncer (<i>World Health Organization</i> , 2018). No Brasil, segundo o INCA, em 2017 ocorreram 16.724 óbitos por câncer de mama feminina, o equivalente a um risco de 16,16 por 100 mil habitantes (Instituto Nacional do Câncer- INCA, 2019).
	Quando o paciente é diagnosticado com CA de mama, ele é estadiado e as comorbidades são avaliadas. Independente da fase em que o câncer é detectado, é necessário descobrir o tamanho do tumor, quais partes do órgão foram afetadas e se o câncer se disseminou. O método utilizado para realizar este processo é chamado de estadiamento, que descreve ou classifica um câncer baseado na extensão do tumor e onde está localizado (Ministério da Saúde, 2019).
	O sistema de estadiamento mais utilizado é o Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos, que permite a padronização do entendimento a respeito das características do câncer para tomada de decisões. Esse sistema leva em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N) e a presença ou ausência de metástase a distância (M) (Ministério da Saúde, 2019).
	Estudo de revisão, reportado pelo <i>National Cancer Database</i> (NCDB, 2020), incluiu 211,645 mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2001- 2002 e demonstrou uma correlação positiva entre aumento do acometimento linfonodal e do tumor e queda na sobrevida. Em 5 anos as taxas de sobrevida foram 93% para o estágio da doença nível 0 e somente 15% para estágio nível IV da doença (Edge et al., 2010).
	Em relação a completude do preenchimento de prontuários oncológicos, estudos brasileiros demonstraram que as informações ainda não são completamente registradas, com falha no registro de informações importantes como histórico familiar, etilismo, tabagismo e com registros que variaram de regular a excelente em relação ao estadiamento e TNM (Brandão-Souza et al., 2019; Luz et al., 2017). O uso destas classificações como marcadores prognósticos, preditivos e o registro adequado destas informações é fundamental para avaliação e cuidado do paciente diagnosticado recentemente, bem como para pacientes com câncer de mama metastático.
Limitações e vieses	Falta de integração entre o sistema de prontuário eletrônico do hospital e o laboratório de patologia podem impedir o adequado registro deste indicador.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto indicadores: manual metodológico - linhas de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, [2023]. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhhasdecuidado.pdf >. Acesso em: 03 jul. 2025.



	BRANDÃO-SOUZA C, ET AL. Completude dos prontuários de idosas com câncer de mama: estudo de tendência. Acta Paulista de Enfermagem 2019;32:416-24. EDGE S, BYRD DR, COMPTON CC, ET AL. Ajcc Cancer Staging Manual, Vol. 7. New York: Springer-Verlag, 2010.
	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA).Ministério da Saúde. Estadiamento. 2019. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/impressao.asp?op=cv&id=54>. Acesso em: 04 jul. 2025. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil 2019. Disponível em:<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2025.
	LUZ CM DA, DEITOS J, SIQUEIRA TC, HECK APF. Completeness of the Hospital Cancer Registry at a hospital in Florianópolis. ABCS Health Sci, 2017;42. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abc-do-cancer-abordagens-basicas-para-o-controle-do-cancer> Acesso em: 04 jul. 2025.
	NATIONAL CANCER DATABASE (NCDB). American College of Surgeons 2020. Disponível em:<https://www.facs.org/quality-programs/cancer/ncdb>. Acesso em: 03 jul. 2025. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Cancer Observatory (GCO), 2018. Disponível em:<http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2025.

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Nome do indicador	1. Percentual de pacientes submetidas à cirurgia de câncer de colo de útero com laudo anatomopatológico completo e padronizado
Conceito	Percentual de pacientes com câncer de colo de útero submetidas à cirurgia com laudo anatomopatológico completo e padronizado.
População-alvo	Pacientes submetidas à cirurgia devido a câncer de colo de útero, quando a cirurgia for o primeiro tratamento.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Total de pacientes submetidas à cirurgia devido a câncer de colo de útero com laudo anatomopatológico completo} \times 100}{\text{Total de pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer de colo de útero}}$
Numerador	Total de pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer de colo de útero com laudo anatomopatológico completo e padronizado. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de colo de útero submetidas à cirurgia cujo laudo anatomopatológico está completo.
	Os laudos anatomopatológicos requerem, além da natureza maligna, o tipo do tumor, o grau histológico, a invasão vascular e o índice proliferativo, além de outras variáveis, como a intensidade e tipo do infiltrado inflamatório (ANS, 2016). Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Denominador	Total de pacientes submetidas à cirurgia devido a câncer de colo de útero. Critérios de inclusão: Pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer de colo de útero. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	Laudo anatomopatológico: exame baseado em análise interpretativa e subjetiva do profissional médico patologista, sendo, assim, ato médico que requer informes clínicos, laboratoriais, estudos de imagem para interpretação adequada, principalmente com a evolução dos métodos de investigação que propiciam ao patologista amostras cada vez menores, com aspectos macroscópicos irrelevantes. Os patologistas devem reunir todas as informações do caso para elaborar um diagnóstico objetivo contendo todas as informações necessárias à elaboração do plano terapêutico.
	Desse modo, aproximar dos patologistas todos os profissionais médicos envolvidos com as etapas pregressas à elaboração do laudo anatomopatológico é uma condição necessária para a qualidade do cuidado ao paciente. Podem ser incluídos nesta lista desde o médico que possui a história clínica do indivíduo e suas hipóteses, o radiologista, o endoscopista, o cirurgião ou outros que atuem com os aspectos topográficos e macroscópicos das lesões suspeitas.
Interpretação	Refere-se ao percentual de pacientes com laudo anatomopatológico incluindo todas as informações de análise necessárias. As amostras para estudo anatomopatológico podem ser obtidas por diferentes vias. O presente indicador se refere ao estudo anatomopatológico de tecido do material cirúrgico obtido a partir da realização da cirurgia realizada em decorrência de câncer de colo de útero (peça cirúrgica).



	O laudo anatomopatológico consiste em análise interpretativa e subjetiva do profissional médico patologista, sendo assim, procedimento que requer informes clínicos, laboratoriais, estudos de imagem para interpretação adequada. Os patologistas devem reunir todas as informações do caso para elaborar um diagnóstico objetivo contendo todas as informações necessárias à elaboração do plano terapêutico pela equipe multiprofissional (ANS, 2016).
	O avanço no entendimento das neoplasias tem aumentado a complexidade das classificações das doenças na tentativa de oferecer informações mais detalhadas sobre o prognóstico e sobre as modalidades terapêuticas mais eficazes em cada caso. Com isso, aumenta o volume e o detalhamento de informações que devem constar nos laudos anatomopatológicos.
	Preparar os laudos de neoplasias baseados em padrões estabelecidos por Sociedades Médicas, que são rotineiramente atualizados quanto às variáveis de relevância para o tratamento, garante que o patologista informe em seus laudos todo o conteúdo necessário. Além disso, quanto maior a uniformidade de informações em relação às neoplasias, melhor o entendimento do seu comportamento, tornando o cuidado do paciente mais efetivo dentro da rede (ANS, 2016).
	Desse modo, aproximar os patologistas de todos os profissionais envolvidos com as etapas pregressas à elaboração do laudo anatomopatológico é uma condição necessária para garantir a qualidade do laudo e para a definição do plano de cuidado do paciente. A integração do oncologista clínico, do radiologista, do cirurgião, dentre outros, é fundamental. Assim, os profissionais envolvidos na etapa do diagnóstico devem ser capazes de trabalhar de maneira integrada de forma a beneficiar ao paciente, propiciando a construção de um laudo anatomopatológico completo e padronizado, que auxilie na definição dos próximos passos do tratamento.
	Seguem pontos importantes para elaboração do laudo anatomopatológico completo e padronizado (ANS, 2016): · Comunicação aberta entre os profissionais de saúde - troca de informações rápida e eficiente sobre os pacientes e seus exames. · Dados clínicos completos são fundamentais para a correlação com os dados morfológicos observados pelo patologista no desenvolvimento do raciocínio diagnóstico.
	· Dados morfológicos completos devem fazer parte do laudo, incluindo dados prognósticos de forma clara - laudo sinóptico. · Dados de exames por outros métodos devem ser definidos pelo médico patologista baseados em correlação com dados morfológicos e clínicos. · Todos os aspectos diagnósticos, sempre que possível, devem ser correlacionados em um único laudo ou documento para melhor visualização das informações médicas.
Parâmetros	É desejável que todos os pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer de colo de útero tenham laudo anatomopatológico completo e padronizado.
Limitações e vieses	A falta de integração do sistema de prontuários hospitalar com o laboratório de patologia pode prejudicar o registro adequado deste indicador.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Projeto indicadores: manual metodológico - linhas de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, [2023]. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhasdecuidado.pdf >. Acesso em 04 jul. 2025. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Atlas On-line de Mortalidade, 2020. Disponível em: < https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/ >. Acesso em: 03 jul. 2025.
	NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). Evidence-Based Cancer Guidelines, Oncology Drug Compendium, Oncology Continuing Medical Education .2017. Disponível em: < https://www.nccn.org/ >. Acesso em: 04 jul. 2025. NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). Dictionary of Cancer Terms. 2011. disponível em: < https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms >. acesso em: 04 jul. 2025.



Nome do indicador	2. Percentual de pacientes com câncer de colo de útero com registro de estadiamento TNM (pós-operatório) no prontuário
Conceito	Mensuração do percentual de pacientes com câncer de colo de útero com registro em prontuário do estadiamento (TNM) pós-operatório clínico e patológico.
População-alvo	Pacientes com diagnóstico de câncer de colo de útero.
Fórmula de cálculo	Total de pacientes com câncer de colo de útero com registro em prontuário do estadiamento clínico e patológico do TNM x 100 / Total de pacientes com câncer de colo de útero.
Numerador	Total de pacientes com câncer de colo de útero que tiveram o estadiamento clínico e patológico do TNM registrado em prontuário. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de colo de útero com registro em prontuário do estadiamento (TNM) clínico e patológico.

	Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; Pacientes em medidas de conforto ou cuidados paliativos.
Denominador	Total de pacientes com câncer de colo de útero. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de colo de útero.
	Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; Pacientes em medidas de conforto ou cuidados paliativos.
Definição dos termos	Estadiamento TNM: escore utilizado para descrever características da neoplasia do paciente: "T" para características do tumor primário; "N" para envolvimento linfonodal; "M" para presença de metástases. Câncer metastático: câncer cujas células se disseminaram para outras regiões do corpo.
Interpretação	O resultado do indicador reflete o percentual de pacientes que possuíam registro em prontuário do estadiamento (TNM) clínico e patológico. Quanto maior o percentual, melhor.
Parâmetros	É desejável que todos os pacientes com câncer de cólon e reto possuam registro em prontuário do estadiamento (TNM) clínico e patológico.
Limitações e vieses	Não aplicável.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto indicadores: manual metodológico - linhas de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, 2023. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhasdecuidado.pdf >. Acesso em: 04 jul. 2025.
	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde . Estadiamento. Instituto Nacional de Câncer- INCA 2019. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/impressao.asp?op=cv&id=54 >. Acesso em 04 jul. 2025. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. 2019a. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abc-do-cancer-abordagens-basicas-para-o-controle-do-cancer >. Acesso em: 04 jul. 2025. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Cancer Observatory 2018. Disponível em: < http://gco.iarc.fr/ >. Acesso em: 04 jul.2025.

Nome do indicador	3. Percentual de mulheres com detecção dos subtipos virais 16 ou 18 no teste de DNA-HPV que realizaram colposcopia
Conceito	Proporção de mulheres com detecção dos subtipos virais 16 ou 18 no teste molecular para detecção de HPV oncogênico e que foram submetidas à colposcopia, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de beneficiárias com detecção dos subtipos virais 16 ou 18 no teste de DNA-HPV que realizaram colposcopia} \times 100}{\text{Total de beneficiárias com detecção dos subtipos virais 16 ou 18 no teste de DNA-HPV}}$
Numerador	Quantidade de beneficiárias, univocamente identificadas, com detecção dos subtipos virais 16 ou 18 no teste molecular para detecção de HPV oncogênico. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Denominador	Beneficiárias com detecção dos subtipos virais 16 ou 18 no teste de DNA-HPV. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	Teste molecular para detecção de HPV (Papilomavírus Humano) oncogênico - técnica de amplificação de ácido nucléico baseada em PCR, com genotipagem parcial ou estendida, validados analítica e clinicamente.
Interpretação	Permite estimar a proporção de mulheres com detecção dos subtipos virais 16 ou 18 no teste molecular para detecção de HPV oncogênico e que foram submetidas à colposcopia, no período considerado. Taxas reduzidas podem refletir falhas na observância aos protocolos e diretrizes clínicas relativas ao câncer de colo de útero.
	A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) reconhece o teste de DNA-HPV como mais eficaz do que a citologia oncológica tradicional na detecção de lesões precursoras e do câncer do colo do útero, oferecendo proteção superior contra o desenvolvimento de carcinoma cervical invasivo, além de reduzir a mortalidade pela doença. Esse teste detecta a presença do DNA dos tipos oncogênicos do Papilomavírus Humano, apresentando maior sensibilidade em comparação ao exame citopatológico (BRASIL, 2024).
	Com essa nova abordagem, o exame citopatológico passa a exercer um papel complementar, sendo indicado como exame de triagem subsequente a um teste molecular positivo - especialmente em casos relacionados a infecções pelos subtipos de HPV de alto risco, como os tipos 16 e 18 (CONITEC, 2024).



	De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero - Parte I: Rastreamento Organizado utilizando Testes Moleculares para Detecção de DNA-HPV Oncogênico, em casos de detecção dos subtipos virais 16 ou 18 no teste de DNA-HPV, a colposcopia deve ser indicada, independentemente do resultado da citologia.
	Em revisão sistemática conduzida pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC), que buscou estimar a influência dos diferentes tipos do HPV na gênese do câncer do colo do útero, foram identificados 17 tipos virais como indutores da neoplasia. Os tipos 16 e 18 foram responsáveis por causar 77% dos casos de câncer do colo do útero diagnosticados em todas as regiões avaliadas. Esses dados apoiaram recomendações internacionais no sentido do encaminhamento direto para colposcopia, sem testes adicionais de triagem para mulheres infectadas por um desses dois tipos virais (CONITEC, 2024).
	Desse modo, nos casos em que o resultado do exame indicar a presença dos tipos HPV 16 ou 18, a paciente deve ser encaminhada diretamente para colposcopia, mesmo que a citologia não aponte alterações. Essa conduta busca minorar os riscos de atrasos no diagnóstico e no tratamento do câncer de colo de útero, considerando que os subtipos virais 16 e 18 do HPV são os que apresentam maior risco de evolução para o câncer (SECTICS, 2024; SBOC, 2025).
Parâmetros	A recomendação é que seja realizada a colposcopia em todos os casos em que o resultado do teste molecular para detecção de HPV oncogênico indicar a presença dos tipos virais 16 ou 18 do HPV.
Limitações e vieses	Os registros devem permitir a identificação das mulheres com resultado do teste molecular para detecção de HPV oncogênico relacionado aos tipos 16 ou 18 do HPV e, dentre estas, as que realizaram colposcopia.
Bibliografia	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 3, de 7 de março de 2024. Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os testes moleculares para detecção de HPV oncogênico, por técnica de amplificação de ácido nucléico baseada em PCR, com genotipagem parcial ou estendida, validados analítica e clinicamente segundo critérios internacionais para o rastreamento do câncer de colo de útero em população de risco padrão e conforme as Diretrizes do Ministério da Saúde. Disponível em:< https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-sectics/ms-n-3-de-7-de-marco-de-2024-547020584 >.
	Acesso em: 04 jul. 2025. COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (CONITEC). Ministério da Saúde. Relatório de Recomendação Produto: Testagem Molecular para Detecção de HPV e rastreamento do câncer do colo do útero (Preliminar). Brasília, DF, 2024.
	CONNOLLY, D.; HUGHES, X.; BERNER, A. Cervical cancer screening for transgender and non-binary individuals. Canadian Medical Association Journal, v. 192, n. 23, p. E653-E656, 2020. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Rastreamento em pessoas vivendo com HIV. Rio de Janeiro: INCA, 2021. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. 2nd ed. Geneva: WHO, 2018.
	SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (SECTICS). Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Brasília, DF, 2024. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). Diretrizes de tratamentos oncológicos. Colo de útero. Disponível em: < https://sboc.org.br/images/9_-_Diretrizes_SBOC_2025_-_Colo_do_uterov9_FINAL.pdf >. Acesso em 04 jul. 2025.



CÂNCER DE PRÓSTATA

Nome do indicador	1. Percentual de pacientes com relato patológico completo da prostatectomia
Conceito	Percentual de pacientes admitidos na instituição com câncer de próstata localizado e relato patológico completo da prostatectomia, o qual inclui as seguintes características: · tipo histológico de acordo com OMS; · grau histológico com escore de Gleason;
	· extensão extraprostática; · invasão da vesícula seminal; · status das margens; · estadiamento patológico (pTNM).
População-alvo	Pacientes com diagnóstico de câncer de próstata localizado submetidos à prostatectomia.

Fórmula de cálculo	Total de pacientes com câncer de próstata localizado e relato patológico completo da prostatectomia x 100 / Total de pacientes com câncer de próstata localizado submetidos à prostatectomia
Numerador	Total de pacientes com câncer de próstata localizado submetidos a prostatectomia e com relato patológico completo da prostatectomia. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de próstata localizado e relato patológico completo da peça cirúrgica. Considerar completo aquele que contém todas as seguintes informações:
	· tipo histológico de acordo com a OMS; · grau histológico com escore de Gleason; · extensão extraprostática; · invasão da vesícula seminal; · status das margens;
	· estadiamento patológico TNM. Critérios de exclusão: · Pacientes menores de 18 anos; · Pacientes com câncer metastático; · Pacientes em medidas de conforto ou cuidados paliativos.
Denominador	Total de pacientes com câncer de próstata localizado submetidos à prostatectomia. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de próstata localizado submetidos a prostatectomia.
	Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; Pacientes com câncer metastático; Pacientes em medidas de conforto ou cuidados paliativos.
Definição dos termos	Prostatectomia radical (PR): é o tratamento cirúrgico do câncer da próstata com intenção curativa, principalmente quando realizada em pacientes com tumores localizados. Também utilizada para pacientes com tumores localmente avançados, no entanto com taxas menores de cura e frequentemente com necessidade de tratamento multimodal (RT e HT).
	Escore de Gleason: escore que pontua a aparência microscópica do tecido neoplásico em relação ao tecido prostático normal. Pontuações maiores estão associadas a pior prognóstico. Estadiamento TNM: escore utilizado para descrever características da neoplasia do paciente: "T" para características do tumor primário; "N" para envolvimento linfonodal; "M" para presença de metástases. Câncer metastático: câncer cujas células se disseminaram para outras regiões do corpo.
Interpretação	O resultado do indicador reflete o percentual de pacientes submetidos à prostatectomia radical que possuíam relato patológico completo da peça cirúrgica. Quanto maior o percentual, melhor.
Parâmetros	No âmbito do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar), foi adotada a meta para o indicador de 100%, conforme Fichas Técnicas por Linha do Cuidado - Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar (ANS, 2020).
Dados Estatísticos	O câncer de próstata (CaP) é o segundo tipo mais incidente entre homens no mundo e o quinto em taxa de mortalidade (World Health Organization, 2018). No Brasil, estima-se 68.220 casos novos de CaP para cada ano do biênio 2018- 2019, correspondendo a um risco de 66,12 casos novos a cada 100 mil habitantes (Instituto Nacional do Câncer - INCA, 2018).
	Por muitos anos, a triagem para detecção do CaP era realizada apenas pelo toque retal (TR), diagnosticando a doença já em estágios avançados. Atualmente o diagnóstico do CaP é realizado através de diversas ferramentas clínicas, como TR, medição do antígeno prostático específico (PSA), biópsia prostática guiada por ultrassonográfica transretal (USTR) e ressonância magnética multiparamétrica (mpMRI) (Nguyen-Nielsen and Borre, 2016). O diagnóstico definitivo é feito após a biópsia e a verificação histológica, embora em alguns casos, o diagnóstico pós-morte é baseado apenas no histórico do paciente.
	A prostatectomia radical (PR) é um procedimento para o tratamento e cura da doença, que consiste na remoção cirúrgica da próstata, das vesículas seminais e do tecido circundante suficiente para garantir uma margem cirúrgica negativa, onde produto da PR informa achados morfológicos e que norteiam as condutas terapêuticas (WHO, 2004).
	Os achados histopatológicos são aspectos chave para um correto diagnóstico, por isto, após a suspeita de CaP nos pacientes, a biópsia deve ser realizada e os patologistas precisam relatar detalhes clinicamente relevantes, como tipo histológico, escore de Gleason (EG), quantificação tumoral, invasão perineural e local, presença de neoplasia prostática intraepitelial e a suspeição de proliferação atípica de pequenos ácinos (Descazeaud et al., 2005; Iczkowski et al., 1997).
Limitações e vieses	Não aplicável.



Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto indicadores: manual metodológico - linhas de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, [2023]. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhasdecuidado.pdf >. Acesso em: 04 jul. 2025.
	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer TIA for R on. Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. 1st ed. Lyon: World Health Organization, 2004. DESCAZEAUD A, RUBIN MA, ALLORY Y, BURCHARDT M, SALOMON L, CHOPIN D, ET AL. What Information are Urologists Extracting from Prostate Needle Biopsy Reports and What do They Need for Clinical Management of Prostate Cancer? European Urology 2005;48:911-5.
	ICZKOWSKI KA, CHENG L, QIAN J, SHANKS J, GADALEANU V, BOSTWICK DG, ET AL. ASAP is a valid diagnosis. Atypical small acinar proliferation. Hum Pathol 1999;30:1403-4. ICZKOWSKI KA, MACLENNAN GT, BOSTWICK DG. Atypical small acinar proliferation suspicious for malignancy in prostate needle biopsies: clinical significance in 33 cases. Am J Surg Pathol 1997;21:1489-95.
	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa Incidência de Câncer, 2018. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil >. Acesso em: 04 jul. 2025. NGUYEN-NIELSEN M, BORRE M. Diagnostic and Therapeutic Strategies for Prostate Cancer. Semin Nucl Med .2016;46:484-90. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Cancer Observatory 2018. Disponível em: < http://gco.iarc.fr/ >. Acesso em: 04 jul. 2025.

Nome do indicador	2. Percentual de pacientes cujo relatório patológico da prostatectomia com linfadenectomia pélvica inclui o número de linfonodos ressecados
Conceito	Mensuração do percentual de pacientes com câncer de próstata localizado cujo relatório patológico da prostatectomia com linfadenectomia pélvica incluiu o número de linfonodos ressecados.
População-alvo	Pacientes com diagnóstico de câncer de próstata localizado submetidos à prostatectomia com linfadenectomia pélvica.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de relatos patológicos de prostatectomia com linfadenectomia pélvica incluindo o número de linfonodos ressecados} \times 100}{\text{Total de pacientes com câncer de próstata localizado submetidos a prostatectomia com linfadenectomia pélvica}}$
Numerador	Total de pacientes com câncer de próstata localizado cujo relatório patológico da prostatectomia com linfadenectomia pélvica incluiu o número de linfonodos ressecados. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de próstata localizado com relatório patológico da prostatectomia com linfadenectomia pélvica incluindo o número de linfonodos ressecados.
	Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; Pacientes com câncer metastático; Pacientes em medidas de conforto ou cuidados paliativos.
Denominador	Total de pacientes com câncer de próstata localizado submetidos à prostatectomia com linfadenectomia pélvica. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de próstata localizado submetidos à prostatectomia com linfadenectomia pélvica.
	Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; Pacientes com câncer metastático; Pacientes em medidas de conforto ou cuidados paliativos.
Definição dos termos	Prostatectomia radical (PR): é o tratamento cirúrgico do câncer da próstata com intenção curativa, principalmente quando realizada em pacientes com tumores localizados. Também utilizada para pacientes com tumores localmente avançados, no entanto com taxas menores de cura e frequentemente com necessidade de tratamento multimodal (RT e HT).
	Linfadenectomia pélvica: faz parte do tratamento cirúrgico e deverá ser realizada preferencialmente para pacientes de risco médio ou alto. Pacientes com tumores localizados de baixo risco ou tumores de volume mínimo (indolentes) não necessitarão obrigatoriamente de linfadenectomia, quando submetidos a tratamento cirúrgico. Câncer metastático: câncer cujas células se disseminaram para outras regiões do corpo.
Interpretação	O resultado do indicador reflete o percentual de pacientes submetidos à prostatectomia radical que possuíam relatório patológico da prostatectomia com linfadenectomia pélvica incluindo o número de linfonodos ressecados. Quanto maior o percentual, melhor.
Parâmetros	No âmbito do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar), foi adotada a meta para o indicador de 100%, conforme Fichas Técnicas por Linha do Cuidado - Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar (ANS, 2020).



Dados Estatísticos	Em função de suas altas taxas de incidência e mortalidade, o câncer de próstata (CaP) representa hoje um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O CaP é o segundo tipo mais incidente entre homens no mundo e o quinto em taxa de mortalidade (World Health Organization, 2018). No Brasil, estima-se 68.220 casos novos de CaP para cada ano do biênio 2018-2019, correspondendo a um risco de 66,12 casos novos a cada 100 mil habitantes. Em relação a mortalidade, no ano de 2017 ocorreram 15.391 óbitos, sendo a maior parte na região Sul e Nordeste (Instituto Nacional do Câncer- INCA, 2018; Ministério da Saúde, 2017).
	Para pacientes com doença clinicamente localizada uma série de alternativas terapêuticas estão disponíveis atualmente. Estudos indicam que a prostatectomia radical (PR) reduz mortalidade e traz maiores benefícios para aqueles que tem mais do que 10 anos de expectativa de vida, sem limite de idade para tratamento cirúrgico (Bill-Axelsson et al., 2014; Droz et al., 2010). A linfadenectomia pélvica (remoção dos linfonodos na pelve) pode ser utilizada simultaneamente, e geralmente é recomendada para pacientes com intermediário e alto risco quando o risco estimado de linfonodos positivos exceder 5% (Mottet et al., 2017).
	Mesmo após várias décadas de utilização deste procedimento, o papel terapêutico da dissecação estendida do linfonodo pélvico permanece divergente (Briganti et al., 2009). Alguns estudos sugerem que esta prática melhore o estadiamento patológico e também aumente a precisão, detectando mais gânglios linfáticos atingidos pela neoplasia (Burkhard and Studer, 2008; Dhar et al., 2007; Heidenreich et al., 2007).
	Os benefícios e malefícios da remoção de gânglios linfáticos durante a cirurgia para remover a CaP ainda permanecem controversos. Revisão recente da literatura demonstrou que a remoção de linfonodos pode não ter nenhum benefício direto nos desfechos de câncer e pode até mesmo resultar em mais complicações, como tempo de operação prolongado, perda de sangue, maior tempo de internação e complicações pós-operatórias, porém ainda é um procedimento justificado, pois permite uma avaliação precisa da propagação do câncer (Fossati et al., 2017).
Limitações e vieses	Não aplicável.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto indicadores: manual metodológico - linhas de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, 2023. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhasdecuidado.pdf >. Acesso em: 04 de jul. 2025.
	BILL-AXELSON A, HOLMBERG L, GARMO H, RIDER JR, TAARI K, BUSCH C, ET AL. Radical prostatectomy or watchful waiting in early prostate cancer. N Engl J Med, 2014;370:932-42.
	BRIGANTI A, BLUTE ML, EASTHAM JH, GRAEFEN M, HEIDENREICH A, KARNES JR, ET AL. Pelvic lymph node dissection in prostate cancer. Eur Urol ,2009;55:1251-65.
	BURKHARD FC, STUDER UE. The role of lymphadenectomy in high risk prostate cancer. World J Urol ,2008;26:231-6. Disponível em:< https://doi.org/10.1007/s00345-008-0251-6 >. Acesso em: 04 jul. 2025.
	CASTELO D, ARNALDO F, BELMIRO P, NUNES P, ALFREDO M. O papel da linfadenectomia na prostatectomia radical. Acta Urológica ,2010;4:17-27.
	DHAR NB, BURKHARD FC, STUDER UE. Role of lymphadenectomy in clinically organ-confined prostate cancer. World J Urol, 2007;25:39-44.
	DROZ J-P, BALDUCCI L, BOLLA M, EMBERTON M, FITZPATRICK JM, JONIAU S, ET AL. Background for the proposal of SIOG guidelines for the management of prostate cancer in senior adults. Crit Rev Oncol Hematol ,2010;73:68-91.
	FOSSATI N, WILLEMSE P-PM, VAN DEN BROECK T, VAN DEN BERGH RCN, YUAN CY, BRIERS E, ET AL. The Benefits and Harms of Different Extents of Lymph Node Dissection During Radical Prostatectomy for Prostate Cancer: A Systematic Review. Eur Urol 2017;72:84-109.
	HEIDENREICH A, OHLMANN CH, POLYAKOV S. Anatomical extent of pelvic lymphadenectomy in patients undergoing radical prostatectomy. Eur Urol 2007;52:29-37.
	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa Incidência de Câncer, 2018. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil >. Acesso em: 04 jul. 2025.
	MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Departamento de Informática do SUS 2017. Disponível em: < http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937 >. Acesso em : 04 jul. 2025.
	MOTTET N, BELLMUNT J, BOLLA M, BRIERS E, CUMBERBATCH MG, DE SANTIS M, ET AL. EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. Eur Urol 2017;71:618-29.
	SCHUMACHER MC, BURKHARD FC, THALMANN GN, FLEISCHMANN A, STUDER UE. Good outcome for patients with few lymph node metastases after radical retropubic prostatectomy. Eur Urol 2008;54:344-52.
	TOUIJER K, RABBANI F, OTERO JR, SECIN FP, EASTHAM JA, SCARDINO PT, ET AL. Standard versus limited pelvic lymph node dissection for prostate cancer in patients with a predicted probability of nodal metastasis greater than 1%. J Urol 2007;178:120-4.
	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Cancer Observatory, 2018. Disponível em: < http://gco.iarc.fr/ >. Acesso em: 04 jul. 2025.



Nome do indicador	3. Percentual de pacientes com câncer de próstata com registro de estadiamento TNM (pós-operatório) no prontuário
Conceito	Mensuração do percentual de pacientes com câncer de próstata localizado submetidos a prostatectomia com registro em prontuário do estadiamento (TNM) clínico e patológico.
População-alvo	Pacientes com diagnóstico de câncer de próstata localizado submetidos à prostatectomia.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Total de pacientes com câncer de próstata localizado submetidos à prostatectomia com registro em prontuário do estadiamento clínico e patológico do TNM} \times 100}{\text{Total de pacientes com câncer de próstata localizado submetidos à prostatectomia}}$
Numerador	Total de pacientes com câncer de próstata localizado que tiveram o estadiamento clínico e patológico do TNM registrado em prontuário. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de próstata localizado com registro em prontuário do estadiamento (TNM) clínico e patológico.
	Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; Pacientes com câncer metastático; Pacientes em medidas de conforto ou cuidados paliativos.
Denominador	Total de pacientes com câncer de próstata localizado submetidos ao procedimento de prostatectomia. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de próstata localizado submetidos ao procedimento de prostatectomia.
	Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; Pacientes com câncer metastático; Pacientes em medidas de conforto ou cuidados paliativos.
Definição dos termos	Prostatectomia radical (PR): é o tratamento cirúrgico do câncer da próstata com intenção curativa, principalmente quando realizada em pacientes com tumores localizados. Também utilizada para pacientes com tumores localmente avançados, no entanto com taxas menores de cura e frequentemente com necessidade de tratamento multimodal (RT e HT).
	Estadiamento TNM: escore utilizado para descrever características da neoplasia do paciente: "T" para características do tumor primário; "N" para envolvimento linfonodal; "M" para presença de metástases. Câncer metastático: câncer cujas células se disseminaram para outras regiões do corpo.
Interpretação	O resultado do indicador reflete o percentual de pacientes submetidos à prostatectomia radical que possuíam registro em prontuário do estadiamento (TNM) clínico e patológico. Quanto maior o percentual, melhor.
Parâmetros	No âmbito do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar), foi adotada a meta para o indicador de 100%, conforme Fichas Técnicas por Linha do Cuidado - Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar (ANS, 2020).
Dados Estatísticos	O câncer de próstata (CaP) é o segundo tipo de câncer mais frequente em homens no mundo, com cerca de 1,2 milhões de novos casos diagnosticados pelo último levantamento em 2018 (World Health Organization, 2018).
	Quando o paciente é diagnosticado de CaP, ele é estadiado e as comorbidades são avaliadas. Independente da fase em que o câncer é detectado, é necessário descobrir o tamanho do tumor, quais partes do órgão foram afetadas e se o câncer se espalhou. O método utilizado para realizar este processo é chamado de estadiamento, que descreve ou classifica um câncer baseado na extensão do tumor e onde está localizado (Ministério da Saúde, 2019a).
	O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos, e é considerado um idioma comum entre profissionais de saúde oncológicos no mundo todo, permitindo a padronização do entendimento a respeito das características do câncer para tomada de decisões.
	Esse sistema baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N) e a presença ou ausência de metástase a distância (M). Esses parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4; N0 a N3; e de M0 a M1, respectivamente (Ministério da Saúde, 2019b).
	O estágio da doença não reflete apenas a taxa de crescimento e extensão da neoplasia, mas também o tipo de tumor e da relação tumor-hospedeiro. No entanto, a classificação das neoplasias malignas deve levar em consideração também outros fatores, como localização, tipo histopatológico, produção de substâncias e manifestações clínicas do tumor, além do sexo, idade, comportamentos e características biológicas do paciente (Ministério da Saúde, 2019a).



	Inicialmente o estadiamento clínico é realizado através do toque retal, dosagem de PSA e cintilografia óssea. Em situações específicas, pode ser necessário realizar outros exames, como raio-x de tórax e tomografia computadorizada óssea ou de pelve e abdômen para uma melhor avaliação de possíveis metástases. Estes procedimentos mais o uso dos estádios e a avaliação acurada dos fatores prognósticos são importantes ferramentas para que seja fornecido o tratamento ideal para o paciente, reduzindo assim, o risco de desfechos desfavoráveis (Mohler et al., 2019).
Limitações e vieses	Não aplicável.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto indicadores: manual metodológico - linhas de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, 2023. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhasdecuidado.pdf >. Acesso em 04 jul. 2025.
	DAMIÃO R, FIGUEIREDO RT, DORNAS MC, LIMA DS, KOSCHORKE MAB. Câncer de próstata. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto ,2015;14. Disponível em: < https://doi.org/10.12957/rhupe.2015.17931 >. Acesso em: 04 jul. 2025. HAESE A, DWORSCHACK RT, PARTIN AW. Percent free prostate specific antigen in the total prostate specific antigen 2 to 4 ng./ml. range does not substantially increase the number of biopsies needed to detect clinically significant prostate cancer compared to the 4 to 10 ng./ml. range. J Urol 2002;168:504-8.
	MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. 2019a. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abc-do-cancer-abordagens-basicas-para-o-controle-do-cancer >. Acesso em: 04 jul. 2025. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Estadiamento. Instituto Nacional de Câncer- INCA 2019b. Disponível em:< http://www1.inca.gov.br/impressao.asp?op=cv&id=54 >. Acesso em: 04 jul. 2025.
	MOHLER JL, ANTONARAKIS ES, ARMSTRONG AJ, D'AMICO AV, DAVIS BJ, DORFF T, ET AL. Prostate Cancer, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw ,2019;17:479-505. TAN CH, WANG J, KUNDRA V. Diffusion weighted imaging in prostate cancer. Eur Radiol ,2011;21:593-603. https://doi.org/10.1007/s00330-010-1960-y . World Health Organization (WHO). Global Cancer Observatory 2018.Disponível em: < http://gco.iarc.fr/ . Acesso em: 04 jul. 2025.

Nome do indicador	4. Taxa de complicações cirúrgicas agudas em pacientes submetidos a prostatectomia
Conceito	Mensuração do percentual de pacientes com câncer de próstata localizado submetidos a prostatectomia e que apresentaram complicações cirúrgicas agudas durante a internação em relação ao total de pacientes submetidos a prostatectomia nessa instituição no período de interesse.
População-alvo	Pacientes com diagnóstico de câncer de próstata localizado submetidos à prostatectomia.
Fórmula de cálculo	Total de pacientes submetidos a prostatectomia radical que apresentaram complicações cirúrgicas agudas x 100 / Total de pacientes submetidos a prostatectomia radical Estratificar os dados da fórmula em:
	Pacientes submetidos a prostatectomia a campo aberto; Pacientes submetidos a prostatectomia por laparoscopia; Pacientes submetidos a prostatectomia por cirurgia robótica. Obs.: As fórmulas estratificadas se encontram na sequência desta ficha
Numerador	Total de pacientes submetidos a prostatectomia que apresentaram complicações cirúrgicas agudas durante a internação. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de próstata localizado submetidos ao procedimento de prostatectomia por via aberta, laparoscópica ou robótica que apresentaram ao menos uma das seguintes complicações durante a internação hospitalar:
	· óbito por qualquer causa; · complicações cardiovasculares: insuficiência cardíaca descompensada, infarto agudo do miocárdio, choque cardiogênico, angina sintomática e arritmia. · trombose venosa profunda (TVP) e/ou embolia pulmonar (EP);
	· necessitaram de transfusão de hemoderivados de qualquer natureza. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; Pacientes com câncer metastático; Pacientes em medidas de conforto ou cuidados paliativos.
Denominador	Total de pacientes com câncer de próstata localizado submetidos ao procedimento de prostatectomia. Critérios de inclusão: Pacientes submetidos a prostatectomia.



	Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; Pacientes com câncer metastático; Pacientes em medidas de conforto ou cuidados paliativos.
Definição dos termos	Prostatectomia radical (PR): é o tratamento cirúrgico do câncer da próstata com intenção curativa, principalmente quando realizada em pacientes com tumores localizados. Também utilizada para pacientes com tumores localmente avançados, no entanto com taxas menores de cura e frequentemente com necessidade de tratamento multimodal (RT e HT). Câncer metastático: câncer cujas células se disseminaram para outras regiões do corpo. Óbito: refere-se ao processo irreversível de cessamento das atividades biológicas.
Interpretação	O resultado do indicador reflete o percentual de pacientes submetidos à prostatectomia que apresentaram complicações cirúrgicas agudas. Quanto menor o percentual, melhor.
Parâmetros	No âmbito do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar), foi adotada a meta para o indicador de £ 16% (Laparoscopia e cirurgia robótica) e £ 17% (Campo aberto), conforme Fichas Técnicas por Linha do Cuidado - Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar (ANS, 2020).
Estratificação	Idade, escore de Gleason, classificação ASA, estadiamento TNM e nível de PSA.
Observações	São consideradas complicações cirúrgicas agudas todas aquelas que ocorreram após o procedimento cirúrgico e durante a mesma internação.
Dados Estatísticos	O CA de próstata (CaP) está entre as neoplasias mais incidentes, foram 1,2 milhões de casos novos diagnosticados no mundo todo pelo último levantamento em 2018 (World Health Organization, 2018). Nos homens está entre o segundo mais frequente (15,0%), e no Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou para biênio 2018-2019, 68.220 casos de CaP, com incidência de 66,12 casos novos por 100 mil habitantes (Instituto Nacional do Câncer- INCA, 2018).
	Ao contrário da incidência, a taxa de mortalidade devido ao CaP diminuiu na maior parte das localizações. Os principais motivos para esta queda foram a detecção precoce e a melhoria dos tratamentos (Nguyen-Nielsen and Borre, 2016). Esta melhora na detecção e rastreamento da doença, se deve muito pela descoberta e utilização da dosagem do antígeno prostático específico (PSA) (Rao et al., 2008), fazendo com que uma maior proporção de pacientes seja diagnosticada em fase inicial (Amling et al, 1998). Ao mesmo tempo, avanços no diagnóstico de imagem, cirurgia, radiação e quimioterapia tem aumentado a efetividade no diagnóstico, tratamento e manejo do CaP.
	A prostatectomia radical (PR) é uma modalidade terapêutica bem estabelecida para o tratamento do câncer de próstata localizado. Este procedimento passou por aperfeiçoamentos técnicos no decorrer dos anos, contribuindo para redução no número de complicações cirúrgicas e fazendo com que os cirurgiões optem por estas cirurgias minimamente invasivas (Smith, 2002).
	Existem diferentes técnicas cirúrgicas para realizar a PR, incluindo prostatectomia retropúbica radical, prostatectomia perineal, PR laparoscópica minimamente invasiva e prostatectomia laparoscópica assistida por robô. A Laparoscopia "convencional" é uma abordagem minimamente invasiva na qual a operação é realizada através de incisões no buraco da fechadura no abdômen, onde uma câmera de vídeo é inserida para ajudar o cirurgião a visualizar a próstata (Health Quality Ontario, 2017).
	A PR por via laparoscópica foi introduzida nos anos de 1990 (Schuessler et al, 1997), e apesar de ser considerada uma técnica difícil de ser executada, ela apresenta vantagens quando compara a cirurgia aberta, incluindo menor permanência hospitalar, com menor perda sanguínea, menos dor pós- operatória e retorno precoce às atividades habituais e ao trabalho (Anastasiadis et al., 2003; Fabrizio et al., 2003; Guillonneau et al., 2003; Rassweiler et al., 2003).
	A PR fornece excelente controle do câncer, no entanto, como qualquer cirurgia urológica, pode acarretar diversas complicações, como sangramentos com ou sem necessidade de transfusão (Dilliogluligil et al., 1997; Menon et al., 2004), eventos mais graves, como Trombose Venosa Profunda (TVP) e Embolia Pulmonar (EP) (Gonzalzo et al., 2005), e complicações pós-operatórias como disfunção erétil e incontinência urinária (Hu et al., 2009).
	A avaliação das complicações cirúrgicas é um importante indicador de qualidade dos tratamentos operatórios (Ivanovic et al., 2014). Portanto, a redução destas complicações impacta diretamente na qualidade de vida e bem-estar dos pacientes, além dos custos e internações hospitalares (Dindo et al., 2004a). Embora inúmeros pesquisadores tenham relatado complicações após a PR, a maioria deles não possuía sistemas padronizados para reportá-los, essenciais para o gerenciamento da qualidade, bem como para comparação entre abordagens ou instituições (Donat, 2007; Martin et al., 2002).
	Em 1992, Clavie, et al. Introduziu um sistema de classificação baseado na gravidade das complicações cirúrgicas, com quatro níveis de gravidade (Clavien et al., 1992). A versão original foi revisada em 2004 por Dindo et al, tendo como base os mesmos princípios da terapêutica aplicada, modificando-se para cinco níveis de gravidade, e alcançando a aceitação internacional por relatar complicações cirúrgicas pós-operatórias (Dindo et al, 2004b). Desde então, é referida como Classificação de Clavien-Dindo (CCD) para o relato de complicações cirúrgicas.



	A partir da validação desta classificação, os estudos em geral passaram a utilizá-la a fim de obter uma medida padronizada para mensurar o grau de complicações, sendo utilizada também para comparar a frequências destas em diferentes abordagens de PR (Brown et al., 2004; Gonzalgo et al., 2005; Guillonneau et al., 2003; Leow et al., 2016; Yaxley et al., 2016). A implementação deste sistema na prática pode levar a um aumento nas taxas de complicações, mas continua sendo uma ferramenta essencial para o gerenciamento da qualidade e comparação entre abordagens e instituições.
Limitações e vieses	Não aplicável.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto indicadores: manual metodológico - linhas de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhasdecuidado.pdf>. Acesso em 04 jul. 2025.
	AMLING CL, BLUTE ML, LERNER SE, BERGSTALH EJ, BOSTWICK DG, ZINCKE H. Influence of prostate-specific antigen testing on the spectrum of patients with prostate cancer undergoing radical prostatectomy at a large referral practice. Mayo Clin Proc ,1998;73:401-6.
	ANASTASIADIS AG, SALOMON L, KATZ R, HOZNEK A, CHOPIN D, ABBOU C-C. Radical retropubic versus laparoscopic prostatectomy: a prospective comparison of functional outcome. Urology ,2003;62:292-7. BROWN JA, GARLITZ C, GOMELLA LG, MCGINNIS DE, DIAMOND SM, STRUP SE. Perioperative morbidity of laparoscopic radical prostatectomy compared with open radical retropubic prostatectomy. Urol Oncol ,2004;22:102-6.
	CLAVIEN PA, SANABRIA JR, STRASBERG SM. Proposed classification of complications of surgery with examples of utility in cholecystectomy. Surgery, 1992;111:518- 26. DILLIOGLUGIL O, LEIBMAN BD, LEIBMAN NS, KATTAN MW, ROSAS AL, SCARDINO PT. Risk factors for complications and morbidity after radical retropubic prostatectomy. J Urol ,1997;157:1760-7.
	DINDO D, DEMARTINES N, CLAVIEN P-A. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann Surg ,2004a;240:205-13. DONAT SM. Standards for surgical complication reporting in urologic oncology: time for a change. Urology, 2007;69:221-5. FABRIZIO MD, TUERK I, SCHELLHAMMER PF. Laparoscopic radical prostatectomy: decreasing the learning curve using a mentor-initiated approach. J Urol, 2003;169:2063-5.
	GONZALGO ML, PAVLOVICH CP, TROCK BJ, LINK RE, SULLIVAN W, SU L-M. Classification and trends of perioperative morbidities following laparoscopic radical prostatectomy. J Urol ,2005;174:135-9; discussion 139. GUILLONNEAU B, EL-FETTOUH H, BAUMERT H, CATHELINEAU X, DOUBLET JD, FROMONT G, ET AL. Laparoscopic radical prostatectomy: oncological evaluation after 1,000 cases a Montsouris Institute. J Urol ,2003;169:1261-6.
	HEALTH QUALITY ONTARIO (HQO). Robotic Surgical System for Radical Prostatectomy: A Health Technology Assessment. Ont Health Technol Assess Ser 2017;17:1-172. HU JC, GU X, LIPSITZ SR, BARRY MJ, D'AMICO AV, WEINBERG AC, ET AL. Comparative effectiveness of minimally invasive vs open radical prostatectomy. JAMA 2009;302:1557-64.
	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa Incidência de Câncer, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 04 jul. 2025. IVANOVIC J, SEELY AJE, ANSTEE C, VILLENEUVE PJ, GILBERT S, MAZIAK DE, ET AL. Measuring surgical quality: comparison of postoperative adverse events with the american college of surgeons NSQIP and the Thoracic Morbidity and Mortality classification system. J Am Coll Surg 2014;218:1024-31.
	MARTIN RCG, BRENNAN MF, JAUQUES DP. Quality of complication reporting in the surgical literature. Ann Surg 2002;235:803-13. MENON M, TEWARI A, PEABODY JO, SHRIVASTAVA A, KAUL S, BHANDARI A, ET AL. Vattikuti Institute prostatectomy, a technique of robotic radical prostatectomy for management of localized carcinoma of the prostate: experience of over 1100 cases. Urol Clin North Am 2004;31:701-17. NGUYEN-NIELSEN M, BORRE M. Diagnostic and Therapeutic Strategies for Prostate Cancer. Semin Nucl Med 2016;46:484-90.
	RAO AR, MOTIWALA HG, KARIM OMA. The discovery of prostate-specific antigen. BJU Int 2008;101:5-10. RASSWEILER J, SEEMANN O, SCHULZE M, TEBER D, HATZINGER M, FREDE T. Laparoscopic versus open radical prostatectomy: a comparative study at a single institution. J Urol 2003;169:1689-93. SCHUESSLER WW, SCHULAM PG, CLAYMAN RV, KAVOUSSI LR. Laparoscopic radical prostatectomy: initial short-term experience. Urology 1997;50:854-7.



	SMITH JA. Outcome after radical prostatectomy depends on surgical technique but not approach. Curr Urol Rep 2002;3:179-81. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Cancer Observatory 2018. Disponível em: < http://gco.iarc.fr/>. Acesso em: 04 jul. 2025. YAXLEY JW, COUGHLIN GD, CHAMBERS SK, OCCHIPINTI S, SAMARATUNGA H, ZAJDLEWICZ L, ET AL. Robot-assisted laparoscopic prostatectomy versus open radical retropubic prostatectomy: early outcomes from a randomised controlled phase 3 study. Lancet 2016;388:1057-66.

Fórmulas dos cálculos que deverão ser considerados para as estratificações do indicador taxa de complicações cirúrgicas agudas:

Campo aberto	Total de pacientes submetidos a prostatectomia a campo aberto que apresentaram complicações cirúrgicas agudas x 100 / Total de pacientes submetidos a prostatectomia a campo aberto
Laparoscopia	Total de pacientes submetidos a prostatectomia por laparoscopia que apresentaram complicações cirúrgicas agudas x 100 / Total de pacientes submetidos a prostatectomia por laparoscopia
Robótica	Total de pacientes submetidos a prostatectomia por cirurgia robótica que apresentaram complicações cirúrgicas agudas x 100 / Total de pacientes submetidos a prostatectomia por cirurgia robótica

Nome do indicador	5. Tempo de permanência hospitalar em pacientes que foram submetidos a prostatectomia
Conceito	Mensuração do tempo médio, em dias, de permanência dos pacientes com diagnóstico de câncer de próstata localizado submetidos a prostatectomia radical na instituição em determinado período de tempo.
População-alvo	Pacientes com diagnóstico de câncer de próstata localizado submetidos à prostatectomia.
Fórmula de cálculo	Total de tempo entre a entrada dos pacientes e a saída da instituição / Total de saídas de pacientes submetidos a prostatectomia radical
Numerador	Total de tempo entre a entrada e a saída dos pacientes submetidos a prostatectomia radical.
Denominador	Total de saídas de pacientes submetidos a prostatectomia radical.
Critérios de inclusão	Saídas de pacientes hospitalizados com diagnóstico de câncer de próstata localizado e submetidos a prostatectomia.
Critérios de exclusão	Pacientes menores de 18 anos; Pacientes com câncer de próstata metastático; Pacientes que evadiram ou deixaram a instituição sem autorização médica;
	Pacientes que foram transferidos para outra instituição; Pacientes em medidas de conforto ou cuidados paliativos; Pacientes com tempo de permanência hospitalar superior a 90 dias (>90).
Definição dos termos	Prostatectomia radical (PR): é o tratamento cirúrgico do câncer da próstata com intenção curativa, principalmente quando realizada em pacientes com tumores localizados. Também utilizada para pacientes com tumores localmente avançados, no entanto com taxas menores de cura e frequentemente com necessidade de tratamento multimodal (RT e HT).
	Câncer metastático: câncer cujas células se disseminaram para outras regiões do corpo. Entrada do paciente: considerar o primeiro registro que a instituição possui da chegada do paciente, seja ele no cadastro ou na triagem. Preferencialmente, utilizar o tempo da retirada da senha.
	Saídas: considera-se saída da instituição aquelas que se dão por alta (cura, melhora, estado inalterado, evasão, desistência do tratamento, transferência externa) ou por óbito. Alta médica: ato médico que determina finalização da assistência que vinha sendo prestada ao paciente, neste caso, representa a finalização da internação hospitalar.
	Evasão: saída do paciente da instituição sem autorização médica ou comunicação de saída. Desistência do tratamento: caracterizada por saída do paciente sem autorização médica, porém com comunicação à unidade de internação por parte do paciente ou do responsável legal, indicando desejo de finalizar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada. Transferência externa: caracterizada quando o paciente modifica seu local de internação de um hospital para outro. Óbito: refere-se ao processo irreversível de cessamento das atividades biológicas.
Interpretação	Média: tempo médio que os pacientes submetidos à prostatectomia radical permaneceram internados na instituição. Quanto menor a média, melhor. Mediana: ponto de corte que indica o tempo de permanência em que metade da amostra estava acima e metade abaixo. Quanto menor a mediana, melhor.



Parâmetros	No âmbito do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar (PM-QUALISS Hospitalar), foi adotada a meta para o indicador de resultado ≤ 5 dias, conforme Fichas Técnicas por Linha do Cuidado - Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar (ANS, 2020).
Estratificação	Sexo, idade, escore de Gleason, classificação ASA, estadiamento TNM e nível de PSA.
Dados Estatísticos	O câncer de próstata (CaP) é o segundo tipo mais incidente entre homens no mundo e o quinto em taxa de mortalidade (World Health Organization, 2018). No Brasil, estima-se 68.220 casos novos de CaP para cada ano do biênio 2018- 2019, correspondendo a um risco de 66,12 casos novos a cada 100 mil habitantes (Instituto Nacional do Câncer- INCA, 2018).
	Para pacientes com a doença clinicamente localizada, uma série de alternativas terapêuticas atualmente estão disponíveis. Neste sentido, a prostatectomia radical (PR) é um procedimento comumente utilizado para o tratamento e cura da doença, que consiste na remoção cirúrgica da próstata, das vesículas seminais e do tecido circundante suficiente para garantir uma margem cirúrgica negativa (Cancer, 2004). É um método que é considerado o "padrão ouro", principalmente naqueles pacientes com expectativa de vida superior a 10 anos (Bill-Axelson et al., 2014).
	A primeira PR foi realizada por Young em 1905, e inicialmente foi associada com morbidade peri e pós-operatória, incluindo perda de sangue excessiva, incontinência urinária e disfunção erétil (Young, 1905). Foi somente no início da década de 1980 que foram realizados estudos aprofundados no detalhamento da anatomia periprostática, permitindo o desenvolvimento desta abordagem, com preservação dos feixes neurovasculares e menor sangramento operatório (Walsh et al., 1983).
	O tempo de permanência hospitalar é um importante indicador de qualidade no atendimento para os pacientes submetidos a PR, sendo considerado uma métrica válida e viável para qualidade dos desfechos (Spencer Benjamin A. et al, 2005). Longas internações estão associadas com maiores complicações e elevação nos custos para os hospitais (Huang et al., 2014).
	Embora muitos pacientes possam receber alta no primeiro dia de pós- operatório, outros requerem uma estadia mais longa (Liu et al., 2013; Novara et al., 2012). Em 1985, o tempo de internação médio relatado para pacientes submetidos a PR girava em torno de duas semanas, com média de 15 dias para abordagem perineal e 19 dias para abordagem retropúbica (Fowler, 1985).
	Mais recentemente, um estudo investigou fatores preditores de tempo de internação em 9.096 homens na Irlanda, diagnosticados entre 2002 e 2008 e com menos de 70 anos, demonstrando que destes, 26,5% realizaram PR, e a mediana de permanência hospitalar apresentada foi de 8 dias para este período (Kelly et al., 2013). Já no Brasil, um estudo realizado em Porto Alegre, analisou dados históricos de 730 homens que realizaram PR por via laparoscópica entre 1997 e 2007, identificando um tempo médio de internação em torno de 4,3 dias (Mariano et al., 2009).
	Enfim, a evolução nas técnicas cirúrgicas de PR, idade, indivíduos não brancos, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), tempo de operação e presença de complicações podem predizer aumento e variação no tempo de permanência hospitalar nos pacientes submetidos a PR entre as diferentes populações (Kelly et al., 2013; Mariano et al., 2009; Monn et al., 2014), assim como outras características político/geográficas, como diferenças no sistema de saúde, plano de saúde, políticas de admissão/alta e fatores socioculturais (Cathcart et al., 2011; Huang et al., 2018; Potretzke et al., 2016; Wallner et al., 2008).
Limitações e vieses	Não aplicável.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto indicadores: manual metodológico - linhas de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, [2023]. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhasdecuidado.pdf >. Acesso em 04 jul. 2025.
	BILL-AXELSON A, HOLMBERG L, GARMO H, RIDER JR, TAARI K, BUSCH C, ET AL. Radical prostatectomy or watchful waiting in early prostate cancer. N Engl J Med 2014;370:932-42. CATHCART P, MURPHY DG, MOON D, COSTELLO AJ, FRYDENBERG M. Perioperative, functional and oncological outcomes after open and minimally invasive prostate cancer surgery: experience from Australasia. BJU Int 2011;107 Suppl 3:11-9.
	FOWLER JE. Radical prostatectomy for stage A2 and B prostatic carcinoma. Operative experience. Urology 1985;26:1-3. HUANG K-H, KAPLAN AL, CARTER SC, LIPSITZ SR, HU JC. The impact of radical prostatectomy operative time on outcomes and costs. Urology 2014;83:1265-71. HUANG Q, JIANG P, FENG L, XIE L, WANG S, XIA D, ET AL. Pre- and intra-operative predictors of postoperative hospital length of stay in patients undergoing radical prostatectomy for prostate cancer in China: a retrospective observational study. BMC Urol 2018;18:43.



	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa Incidência de Câncer, 2018. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 04 jul. 2025. KELLY M, SHARP L, DWANE F, KELLEHER T, DRUMMOND FJ, COMBER H. Factors predicting hospital length-of-stay after radical prostatectomy: a population-based study. BMC Health Serv Res. 2013;13:244.
	LIU J-J, MAXWELL BG, PANOUSIS P, CHUNG BI. Perioperative Outcomes for Laparoscopic and Robotic Compared With Open Prostatectomy Using the National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) Database. Urology 2013;82:579-83. MARIANO MB, TEFILLI MV, FONSECA GN, GOLDRACH IH. Laparoscopic radical prostatectomy: 10 years experience. Int Braz J Urol 2009;35:565-71; discussion 571-572.
	MONN MF, JAIN R, KAIMAKLIOTIS HZ, FLACK CK, KOCH MO, BORIS RS. Examining the relationship between operative time and hospitalization time in minimally invasive and open urologic procedures. J Endourol 2014;28:1132-7. NOVARA G, FICARRA V, ROSEN RC, ARTIBANI W, COSTELLO A, EASTHAM JA, ET AL. Systematic Review and Meta-analysis of Perioperative Outcomes and Complications After Robot-assisted Radical Prostatectomy. European Urology 2012;62:431-52.
	POTRETZKE AM, KIM EH, KNIGHT BA, ANDERSON BG, PARK AM, Sherburne Figenshau R, et al. Patient comorbidity predicts hospital length of stay after robot- assisted prostatectomy. J Robot Surg 2016;10:151-6. SPENCER BENJAMIN A., MCGLYNN ELIZABETH, STEINBERG MICHAEL, ADAMS JOHN, SETODJI CLAUDE M., LITWIN MARK S. 186: Quality-of-care Indicators for Early-Stage Prostate Cancer. Journal of Urology 2005;173:51-51.
	WALLNER LP, DUNN RL, SARMA AV, CAMPBELL DA, WEI JT. Risk factors for prolonged length of stay after urologic surgery: the National Surgical Quality Improvement Program. J Am Coll Surg 2008;207:904-13. WALSH PC, LEPOR H, EGGLESTON JC. Radical prostatectomy with preservation of sexual function: anatomical and pathological considerations. Prostate 1983;4:473-85.
	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer TIA for R on. Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. 1st ed. Lyon: World Health Organization; 2004. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Cancer Observatory 2018. Disponível em: < http://gco.iarc.fr/>. Acesso em: 03 jul. 2025. YOUNG HH. The early diagnosis and radical cure of carcinoma of the prostate: being a study of 40 cases and presentation of a radical operation which was carried out in four cases. Johns Hopkins Hosp Bull 1905:315-21



CÂNCER DE PULMÃO

Nome do indicador	1. Percentual de beneficiários com registro do estadiamento de câncer de pulmão antes da cirurgia de ressecção
Conceito	Percentual de beneficiários com o registro do estadiamento de câncer de pulmão em prontuário anteriormente à realização da cirurgia de ressecção pulmonar.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de beneficiários com registro do estadiamento de câncer de pulmão antes da cirurgia de ressecção}}{\text{Total de beneficiários submetidos à ressecção pulmonar}} \times 100$
Numerador	Número de beneficiários com o registro do estadiamento de câncer de pulmão em prontuário anteriormente à realização da cirurgia de ressecção pulmonar. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Denominador	Quantidade total de beneficiários submetidos à ressecção pulmonar. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	Ressecção pulmonar: procedimento cirúrgico para remoção de tecido pulmonar.
Interpretação	O estadiamento é uma etapa essencial no manejo do câncer de pulmão. Consiste na avaliação da extensão da doença, verificando a localização do tumor primário, possível disseminação para linfonodos e órgãos distantes, e o comprometimento funcional de sistemas vitais. Esta avaliação é determinante para definir o melhor tipo de tratamento e estabelecer o prognóstico do paciente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2024).
	O sistema mais utilizado para o estadiamento é o TNM (Tumor, Node, Metastasis), da União Internacional Contra o Câncer (UICC), que classifica o tumor com base em (BRIERLEY; GOSPODAROWICZ; WITTEKIND, 2016; BRASIL, 2024): · T (Tumor) - tamanho e extensão do tumor primário no pulmão;

	· N (Node) - envolvimento de linfonodos regionais; · M (Metastasis) - presença de metástases à distância. Uma vez confirmado o diagnóstico de câncer de pulmão, o estadiamento deve ser realizado de forma criteriosa antes do início do tratamento. Os exames devem ser individualmente indicados pelo médico assistente, com base em protocolos clínicos fundamentados em evidências científicas atualizadas e previamente pactuados com a operadora.
	Exames recomendados para estadiamento do câncer de pulmão: A seleção dos exames deve considerar o quadro clínico, suspeita de disseminação e objetivos terapêuticos. Dentre os exames utilizados para estadiamento, destacam-se (INCA, 2024): · Tomografia computadorizada (TC) de tórax;
	· TC de abdome superior; · Ressonância magnética (RM) de crânio; · PET-CT; · Cintilografia óssea; · Mediastinoscopia;
	· Ecobroncoscopia, entre outros métodos invasivos e não invasivos complementares. Após a realização dos exames de imagem e procedimentos complementares para estadiamento, é indispensável uma nova avaliação clínica, conduzida pelo médico assistente, para interpretar os resultados e definir com precisão se a doença se encontra restrita ao pulmão ou disseminada para linfonodos regionais ou órgãos à distância. Essa avaliação é crucial para a estratificação correta do caso e a formulação do Plano de Cuidado Individualizado.
	A construção do plano de cuidado deve ocorrer em discussão com equipe multiprofissional, considerando as melhores práticas clínicas e as possibilidades de abordagem, como: · cirurgia oncológica (em casos de doença localizada e operável); · radioterapia (isolada ou em combinação com outros métodos); · tratamento sistêmico, como quimioterapia, imunoterapia ou terapia-alvo, conforme o perfil molecular e clínico do tumor.
	As decisões clínicas relacionadas ao estadiamento e à escolha terapêutica devem ser individualizadas, levando em conta o estado clínico do paciente, os fatores prognósticos, a resposta esperada ao tratamento e as preferências do paciente. Essas decisões devem ser de responsabilidade do médico assistente e estar fundamentadas em diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos atualizados, pactuados com a operadora de planos de saúde e baseados em evidências científicas robustas. O registro completo do estadiamento deve constar obrigatoriamente no prontuário do paciente.
Parâmetros	É desejável que todos os beneficiários tenham o registro do estadiamento de câncer de pulmão em prontuário antes da cirurgia de ressecção.
Limitações e vieses	Não aplicável. O registro completo do estadiamento deve constar no prontuário do paciente.
Bibliografia	MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Câncer de Pulmão. Brasília: MS, 2024. BRIERLEY, J.; GOSPODAROWICZ, M.; WITTEKIND, C. TNM Classification of Malignant Tumours. 8. ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2016. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). <i>Estadiamento do Câncer de Pulmão</i>. Rio de Janeiro: INCA, 2024. Disponível em: https://www.inca.gov.br. Acesso em: 30 maio 2025.



Nome do indicador	2. Percentual de pacientes submetidos à cirurgia de ressecção pulmonar com laudo anatomopatológico completo e padronizado
Conceito	Percentual de pacientes com câncer de pulmão submetidos à cirurgia (ressecção pulmonar) com laudo anatomopatológico completo e padronizado.
População-alvo	Pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer de pulmão, quando a cirurgia for o primeiro tratamento.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Total de pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer de pulmão com laudo anatomopatológico completo} \times 100}{\text{Total de pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer de pulmão}}$
Numerador	Total de pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer de pulmão com laudo anatomopatológico completo e padronizado. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de pulmão submetidos à cirurgia, cujo laudo anatomopatológico está completo.
	Para serem considerados completos, os laudos anatomopatológicos requerem, além da natureza maligna, o tipo do tumor, o grau histológico, a invasão vascular, o índice proliferativo e outras variáveis, como a intensidade e tipo do infiltrado inflamatório (ANS, 2016). Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.

Denominador	Total de pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer de pulmão. Critérios de inclusão: Pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer de pulmão. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	Laudo anatomopatológico: exame baseado em análise interpretativa e subjetiva do profissional médico patologista, sendo, assim, ato médico que requer informes clínicos, laboratoriais, estudos de imagem para interpretação adequada, principalmente com a evolução dos métodos de investigação que propiciam ao patologista amostras cada vez menores, com aspectos macroscópicos irrelevantes. Os patologistas devem reunir todas as informações do caso para elaborar um diagnóstico objetivo contendo todas as informações necessárias à elaboração do plano terapêutico.
	Desse modo, aproximar dos patologistas todos os profissionais médicos envolvidos com as etapas pregressas à elaboração do laudo anatomopatológico é uma condição necessária para a qualidade do cuidado ao paciente. Podem ser incluídos nesta lista desde o médico que possui a história clínica do indivíduo e suas hipóteses, o radiologista, o endoscopista, o cirurgião ou outros que atuem com os aspectos topográficos e macroscópicos das lesões suspeitas.
Interpretação	Refere-se ao percentual de pacientes com laudo anatomopatológico incluindo todas as informações de análise necessárias. As amostras para estudo anatomopatológico podem ser obtidas por diferentes vias, como a biópsia pulmonar guiada por exame de imagem, broncoscopia flexível ou a partir da realização de cirurgia (BRASIL, 2024). O presente indicador se refere ao estudo anatomopatológico de tecido do material cirúrgico obtido a partir da realização da cirurgia (peça cirúrgica).
	O laudo anatomopatológico consiste em análise interpretativa e subjetiva do profissional médico patologista, sendo assim, procedimento que requer informes clínicos, laboratoriais, estudos de imagem para interpretação adequada (ANS, 2016). O avanço no entendimento das neoplasias tem aumentado a complexidade das classificações das doenças na tentativa de oferecer informações mais detalhadas sobre o prognóstico e sobre as modalidades terapêuticas mais eficazes em cada caso. Com isso, aumenta o volume e o detalhamento de informações que devem constar nos laudos anatomopatológicos.
	Preparar os laudos de neoplasias baseados em padrões estabelecidos por Sociedades Médicas, que são rotineiramente atualizados quanto às variáveis de relevância para o tratamento, garante que o patologista informe em seus laudos todo o conteúdo necessário. Além disso, quanto maior a uniformidade de informações em relação às neoplasias, melhor o entendimento do seu comportamento, tornando o cuidado do paciente mais efetivo dentro da rede (ANS, 2016).
	Desse modo, aproximar os patologistas de todos os profissionais envolvidos com as etapas pregressas à elaboração do laudo anatomopatológico é uma condição necessária para garantir a qualidade do laudo e para a definição do plano de cuidado do paciente. A integração do oncologista clínico, do radiologista, do cirurgião, dentre outros, é fundamental. Assim, os profissionais envolvidos na etapa do diagnóstico devem ser capazes de trabalhar de maneira integrada de forma a beneficiar ao paciente, propiciando a construção de um laudo anatomopatológico completo e padronizado, que auxilie na definição dos próximos passos do tratamento (ANS, 2016).
	Seguem pontos importantes para elaboração do laudo anatomopatológico completo e padronizado (ANS, 2016): · Comunicação aberta entre os profissionais de saúde - troca de informações rápida e eficiente sobre os pacientes e seus exames. · Dados clínicos completos são fundamentais para a correlação com os dados morfológicos observados pelo patologista no desenvolvimento do raciocínio diagnóstico.
	· Dados morfológicos completos devem fazer parte do laudo, incluindo dados prognósticos de forma clara - laudo sinóptico. · Dados de exames por outros métodos devem ser definidos pelo médico patologista baseados em correlação com dados morfológicos e clínicos. · Todos os aspectos diagnósticos, sempre que possível, devem ser correlacionados em um único laudo ou documento para melhor visualização das informações médicas.
Parâmetros	É desejável que todos os pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer de pulmão tenham laudo anatomopatológico completo e padronizado.
Limitações e vieses	A falta de integração do sistema de prontuários hospitalar com o laboratório de patologia pode prejudicar o registro adequado deste indicador.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Projeto indicadores: manual metodológico - linhas de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, [2023]. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhasedecuidado.pdf. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Atlas On-line de Mortalidade, 2020. Disponível em: < https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em: 04 jul. 2025.



	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em 15 jun. 2022. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de Pulmão. Disponível em:< https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pulmao>. Acesso em: 11 nov. de 2024.
	NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). Evidence-Based Cancer Guidelines, Oncology Drug Compendium, Oncology Continuing Medical Education 2017. Disponível em:<https://www.nccn.org/>. Acesso em: 04 jul. 2025. NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). Dictionary of Cancer Terms. 2011. Disponível em:< https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>. Acesso em 04 jul. 2025.

Nome do indicador	3. Sobrevida global de beneficiários com câncer de pulmão em 1 ano estratificada por estadiamento ao diagnóstico
Conceito	Percentual de beneficiários vivos após 1 ano do diagnóstico do câncer de pulmão.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de beneficiários vivos após 1 ano do diagnóstico de câncer de pulmão} \times 100}{\text{Total de beneficiários com câncer de pulmão}}$
Numerador	Número de beneficiários vivos após 1 ano do diagnóstico de câncer de pulmão Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Denominador	Total de beneficiários com câncer de pulmão Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	Sobrevida: pessoas vivas no universo de pacientes com diagnóstico após um determinado período.
Interpretação	Estatísticas de sobrevida são os dados mais utilizados para estimar o prognóstico do paciente e a probabilidade de evolução da doença. A sobrevida é uma medida que reflete o número de pessoas vivas com câncer no universo de pacientes com diagnóstico de câncer, após um determinado período de tempo, que tem como marco zero a data do diagnóstico. Significando, portanto, a probabilidade de uma pessoa com câncer estar viva em um período de tempo.
	O desfecho de sobrevida global como indicador de monitoramento está alicerçado no seguinte ponto: Para os pacientes com câncer, uma das principais medida de interesse é a sobrevida. Diversos fatores podem interferir na probabilidade de sobrevida do câncer. Um dos principais é a demora para a confirmação do diagnóstico. O acesso a cuidados médicos em tempo oportuno também pode influenciar a sobrevida de diferentes tipos de câncer em diferentes populações.
Parâmetros	O parâmetro para o indicador "Sobrevida global de beneficiários com câncer de pulmão em 1 ano estratificada por estadiamento ao diagnóstico" varia conforme o estadiamento (estágio) da doença no momento do diagnóstico. Os parâmetros são estabelecidos com base em dados epidemiológicos e podem ser encontrados em diretrizes de instituições de referência.
Limitações e vieses	A medida de sobrevida está sujeita a alguns vieses. Por exemplo, sobrevida longa pode refletir óbitos tardios, mas também pode ser resultado de diagnóstico precoce do câncer ou <i>overdiagnosis</i> (excesso de diagnóstico), isto é, detectar casos de câncer que progridem tão lentamente que a pessoa morre de outras causas. A sobrevida global utiliza todas as causas de morte como desfecho, o que a torna a medida mais confiável e disponível de sobrevida. Entretanto, não é específica para óbitos por câncer, pois o paciente pode falecer por outras causas intercorrentes.
Bibliografia	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Fichas técnicas dos indicadores de monitoramento do projeto ONCOREDE. 2016. ASTEG/DIRAD/DIDES/ANS Versão 02/05/2017.
	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto Oncorede [recurso eletrônico]: a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar / Martha Oliveira ... [et al.] . - Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf/@download/file/final_publicacao_oncorede3.pdf >. Acesso em: 11 nov. 2024.
	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de Pulmão. Disponível em:<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pulmao>. Acesso em: 23 set. de 2024. MARIOTTO AB, ANNE-MICHELLE NOONE AM, HOWLADER N ET AL. Cancer Survival: An Overview of Measures, Uses, and Interpretation. J Natl Cancer Inst Monogr 2014;49:145-186. DOI:10.1093/jncimonographs/lgu024
	CHO H, MARIOTTO AB, SCHWARTZ LM, ET AL. When do changes in cancer survival mean progress? The insight from population incidence and mortality. J Natl Cancer Inst Monogr. 2014;49:187-197. SAAD ED, BUYSE M. Overall Survival: Patient Outcome, Therapeutic Objective, Clinical Trial End Point, or Public Health Measure? Journal of Clinical Oncology 2012;30(15):1750-4



CÂNCER DE CÓLON E RETO

Nome do indicador	1. Percentual de pacientes submetidos à cirurgia de câncer colorretal com laudo anatomopatológico completo e padronizado
Conceito	Percentual de pacientes com câncer colorretal submetidos à cirurgia com laudo anatomopatológico completo e padronizado.
População-alvo	Pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer colorretal, quando a cirurgia for o primeiro tratamento.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Total de pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer colorretal com laudo anatomopatológico completo} \times 100}{\text{Total de pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer colorretal}}$
Numerador	Total de pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer colorretal com laudo anatomopatológico completo e padronizado. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer colorretal submetidas à cirurgia cujo laudo anatomopatológico está completo.
	Para serem considerados completos, os laudos anatomopatológicos devem conter, além da natureza maligna, o tipo do tumor, o grau histológico, a invasão vascular, o índice proliferativo e outras variáveis, como a intensidade e tipo do infiltrado inflamatório (ANS, 2016). Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Denominador	Total de pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer colorretal. Critérios de inclusão: Pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer colorretal. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	Laudo anatomopatológico: exame baseado em análise interpretativa e subjetiva do profissional médico patologista, sendo, assim, ato médico que requer informes clínicos, laboratoriais, estudos de imagem para interpretação adequada, principalmente com a evolução dos métodos de investigação que propiciam ao patologista amostras cada vez menores, com aspectos macroscópicos irrelevantes. Os patologistas devem reunir todas as informações do caso para elaborar um diagnóstico objetivo contendo todas as informações necessárias à elaboração do plano terapêutico.
	Desse modo, aproximar dos patologistas todos os profissionais médicos envolvidos com as etapas pregressas à elaboração do laudo anatomopatológico é uma condição necessária para a qualidade do cuidado ao paciente. Podem ser incluídos nesta lista desde o médico que possui a história clínica do indivíduo e suas hipóteses, o radiologista, o endoscopista, o cirurgião ou outros que atuem com os aspectos topográficos e macroscópicos das lesões suspeitas.
Interpretação	Refere-se ao percentual de pacientes com laudo anatomopatológico incluindo todas as informações de análise necessárias. As amostras para estudo anatomopatológico podem ser obtidas por diferentes vias, como a via endoscópica (colonoscopia/retossigmoidoscopia), a biópsia guiada por agulha ou a partir da realização de cirurgia (BRASIL, 2024).
	O presente indicador se refere ao estudo anatomopatológico de tecido do material cirúrgico, obtido a partir da realização da cirurgia. O laudo anatomopatológico consiste em análise interpretativa e subjetiva do profissional médico patologista, sendo assim, procedimento que requer informes clínicos, laboratoriais, estudos de imagem para interpretação adequada. Os patologistas devem reunir todas as informações do caso para elaborar um diagnóstico objetivo contendo todas as informações necessárias à elaboração do plano terapêutico pela equipe multiprofissional (ANS, 2016).
	O avanço no entendimento das neoplasias tem aumentado a complexidade das classificações das doenças na tentativa de oferecer informações mais detalhadas sobre o prognóstico e sobre as modalidades terapêuticas mais eficazes em cada caso. Com isso, aumenta o volume e o detalhamento de informações que devem constar nos laudos anatomopatológicos.
	Preparar os laudos de neoplasias baseados em padrões estabelecidos por Sociedades Médicas, que são rotineiramente atualizados quanto às variáveis de relevância para o tratamento, garante que o patologista informe em seus laudos todo o conteúdo necessário. Além disso, quanto maior a uniformidade de informações em relação às neoplasias, melhor o entendimento do seu comportamento, tornando o cuidado do paciente mais efetivo dentro da rede (ANS, 2016).
	Seguem pontos importantes para elaboração do laudo anatomopatológico completo e padronizado (ANS, 2016): · Comunicação aberta entre os profissionais de saúde - troca de informações rápida e eficiente sobre os pacientes e seus exames. · Dados clínicos completos são fundamentais para a correlação com os dados morfológicos observados pelo patologista no desenvolvimento do raciocínio diagnóstico.



	· Dados morfológicos completos devem fazer parte do laudo, incluindo dados prognósticos de forma clara - laudo sinóptico. · Dados de exames por outros métodos devem ser definidos pelo médico patologista baseados em correlação com dados morfológicos e clínicos. · Todos os aspectos diagnósticos, sempre que possível, devem ser correlacionados em um único laudo ou documento para melhor visualização das informações médicas.
Parâmetros	É desejável que todos os pacientes submetidos à cirurgia devido a câncer colorretal tenham laudo anatomopatológico completo e padronizado.
Limitações e vieses	A falta de integração do sistema de prontuários hospitalar com o laboratório de patologia pode prejudicar o registro adequado deste indicador.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto indicadores: manual metodológico - linhas de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, [2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhasdecuidado.pdf>. Acesso 21 set. 2024. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Atlas On-line de Mortalidade, 2020. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em: 03 jul. 2025.
	NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). Evidence-Based Cancer Guidelines, Oncology Drug Compendium, Oncology Continuing Medical Education 2017. Disponível em: <https://www.nccn.org/>. Acesso em: 04 jul. 2025. NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). Dictionary of Cancer Terms. 2011. Disponível em: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>. Acesso em 04 jul. 2025.

Nome do indicador	2. Percentual de pacientes com câncer de cólon e reto com registro de estadiamento TNM (pós-operatório) no prontuário
Conceito	Mensuração do percentual de pacientes com câncer de cólon e reto com registro em prontuário do estadiamento (TNM) pós-operatório clínico e patológico.
População-alvo	Pacientes com diagnóstico de câncer de cólon e reto.
Fórmula de cálculo	Total de pacientes com câncer de cólon e reto com registro em prontuário do estadiamento clínico e patológico do TNM x 100 / Total de pacientes com câncer de cólon e reto.
Numerador	Total de pacientes com câncer de cólon e reto que tiveram o estadiamento clínico e patológico do TNM registrado em prontuário. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de cólon e reto com registro em prontuário do estadiamento (TNM) clínico e patológico.
	Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; Pacientes em medidas de conforto ou cuidados paliativos.
Denominador	Total de pacientes com câncer de cólon e reto. Critérios de inclusão: Pacientes com câncer de cólon e reto.
	Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; Pacientes em medidas de conforto ou cuidados paliativos.
Definição dos termos	Estadiamento TNM: escore utilizado para descrever características da neoplasia do paciente: "T" para características do tumor primário; "N" para envolvimento linfonodal; "M" para presença de metástases. Câncer metastático: câncer cujas células se disseminaram para outras regiões do corpo.
Interpretação	O resultado do indicador reflete o percentual de pacientes que possuíam registro em prontuário do estadiamento (TNM) clínico e patológico. Quanto maior o percentual, melhor.
Parâmetros	É desejável que todos os pacientes com câncer de cólon e reto possuam registro em prontuário do estadiamento (TNM) clínico e patológico.
Limitações e vieses	Não aplicável.
Referências	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto indicadores: manual metodológico - linhas de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, [2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projetoindicadoresmanualmetodologicolinhasdecuidado.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2025.



	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estadiamento. 2019. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/impressao.asp?op=cv&id=54>. Acesso em: 04 jul. 2025. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer 2019a. https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abc-do-cancer-abordagens-basicas-para-o-controle-do-cancer World Health Organization (WHO). Global Cancer Observatory 2018. Disponível em: <http://gco.iarc.fr/>. Acesso em: 04 jul. 2025.

Nome do indicador	3. Percentual de tratamento antineoplásico adjuvante recebido em até 4 meses do diagnóstico para pacientes com câncer de cólon
Conceito	Porcentagem de pacientes que têm seu primeiro diagnóstico de câncer (malignidade epitelial) com linfonodo positivo e em estágio III do AJCC, cujo tumor primário é do cólon e a quimioterapia foi recomendada ou administrada dentro de 4 meses (120 dias) do diagnóstico, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de pacientes com câncer de cólon que receberam o tratamento adjuvante em até 4 meses do diagnóstico}}{\text{Número total de pacientes com câncer de cólon elegíveis para tratamento adjuvante}} \times 100$
Numerador	A quimioterapia adjuvante é administrada dentro de 4 meses (120 dias) da data do diagnóstico ou é recomendada.
Denominador	Critérios de inclusão: Incluir se todas as seguintes características forem identificadas: Homens ou mulheres;
	Idade igual ou maior a 18 e menor que 80 no momento do diagnóstico; Conhecido ou assumido como o primeiro ou único diagnóstico de câncer; Apenas malignidade epitelial; Tumores invasivos;
	Tumores primários do cólon; Todo ou parte do primeiro curso de tratamento realizado na unidade de notificação; Sabe-se que está vivo dentro de 4 meses (120 dias) da data do diagnóstico; Doença com linfonodo positivo; Procedimento cirúrgico do sítio primário.
	Critérios de exclusão: Excluir, se alguma das seguintes características for identificada: Menor de 18 anos ou maior de 80 anos no momento do diagnóstico; Segundo diagnóstico de câncer ou subsequente;
	Tumor não originário do cólon; Malignidades não epiteliais; Tumores não invasivos; Estágio 0, tumor in situ; Estágio IV, tumor metastático
	Nenhuma das terapias de 1º ciclo realizadas na unidade de notificação; Morreu dentro de 4 meses (120 dias) do diagnóstico; Doença sem linfonodo positivo; Paciente inscrito em um ensaio clínico que impacta diretamente a entrega do padrão de atendimento; Nenhum procedimento cirúrgico do sítio primário.
Definição dos termos	Quimioterapia Adjuvante: Tratamento complementar administrativo após a cirurgia principal com o objetivo de reduzir o risco de recidiva do câncer. Tratamento Antineoplásico: Um tratamento para o câncer, pois atua na destruição de uma neo (nova) plasia (formação).
Interpretação	Mede a proporção de pacientes diagnosticados com câncer de cólon que iniciam o tratamento adjuvante (quimioterapia) dentro de 4 meses (120 dias) após o diagnóstico. Essa métrica visa garantir que os pacientes recebam o tratamento necessário em um prazo adequado, o que é essencial para melhorar os resultados clínicos e reduzir a progressão da doença.
Parâmetros	≥ 90% dos pacientes com câncer de cólon devem iniciar o tratamento antineoplásico adjuvante dentro de 4 meses após o diagnóstico.
Limitações e vieses	Dados incompletos ou inconsistentes, especialmente em áreas de menor infraestrutura, podem distorcer o percentual real.
Bibliografia	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto Oncorede [recurso eletrônico]: a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar / Martha Oliveira ... [et al.] . - Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf/@@download/file/final_publicacao_oncorede3.pdf>. Acesso em 21 set. 2024.



	AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY (ASCO). 2022 QOPI Round 1: Measure Summary QCP Track. Alexandria: ASCO, 2022. Disponível em: < https://society.asco.org/sites/new-www.asco.org/files/content-files/practice-patients/documents/2022-QOPI-Round-1-Measure-Summary-QCP-Track.pdf >. Acesso em: 04 jun. 2025.
	NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). Received adjuvant chemotherapy within 4 months (120 days) of diagnosis for patients under the age of 80 with AJCC III (lymph node positive) colon cancer (NQF 0223). [S.l.]: National Quality Forum, [2024]. Disponível em: < https://p4qm.org/measures/0223 >. Acesso em: 03 jul. 2025.

ATENÇÃO DOMICILIAR

Nome do indicador	1. Proporção de beneficiários oncológicos em atenção domiciliar
Conceito	Mensuração da proporção de beneficiários em tratamento oncológico que receberam atenção domiciliar (Internação Domiciliar + Assistência Domiciliar).
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de beneficiários oncológicos em atenção domiciliar} \times 100}{\text{Total de beneficiários em tratamento oncológico}}$
Numerador	Quantidade total de beneficiários oncológicos em atenção domiciliar. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Denominador	Quantidade total de beneficiários em tratamento oncológico. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	Atenção Domiciliar: envolve a assistência domiciliar e a internação domiciliar. Internação domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada. A internação domiciliar envolve requisitos de infraestrutura no domicílio do paciente, necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais e logística de atendimento (ANVISA, 2024).
Interpretação	A atenção domiciliar tem sido utilizada de modo crescente no setor saúde, inclusive na atenção a pacientes oncológicos. Desse modo, é essencial que a operadora monitore a população submetida aos cuidados na modalidade domiciliar, de modo a instrumentalizar o planejamento e a avaliação dos cuidados proporcionados.
	Há diferentes indicadores que podem ser utilizados no monitoramento da atenção domiciliar (NEAD, 2020; ANVISA, 2022), contudo, o presente indicador representa um indicado fundamental, na medida em que permite o reconhecimento da proporção de beneficiários em atenção domiciliar, evidenciando a dimensão desta população perante o total de pacientes da operadora em tratamento oncológico.
Parâmetros	Obs.: Os Serviços de Atenção Domiciliar, públicos ou privados, que oferecem assistência e ou internação domiciliar devem realizar continuamente a avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global, levando em consideração os indicadores estabelecidos no Anexo da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 917, de 19 de setembro de 2024 (ANVISA, 2022). No caso do presente indicador, o seu numerador guarda correlação com o denominador do indicador 2 "Taxa de internação após atenção domiciliar", no período considerado.
Estratificação	Estratificar o indicador conforme a modalidade de Atenção Domiciliar: · Assistência Domiciliar; · Internação Domiciliar. Estratificar o indicador conforme o tipo de câncer/ linha de cuidado:
	· Câncer de Mama; · Câncer de Colo de Útero; · Câncer de Próstata; · Câncer de Pulmão; e/ou · Câncer Colorretal.
Limitações e vieses	A eventual subnotificação do universo de beneficiários em tratamento oncológico e, dentre estes, os que receberam atenção domiciliar, pode prejudicar a análise do resultado do indicador.
Bibliografia	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 917, de 19 de setembro de 2024. Dispõe sobre o Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. 2024. NÚCLEO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR (NEAD). Caderno de Boas Práticas. Fascículo VIII. Indicadores na Atenção Domiciliar: uma proposta de padronização, 2020.
Nome do indicador	2. Taxa de infecção em beneficiários oncológicos em atenção domiciliar



Conceito	Mensuração da taxa de infecção entre os beneficiários em beneficiários oncológicos que receberam atenção na modalidade domiciliar (Internação Domiciliar + Assistência Domiciliar).
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de beneficiários em atenção domiciliar com episódios de infecção} \times 100}{\text{Total de beneficiários oncológicos em atenção domiciliar}}$
Numerador	Quantidade total de beneficiários oncológicos em atenção domiciliar com pelo menos um episódio de infecção no período considerado. Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Denominador	Quantidade total de beneficiários em tratamento oncológico que receberam atenção na modalidade domiciliar Critérios de exclusão: Pacientes menores de 18 anos.
Definição dos termos	Atenção Domiciliar: envolve a assistência domiciliar e a internação domiciliar. Internação domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada. A internação domiciliar envolve requisitos de infraestrutura no domicílio do paciente, necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais e logística de atendimento (ANVISA, 2024).
	Infecção relacionada a assistência à saúde (IRAS): É a infecção adquirida após o paciente ser tratado em qualquer ambiente onde cuidados de saúde são prestados, incluindo o ambiente domiciliar. Trata-se de infecção relacionada aos cuidados em saúde, ou seja, que não estava presente ou em incubação no momento do início do atendimento.
Interpretação	As taxas de infecção em Atenção Domiciliar devem ser analisadas de modo a possibilitar a identificação de oportunidades de melhoria nos processos de trabalho no cuidado domiciliar à saúde, envolvendo o planejamento e implantação de ações preventivas, mitigadoras e corretivas.
	Na Atenção Domiciliar, parte dos pacientes possuem sintomas crônicos não associados a quadro infecciosos. A mudança na condição clínica de um paciente, associada a achados microbiológicos ou radiológicos podem evidenciar a existência de infecção relacionada a assistência à saúde. Nas ocasiões em que não seja possível a coleta de material para pesquisa microbiológica e realização de exames radiológicos, o contexto clínico deve ser valorizado (Nead, 2020).
	Entre os diferentes tipos de IRAS, em especial aquelas associadas à internação domiciliar, estão: · Infecção do Trato Urinário (ITU) · Infecção do Trato Respiratório (ITR) · Infecção da Corrente Sanguínea (ICS)
	· Infecção Tegumentar (IT) · Infecção Gastrointestinal (IG) · Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) O serviço de atenção domiciliar deve manter um prontuário domiciliar com o registro de todas as atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente, desde a indicação até a alta ou óbito do paciente.
Parâmetros	As taxas de infecção tendem a ser menores no componente da assistência domiciliar (AD), que envolve pacientes com maior estabilidade clínica, menor grau de comorbidades, menos dependentes de cuidados. No componente da internação domiciliar (ID), estão vinculados pacientes de alta complexidade, que necessitam de nível maior de cuidado, sob gerenciamento contínuo. Neste grupo, são especialmente relevantes os cuidados para evitar a ocorrência de infecções relacionadas a assistência à saúde.
	Obs.: Os Serviços de Atenção Domiciliar, públicos ou privados, que oferecem assistência e ou internação domiciliar devem realizar continuamente a avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global, levando em consideração os indicadores estabelecidos no Anexo da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 917, de 19 de setembro de 2024, dentre os quais o indicador "Taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar" (ANVISA, 2022). No caso do presente indicador, deve ser considerado todo beneficiário em Atenção Domiciliar (Internação Domiciliar - ID + Assistência Domiciliar - AD).
Estratificação	1) Estratificar o indicador conforme a modalidade de Atenção Domiciliar: · Assistência Domiciliar; · Internação Domiciliar. 2) Estratificar o indicador conforme o tipo de câncer/ linha de cuidado:
	· Câncer de Mama; · Câncer de Colo de Útero; · Câncer de Próstata; · Câncer de Pulmão; e/ou · Câncer Colorretal.



Limitações e vieses	A gravidade do quadro de saúde do paciente, a idade e as comorbidades presentes são fatores que podem influenciar a necessidade de intervenções e exposição a potenciais riscos de infecção. A eventual subnotificação das ocorrências de infecções pode prejudicar a análise do resultado do indicador.
Bibliografia	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 917, de 19 de setembro de 2024. Dispõe sobre o Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. NÚCLEO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR (NEAD). Caderno de Boas Práticas. Fascículo VIII. Indicadores na Atenção Domiciliar: uma proposta de padronização, 2020.

12.6 FICHAS TÉCNICAS DOS INDICARES ESTABELECIDOS A PARTIR DE ITENS DE VERIFICAÇÃO

Item de verificação 2.3.6 "A operadora monitora o percentual de mulheres entre 50 e 69 anos que realizaram mamografia de rastreamento, alcançando um resultado igual ou superior a 90% das mulheres".

PERCENTUAL DE MULHERES ENTRE 50-69 ANOS QUE REALIZARAM MAMOGRAFIA

Nome do indicador	Percentual de mulheres entre 50-69 anos que realizaram mamografia
Conceito	Número de mulheres que realizaram mamografias para cada 100 beneficiárias da operadora na faixa etária de 50 a 69 anos, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que realizaram mamografia} \times 100}{\text{Total de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos}}$
Numerador	Quantidade de procedimentos diagnósticos por mamografia, em beneficiárias univocamente identificadas com idade entre 50 e 69 anos na data de realização do exame. Devem ser desconsiderados exames repetidos na mesma beneficiária no período considerado.
Denominador	Beneficiárias com idade entre 50 e 69 anos na data de realização do exame
Definição dos termos	Mamografia - Exame radiológico para a detecção de alterações do tecido mamário que serve para o rastreamento do câncer de mama.
Interpretação	Permite estimar a cobertura do procedimento mamografia em beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos de idade, provavelmente utilizadas a partir da busca ativa para o rastreamento de câncer de mama. Taxas reduzidas podem refletir dificuldades de sensibilização e captação da população beneficiária para o rastreamento de câncer de mama, ou dificuldades de acesso aos serviços de saúde.
	O câncer de mama identificado em estágios iniciais, quando as lesões são menores de dois centímetros de diâmetro, apresenta prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura. As estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce - abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença - e o rastreamento - aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer. As evidências do impacto do rastreamento na mortalidade por esta neoplasia justificam sua adoção como política de saúde pública, tal como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).
	Conforme as orientações do Programa nacional de controle do câncer de mama no Brasil, a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher. Para este indicador são considerados os exames de mamografia bilateral para rastreamento.
	Para efeito de monitoramento deste indicador específico, deve ser considerada a periodicidade mínima bienal entre os exames de mamografia de rastreio populacional realizadas mediante busca ativa em mulheres da faixa etária de 50 a 69 anos. Assim, o percentual de 90% se refere a mulheres da faixa etária que realizaram mamografia a 24 meses ou menos.
	Para tanto, a operadora deve ter o registro e controle individualizado das mulheres pertencentes à população-alvo, com a informação da data da última mamografia, bem como da data limite para a realização de nova mamografia. Por exemplo, uma mulher que realizou mamografia em determinada data estaria considerada como coberta para o período seguinte de até 24 meses.
	Após 24 meses, caso esta mulher tenha realizado a mamografia dentro do período esperado, permanecerá sendo considerada como coberta para os 24 meses seguintes à realização do exame. Por outro lado, se não tiver sido realizada a mamografia nos 24 meses seguintes, esta mulher passa a ser considerada como não coberta com relação à mamografia (contabilizando para o denominador do indicador, mas não para o seu numerador).
Parâmetros	Em 2024, foi observado que 40,6% das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos realizaram pelo menos uma mamografia nos últimos 12 meses no setor suplementar de saúde. Considerando a realização de pelo menos uma mamografia nos últimos 24 meses, este percentual passa a 63,8%.



Limitações e vieses	A utilização do total de mamografias realizadas para o cálculo deste indicador não diferencia se a mamografia foi realizada a partir de rastreamento populacional decorrente de busca ativa das mamografias realizadas com outra finalidade, assim como não identifica frequência diferenciada de realização do procedimento em função de risco específico.
	Considerando as informações mencionadas anteriormente acerca do uso deste indicador e o fato dele servir para estimar a frequência de realização do exame, este não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.
Bibliografia	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede. Análise dos dados do Projeto-Piloto de abril 2017 a abril 2018. 2019. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/relatorio-conclusivo-oncorede-pdf >. Acesso em: 29 ago. 2024.
	GØTZSCHE, P.C., JØRGENSEN, K. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 6. Art. No.: CD001877, 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub5. Disponível em: < https://www.cochrane.org/pt/CD001877/BREASTCA_rastreamento-do-cancer-de-mama-com-mamografia >. Acesso em: 06 set. 2024.
	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Ficha técnica dos indicadores de mama - 2014. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//ficha-tecnica-indicadores-mama-2014.pdf >. Acesso em: 24 set. 2024.
	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Rastreamento do câncer de mama na população-alvo. 2023. Disponível em: < https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/dados-e-numeros/rastreamento-do-cancer-de-mama-na-populacao-alvo >. Acesso em: 05 set. 2024.
	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf >. Acesso em: 05 set. 2024.
	MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Câncer de mama: sintomas, tratamentos, causas e prevenção. 2020. https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-mama WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: early detection. Switzerland: WHO, 2008. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. International Agency for Research on Cancer. Globocan, 2012.



· Item de verificação 2.4.7 "A Operadora monitora o tempo entre a emissão do laudo da mamografia com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico".

TEMPO MÉDIO ENTRE A EMISSÃO DO LAUDO DA MAMOGRAFIA COM RESULTADO CRÍTICO E A REALIZAÇÃO DO EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

Nome do indicador	Tempo médio entre a emissão do laudo da mamografia com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico
Conceito	Representa o tempo médio em dias entre a emissão do laudo da mamografia com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico.
Fórmula de cálculo	Número de dias entre o laudo da mamografia com resultado crítico e o exame anatomopatológico / Total de pacientes com realização de exame anatomopatológico
Numerador	Número de dias decorridos entre a data da emissão do laudo da mamografia com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico.
Denominador	Número de pacientes com realização de exame anatomopatológico.
Interpretação	O laudo de mamografia com resultado crítico, sugestivo de câncer de mama (BI-RADS 4 e BI-RADS 5), deve ser confirmado por meio de exame anatomopatológico, com biópsia da lesão (INCA, 2022).
	Estudos evidenciam que o diagnóstico e o tratamento precoce do câncer de mama podem reduzir mortalidade (NYSTROM et al., 1993; CAPLAN et al., 1996; INCA, 2022). A detecção e o início precoce do tratamento do câncer estão relacionados à maior taxa de cura das pacientes com câncer de mama (RAMIREZ et al., 1999; OLIVOTTO et al., 2002). Assim, o estadiamento da doença no momento da instituição do tratamento é um dos fatores mais importantes na determinação prognóstica da paciente.
	Deste modo, atrasos que levem à demora diagnóstica ou do início do tratamento permitem o crescimento tumoral, o que pode prejudicar as chances de cura das pacientes. Quanto mais rápida for a instituição do tratamento do câncer para tumores iniciais, maior será a chance da cirurgia ser curativa e de não ocorrer a disseminação da doença (TRUFELLI et al. 2008; INCA, 2022).

	Vale ressaltar, que Trufelli et al. (2008) conduziram um estudo que identificou que o maior atraso na condução dos casos de câncer de mama ocorreu entre a mamografia e a realização da biópsia da lesão suspeita. O estudo também sugere que a maior demora no diagnóstico está relacionada a pacientes com estadiamento mais avançados da doença. Assim, é altamente relevante que a operadora monitore os intervalos de tempo entre mamografia com suspeita diagnóstica e a realização de exame anatomopatológico para a confirmação do diagnóstico de câncer de mama.
Bibliografia	CAPLAN LS, EDWARDS BK, HELZLSOUER KJ, SHAPIRO S, WESLEY MN. Reasons for delay in breast cancer diagnosis. Prev Med. 1996;25(2):218-24. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. (INCA). Ministério da Saúde. Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama. / Instituto Nacional de Câncer. - Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/parametros-tecnicos-deteccao-precoce-cancer-de-mama.pdf >. Acesso em 03 jul. 2025.
	OLIVOTTO IA, GOMI A, BANCEJ C, BRISSON J, TONITA J, KAN L, et al. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. Cancer. 2002;94(8):2143-50.
	RAMIREZ AJ, WESTCOMBE AM, BURGESS CC. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. Lancet. 1999;353(9159):1127-31. TRUFELLI, D. C. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 54, n. 1, p. 72-76, jan. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ramb/a/vkwMGcTSY3sWZmJYVpXCQ7L/

· Item de verificação 3.4.7 "A Operadora monitora o tempo entre a emissão do resultado do teste de DNA-HPV (oncogênico) e a realização da colposcopia." - TEMPO MÉDIO ENTRE A EMISSÃO DO RESULTADO DO TESTE DE DNA-HPV (ONCOGÊNICO) E A REALIZAÇÃO DA COLPOSCOPIA

Nome do indicador	Tempo médio entre a emissão do resultado do teste de DNA-HPV (oncogênico) e a realização da colposcopia
Conceito	Representa o tempo médio em dias entre a emissão do resultado do teste de DNA-HPV (oncogênico) e a realização da colposcopia
Fórmula de cálculo	Número de dias entre o resultado do teste de DNA-HPV e a colposcopia / Total de pacientes com realização de colposcopia
Numerador	Número de dias decorridos entre a data da emissão do resultado do teste de DNA-HPV e a realização da colposcopia.
Denominador	Número de pacientes com realização de colposcopia.
Interpretação	O rastreamento organizado do câncer do colo do útero, ancorado no teste molecular para detecção de DNA-HPV oncogênico, é uma estratégia amplamente respaldada pelas diretrizes nacionais e internacionais como método eficaz de identificação precoce de lesões precursoras e carcinoma in situ (BRASIL, 2024; INCA, 2021).
	Pacientes com resultado positivo para os subtipos HPV 16 ou HPV 18, devido ao seu alto potencial oncogênico, devem ser encaminhadas imediatamente à colposcopia, independentemente do resultado da citologia oncótica. Essa conduta tem como objetivo maximizar as chances de detecção precoce e intervenção oportuna, reduzindo a progressão para formas invasivas da doença.
	Já para outros tipos oncogênicos de HPV, o resultado da citologia oncótica reflexa é determinante na indicação da colposcopia. Nestes casos, se a citologia indicar alteração (ex.: ASC-H, HSIL, AGC), a colposcopia deverá ser realizada prontamente. Caso a citologia seja normal, a conduta recomendada é o seguimento clínico com novo teste após 12 meses, conforme protocolos pactuados (FEBRASGO, 2017; BRASIL, 2024).
	A operadora, portanto, deve acompanhar de forma sistemática o tempo decorrido entre a emissão do laudo do teste de DNA-HPV e a realização da colposcopia. Esse acompanhamento é essencial para assegurar que o processo diagnóstico ocorra dentro do intervalo clínico aceitável, de modo a evitar atrasos que possam comprometer o desfecho oncológico da paciente.
	Para isso, é necessário que o sistema de informação da operadora permita a identificação precisa das datas de realização dos exames (DNA-HPV e colposcopia) e das beneficiárias envolvidas, viabilizando o cálculo do intervalo temporal Diante do exposto, é importante que a operadora monitore os intervalos entre a emissão do resultado do teste de DNA-HPV (oncogênico) e a realização de colposcopia.
Bibliografia	BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero - Parte I: Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 3, de 26 de março de 2024. Torna pública a decisão de incorporar o teste de DNA-HPV como método de rastreamento do câncer do colo do útero no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 mar. 2024.



	BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. atual. - Rio de Janeiro: INCA, 2016. FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Rastreio, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero. -- São Paulo, 2017. Disponível: < https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/05Z-ZDIAGNOySTICOZRASTREIOZEZTRATAMENTOZDOZCAyNCERZDEZCOLOZDEZUyTERO.pdf >. Acesso em: 17 out. 2024

· Item de verificação 4.4.6 "A Operadora monitora o tempo entre a emissão do resultado do exame com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico".

TEMPO MÉDIO ENTRE A EMISSÃO DO RESULTADO DO EXAME COM RESULTADO CRÍTICO E A REALIZAÇÃO DO EXAME ANATOMOPATOLÓGICO - CÂNCER DE PRÓSTATA

Nome do indicador	Tempo médio entre a emissão do resultado do exame com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico - Câncer de Próstata
Conceito	Representa o tempo médio em dias entre a emissão do resultado do exame com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico.
Fórmula de cálculo	$\text{Número de dias decorridos entre o resultado do exame com resultado crítico e o exame anatomopatológico} / \text{Total de pacientes com realização de exame anatomopatológico}$
Numerador	Número de dias decorridos entre a data da emissão do resultado do exame com resultado crítico e a realização do exame anatomopatológico.
Denominador	Número de pacientes com realização de exame anatomopatológico.
Interpretação	Achados no exame clínico (toque retal) combinados com o resultado da dosagem do antígeno prostático específico (PSA, na sigla em inglês) no sangue podem indicar a existência da doença. Nesses casos, a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) multiparamétrica da próstata deve ser realizada com o objetivo de visualizar lesões suspeitas na próstata. O resultado da ultrassonografia, por sua vez, poderá mostrar a necessidade de biópsia prostática transretal. O diagnóstico de certeza do câncer é feito pelo estudo histopatológico do tecido obtido pela biópsia da próstata. O relatório anatomopatológico deve informar a graduação histológica do sistema de Gleason, cujo objetivo é informar sobre a provável taxa de crescimento do tumor e sua tendência à disseminação, além de auxiliar na determinação do melhor tratamento para o paciente. Diante de todo o exposto, é altamente relevante que a operadora monitore os intervalos entre exame com suspeita diagnóstica e a realização de exame anatomopatológico para confirmação do diagnóstico.
Bibliografia	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de próstata. 2023. Disponível em: < https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/prostata >. Acesso em: 17 out. 2024.



· Item de verificação 5.5.12 "A operadora monitora a sobrevida global de beneficiários com câncer de pulmão em 5 anos, estratificada por estadiamento ao diagnóstico" - SOBREVIDA GLOBAL DE BENEFICIÁRIOS COM CÂNCER DE PULMÃO EM 5 ANOS, ESTRATIFICADA POR ESTADIAMENTO AO DIAGNÓSTICO

Nome do indicador	Sobrevida global de beneficiários com câncer de pulmão em 5 anos estratificada por estadiamento ao diagnóstico
Conceito	Percentual de beneficiários vivos após 5 anos do diagnóstico do câncer de pulmão.
Fórmula de cálculo	$\text{Número de beneficiários vivos após 5 anos do diagnóstico de câncer de pulmão} \times 100 / \text{Total de beneficiários com câncer de pulmão}$
Numerador	Número de beneficiários vivos após 5 anos do diagnóstico de câncer de pulmão
Denominador	Total de beneficiários com câncer de pulmão
Definição dos termos	Sobrevida: pessoas vivas no universo de pacientes com diagnóstico após um determinado período.
Interpretação	Estatísticas de sobrevida são os dados mais utilizados para estimar o prognóstico do paciente e a probabilidade de evolução da doença. A sobrevida é uma medida que reflete o número de pessoas vivas com câncer no universo de pacientes com diagnóstico de câncer, após um determinado período de tempo, que tem como marco zero a data do diagnóstico. Significando, portanto, a probabilidade de uma pessoa com câncer estar viva em um período de tempo, usualmente 5 a 10 anos, após o diagnóstico.

	O desfecho de sobrevida global como indicador de monitoramento está alicerçado no seguinte ponto: Para os pacientes com câncer, uma das principais medida de interesse é a sobrevida. Diversos fatores podem interferir na probabilidade de sobrevida do câncer. Um dos principais é a demora para a confirmação do diagnóstico. O acesso a cuidados médicos em tempo oportuno também pode influenciar a sobrevida de diferentes tipos de câncer em diferentes populações.
Parâmetros	O parâmetro para o indicador "Sobrevida global de beneficiários com câncer de pulmão em 5 anos estratificada por estadiamento ao diagnóstico" varia conforme o estadiamento (estágio) da doença no momento do diagnóstico. Os parâmetros são estabelecidos com base em dados epidemiológicos e podem ser encontrados em diretrizes de instituições de referência. Os valores típicos de sobrevida em 5 anos, de acordo com o estadiamento, são aproximadamente:
	Estágio I: Cerca de 60-80% de sobrevida em 5 anos. Estágio II: Aproximadamente 30-50% de sobrevida em 5 anos. Estágio III: Em torno de 10-25% de sobrevida em 5 anos. Estágio IV: Menos de 5% de sobrevida em 5 anos.
Limitações e vieses	A medida de sobrevida está sujeita a alguns vieses. Por exemplo, sobrevida longa pode refletir óbitos tardios, mas também pode ser resultado de diagnóstico precoce do câncer ou <i>overdiagnosis</i> (excesso de diagnóstico), isto é, detectar casos de câncer que progridem tão lentamente que a pessoa morre de outras causas. A sobrevida global utiliza todas as causas de morte como desfecho, o que a torna a medida mais confiável e disponível de sobrevida. Entretanto, não é específica para óbitos por câncer, pois o paciente pode falecer por outras causas intercorrentes.
Bibliografia	Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Fichas técnicas dos indicadores de monitoramento do projeto ONCOREDE .2016. ASTEG/DIRAD/DIDES/ANS Versão 02/05/2017 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Projeto Oncorede [recurso eletrônico]: a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar / Martha Oliveira ... [et al.] . - Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf/@download/file/final_publicacao_oncorede3.pdf >. Aesso em: 03 jul. 2025.
	CHO H, MARIOTTO AB, SCHWARTZ LM, ET AL. When do changes in cancer survival mean progress? The insight from population incidence and mortality. J Natl Cancer Inst Monogr. 2014;49:187-197. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Câncer de pulmão. Rio de Janeiro: INCA, [2024]. Disponível em: < https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pulmao >. Acesso em: 23 set. 2024.
	MARIOTTO AB, ANNE-MICHELLE NOONE AM, HOWLADER N ET AL. Cancer Survival: An Overview of Measures, Uses, and Interpretation. J Natl Cancer Inst Monogr 2014;49:145-186. DOI:10.1093/jncimonographs/lgu024 SAAD ED, BUYSE M. Overall Survival: Patient Outcome, Therapeutic Objective, Clinical Trial End Point, or Public Health Measure? Journal of Clinical Oncology 2012;30(15):1750-4



· Item de verificação 6.4.6 "A Operadora monitora o tempo entre a emissão do resultado do exame de rastreio Sangue Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes Guaiaco (g-FOBT) em paciente entre 50 e 75 anos com resultado alterado e a realização da Colonoscopia/Retossigmoidoscopia" - TEMPO MÉDIO ENTRE A EMISSÃO DO RESULTADO DO EXAME DE PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES EM PACIENTE ENTRE 50 E 75 ANOS COM RESULTADO ALTERADO E A REALIZAÇÃO DA COLONOCOSPIA/RETOSSIGMOIDOSCOPIA

Nome do indicador	Tempo médio entre a emissão do resultado do exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes em paciente entre 50 e 75 anos com resultado alterado e a realização da colonoscopia/retossigmoidoscopia
Conceito	Representa o tempo médio em dias entre a emissão do resultado do exame do exame de rastreio de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes Guaiaco (g-FOBT) em paciente entre 50 e 75 anos com resultado alterado e a realização da colonoscopia/retossigmoidoscopia.
Fórmula de cálculo	Número de dias decorridos entre a emissão do resultado alterado de exame de sangue oculto nas fezes e a realização da colonoscopia/retossigmoidoscopia / Total de pacientes com resultado alterado de exame de sangue oculto nas fezes
Numerador	Número de dias decorridos entre a data da emissão do resultado do exame com resultado crítico e a realização da colonoscopia/retossigmoidoscopia.
Denominador	Número de pacientes com resultado alterado de exame de sangue oculto nas fezes.
Interpretação	A realização da Colonoscopia/Retossigmoidoscopia é importante para a identificação de lesões pré-cancerígenas. Dessa forma, esse exame é fundamental para a identificação precoce de pólipos adenomatosos ou serrilhados, e a retirada dessas lesões precursoras, prevenindo o desenvolvimento do câncer colorretal, reduzindo a morbimortalidade.

	Para dar celeridade, reduzindo o tempo entre o resultado da Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes Guaiaco (g-FOBT) alterada e a realização da Colonoscopia/Retossigmoidoscopia, deve ser realizada a busca ativa do paciente e envio dos resultados alterados ao médico solicitante, para que haja o prosseguimento da investigação diagnóstica em tempo oportuno. Para isso, é importante que exista um sistema de alerta para resultados alterados nos Laboratórios de Análises Clínicas. Essa é uma medida relativamente simples, mas que tem um impacto sistêmico importante (ANS, 2016).
	Diante do exposto, é importante que a operadora monitore o tempo entre a emissão do laudo do exame de rastreamento da Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes Guaiaco (g-FOBT) em paciente entre 50 e 75 anos com resultado alterado e a realização da colonoscopia/retossigmoidoscopia para que sejam detectadas de forma célere possíveis lesões precursoras ou o câncer colorretal.
Bibliografia	Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Projeto OncoRede.: A (re)organização da rede de Atenção Oncológica na saúde suplementar, 2016. Disponível em: < https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf >. Acesso em: 03 jul. 2025. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Detecção Precoce do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer >. Acesso em 03 jul. 2025.

CAPÍTULO 13 - Glossário

A

Ablação: tratamento para remover ou destruir todo ou parte de um órgão ou tecido do corpo. Também pode ser usada para interromper a função de um órgão. Por exemplo, remover os ovários ou testículos, ou tomar medicamentos que os impeçam de produzir hormônios, seria chamado de ablação. Além da cirurgia e do tratamento medicamentoso, outros modos de ablação de tecidos e tumores do corpo são calor extremo, congelamento e produtos químicos. Também pode ser chamada de terapia ablativa.

Referência:

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer Glossary: Definitions & Phonetic Pronunciations. 2024. Disponível em: < <https://www.cancer.org/cancer/understanding-cancer/glossary.html>>. Acesso em: 29 mai. 2024.



Agência transfusional: setor de serviço de saúde localizado preferencialmente intra-hospitalar, com a função de armazenar, realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfundir os hemocomponentes liberados. O suprimento de sangue a estas agências realizar-se-á pelos Serviços de Hemoterapia de maior complexidade.

Referência:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 151 de 21 de agosto de 2001. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2001/res0151_21_08_2001.html>. Acesso em 12 jun. 2024.

Alimentação saudável: forma de se alimentar que prioriza o consumo de alimentos frescos e minimamente processados (frutas, verduras, legumes, grãos, legumes e oleaginosas), incentivando a variedade e o equilíbrio na dieta. Valoriza os aspectos culturais e as práticas culinárias regionais no preparo das refeições. A composição exata de uma dieta diversificada, equilibrada e saudável é variável conforme as características individuais de cada pessoa (idade, sexo, estilo de vida e grau de atividade física), contexto cultural, alimentos disponíveis localmente e hábitos alimentares.

Referência:

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS). Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed., 1. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Alimentação saudável. 2019. Disponível em:< <https://www.paho.org/pt/topicos/alimentacao-saudavel#>>. Acesso em 29 mai. 2024.

Avaliação da Qualidade: avaliação da medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade obterem os resultados desejados na saúde e consistentes com os atuais conhecimentos profissionais. A avaliação da qualidade é importante para saber se as atividades de melhoria da qualidade estão sendo eficazes ou não.

Referência:

WHO, 2020 - Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados em saúde - disponível em: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>>. Acesso em 29 mai. 2024.

Avaliação de Resultados: avaliação do efeito mensurável sobre o estado de saúde

Referência:

Organização Mundial de Saúde (OMS). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados em saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. 2020. Disponível em: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>>. Acesso em 29 mai. 2024.

Avaliação inicial de diagnóstico: avaliação pontual, sem fins de certificação, com o objetivo de subsidiar a compreensão do atual estado da organização da operadora, realizada por avaliadores habilitados e qualificados que compõem a equipe de Entidades Acreditadoras em Saúde - EAS reconhecidas pela ANS.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa n.º 506 de 30 de março de 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Ng==>>. Acesso em: 1 out 2024.

B

Biópsia: retirada de fragmento de tecido por intervenção cirúrgica ou por agulha para exame microscópico, com a finalidade de estabelecer diagnóstico morfológico do tumor.



Referência:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Detecção Precoce do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf>. Acesso em: 25 de set. 2024.

Bundle baseado em episódio - Procedure Based Episode Payments: corresponde ao pagamento de um conjunto de ações em saúde, por um valor contratado com base no ciclo de cuidado de um determinado episódio (ex.: artroplastia de quadril, cirurgia bariátrica), durante um período definido.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Guia para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Padrão TISS/ANS. Representações & Conceitos. Setembro 2024

Bundle por condição clínica - Condition Based Bundle: corresponde ao pagamento de um conjunto de ações em saúde, por um valor contratado per capita, por um período, baseado no ciclo de cuidado de uma determinada condição clínica (ex.: conjunto de beneficiários portadores de uma condição clínica - uma população com obesidade ou diabetes, ou hipertensão, ou problemas ortopédicos), independentemente da quantidade de procedimentos efetivamente realizados.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Guia para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor . 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf>. Acesso em: 25 set. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Padrão TISS/ANS. Representações & Conceitos. Setembro 2024

Busca ativa: ação que permite a identificação e captação de população alvo-específica para que participe de ação de saúde, ou um programa de saúde ou plano de cuidado previamente definido. Pode ser feita por meio de contato telefônico, e-mail, envio de material explicativo para o beneficiário, ou outras formas de contato com o beneficiário, inclusive com deslocamento da equipe de saúde para fora da instituição de saúde. A busca ativa deve ser uma estratégia da operadora e pode ser operacionalizada, por meio da própria operadora, da sua Rede de Atenção, ou de empresa especializada contratada. Permite a atuação da operadora, por meio de sua rede de prestadores, de forma rápida, para realização, orientação e a aplicação de medidas de controle de maneira adequada, viabilizando maior adesão, engajamento e conscientização dos beneficiários, bem como o compromisso da operadora como gestora do cuidado, em identificar, captar e direcionar os beneficiários.

Referência:

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Glossário. Anexo II da Resolução Normativa - RN nº 507, de 30 de março de 2022. Disponível em:< <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE5Ng==>>Acesso em: 29 mai.2024.

C

Câncer: doença em que células anormais se dividem de forma incontrolável. As células cancerígenas podem invadir tecidos próximos e se espalhar pela corrente sanguínea, pelo sistema linfático e para outras partes do corpo.

Referência:

THE CANCER ATLAS. Glossary. 2024. Disponível em:< <https://canceratlas.cancer.org/glossary/>>. Acesso em 29 mai. 2024.



Cancerígeno: qualquer agente - químico, físico ou biológico - que possa causar câncer. Exemplos incluem fumaça de tabaco, amianto, papilomavírus humano (HPV) e radiação ultravioleta (UV).

Referência:

THE CANCER ATLAS. Glossary. 2024. Disponível em:< <https://canceratlas.cancer.org/glossary/>>. Acesso em 29 mai. 2024.

Capitation: Corresponde ao pagamento de um conjunto de procedimentos e/ou eventos contratado por um valor global preestabelecido per capita para um grupo de beneficiários definido, sem a consideração de suas condições clínicas, em um determinado período, independentemente da quantidade de procedimentos e/ou eventos, efetivamente, realizados.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Guia para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor - 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf>. Acesso em 29 mai. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Padrão TISS/ANS. Representações & Conceitos. Setembro 2024

Carcinoma: Tumor cancerígeno que se inicia na camada de revestimento (células epiteliais) dos órgãos. Ao menos 80% de todos os cânceres são carcinomas.

Referência:

THE CANCER ATLAS. Glossary. 2024. Disponível em:< <https://canceratlas.cancer.org/glossary/>>. Acesso em 29 mai. 2024.

Centralidade no paciente: atendimento centrado no paciente e na família de forma a orientar todos os aspectos do planejamento, prestação e avaliação dos serviços de saúde, oferecidos na Atenção Oncológica.

Referência:

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Anexo I. Resolução Normativa - RN nº 506, de 30 de março de 2022. Disponível em: < <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Ng==> >. Acesso em: 29 mai. 2024.

Citologia Reflexa - é um procedimento em que, após um teste de HPV positivo para tipos oncogênicos, a mesma amostra coletada para o teste de HPV é utilizada para realizar um exame citopatológico (Papanicolau). Esse exame adicional visa identificar alterações nas células do colo do útero que possam indicar lesões precursoras do câncer ou o próprio câncer, guiando a necessidade de exames complementares como a colposcopia.

Caso o teste de HPV detecte a presença de tipos de HPV de alto risco, a citologia reflexa é realizada para avaliar se essas alterações virais também causaram alterações nas células do colo do útero, permitindo um diagnóstico mais preciso e direcionando o tratamento adequado.

Conflito de Interesses: conjunto de circunstâncias em que se observa a probabilidade de que decisões ou quaisquer ações profissionais sejam influenciadas indevidamente (efetiva ou aparentemente) por um interesse secundário, alheio ao interesse da organização.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Glossário Anexo II da Resolução Normativa - RN nº 507, de 30 de março de 2022. Disponível em: < <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE5Ng==> > Acesso em: 29 mai. 2024.

Consultoria: prestação de serviço por profissional qualificado e conhecedor do tema, que contempla o diagnóstico, aconselhamento e orientação com o propósito de levantar as necessidades, identificar soluções e recomendar ações sem, no entanto, ocorrer um envolvimento na sua execução, devendo ocorrer por período e objeto determinados.



Referência: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Anexo I. Resolução Normativa - RN nº 506, de 30 de março de 2022. Disponível em: < <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Ng==> >. Acesso em: 29 mai. 2024.

Coordenação do cuidado: estabelecimento de conexões de modo a alcançar o objetivo maior de prover/atender às necessidades e preferências dos beneficiários na oferta de cuidados em saúde, com elevado valor, qualidade e continuidade de forma a garantir o tratamento adequado e oportuno. Pressupõe a organização da atenção de forma integrada e coordenada ao longo do percurso assistencial do paciente no sistema com plano de cuidado abrangente.

Referência:

ALMEIDA, P. F. DE. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate, v. 42, n. spe1, p. 244-260, set. 2018.

Coparticipação: Mecanismo de regulação financeira que consiste na participação do beneficiário na despesa assistencial a ser paga diretamente à operadora, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica contratante, em caso de plano coletivo, após a realização de procedimento.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Glossário. Anexo I. Manual do programa de acreditação de operadoras de planos privados de assistência à saúde: RN 507/2022 [recurso eletrônico] Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/Manual_de_Acreditao_r06.pdf l_de_Acreditao_r06.pdf >. Acesso em: 12 nov 2024.

Cuidados paliativos: abordagem promovida por equipe multidisciplinar com o objetivo de oferecer melhoria na qualidade de vida do paciente e de seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação impecável e

tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Cuidados paliativos devem obedecer a Política Nacional de Cuidados Paliativos estabelecida pela Portaria GM/MS Nº 3.681, de 7 de maio de 2024.

Referência:

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Palliative Care. 5 ago 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> Acesso em: 25 set 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Cuidados Paliativos: Conheça a abordagem dos Cuidados Paliativos para o câncer do colo do útero. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes/cuidados-paliativos>>. Acesso em: 12/9/2024.

GOMES, A.L.Z.; OTHERO, M.B. Cuidados paliativos. Estudos Avançados, n, 30, v. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/>>. Acesso em 07 dez. 2023

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/42494> Acesso em: 12/09/2024.

Curso de Capacitação: prática que permite o desenvolvimento contínuo dos envolvidos, impactando diretamente a qualidade e a eficiência dos processos e a relação com os beneficiários. Permite aperfeiçoar habilidades técnicas, trazendo novas metodologias a serem implementadas nas rotinas diárias e na resolução de problemas. Constitui-se em um curso de capacitação teórico, que não inclui questões operacionais nem específicas de uma operadora ou de um conjunto de operadoras e não se confunde com uma consultoria.

Os cursos de pós-graduação Lato Sensu (especialização) devem contar com, no mínimo, 360 horas de duração, realizados em instituições reconhecidas pelo Ministério da Educação.

Os cursos de pós-graduação Stricto Sensu (mestrado e doutorado) deverão ser reconhecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).



D

Dado pessoal: informação relacionada à pessoa natural identificada ou identificável.

Referência:

BRASIL. Lei Geral de Proteção aos Dados Pessoais (LGPD) - Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm>. Acesso em 29 mai. 2024.

Decisão compartilhada: processo colaborativo no qual são apresentadas as possibilidades de cuidado e suas possíveis consequências, de forma a conseguir a decisão mais adequada ao contexto de vida da pessoa. É uma abordagem relevante em situações com grau de incerteza na relação entre riscos e benefícios. Para facilitar essa abordagem de cuidado, experiências internacionais recomendam a utilização de ferramentas clínicas, denominadas de apoio à decisão, para subsidiar a comunicação e deliberação dessas informações. Essas estratégias são indicadas, geralmente, quando existem opções razoáveis em termos de resultados de saúde, que as pessoas valorizam de maneira diferente.

Referência:

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2217 de 17 de setembro de 2018. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em: 16 out 2024.

COYLEWRIGHT, M. et al. Pragmatic study of clinician use of a personalized patient decision aid integrated into the electronic health record: an 8-year experience. Telemedicine and E-Health, v. 26, n. 5, p: 597-602, 2020. doi: 10.1089/tmj.2019.0112

Desfechos Clínicos: impacto da condição de saúde na vida do paciente. Aspecto altamente relevante para o cuidado baseado em valor, pois se mensurado pode facilitar o direcionamento para realização do melhor tratamento possível para as condições do paciente.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Glossário. Anexo II. Resolução Normativa - RN nº 506, de 30 de março de 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Ng==>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Detecção Precoce: identificação do câncer em estágios iniciais, quando as chances de tratamento e cura são maiores. A detecção precoce do câncer constitui-se de duas estratégias. A primeira refere-se ao rastreamento, que tem por objetivo encontrar o câncer pré-clínico ou as lesões pré-cancerígenas, por meio de exames de rotina em uma população-alvo sem sinais e sintomas sugestivos do câncer rastreado. A segunda corresponde ao diagnóstico precoce, que busca identificar o câncer em estágio inicial em pessoas que apresentam sinais e sintomas suspeitos da doença.

Referência:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Detecção Precoce do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf>. Acesso em: 8 out 2024.

Diretiva Antecipada de Vontade - DAV: documento que registra a vontade de uma pessoa de forma antecipada, em relação aos cuidados e tratamentos para momentos em que a pessoa está incapacitada de se manifestar.

Referência:

OLIVEIRA, CARLOS E. ELIAS DE. Diretiva Antecipada de Vontade Lato Sensu: o que deve acontecer com a vida, o corpo e o patrimônio no caso de perda de lucidez ou de morte? Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/Senado, Agosto 2023 (Texto para Discussão nº 320). Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td320>. Acesso em: 11 ago. 2023.

Distanásia: prolongamento da vida de modo exagerado de forma artificial quando não há perspectiva de cura ou melhora. O termo também é empregado para designar tratamento inútil. Pode ser entendido como obstinação terapêutica, quando o médico, com o objetivo de salvar a vida do paciente sem possibilidade terapêutica, submete-o a grande sofrimento, prolongando não a vida, mas o processo de morrer.

Referência:

PESSINI, LEO. Distanásia: Até quando investir sem agredir. Revista Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 4, n. 1, 1996. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/issue/view/27>. Acesso em: 13 out. 2024.

E

Educação permanente: processo ininterrupto de aprofundamento educacional que contempla um conjunto de experiências subsequentes à formação inicial do profissional, que possibilita ao mesmo tempo manter ou aprimorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando, desse modo, a competência como atributo individual. Contempla ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho e tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Referência:

TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. (org). Glossário de análise política em Saúde. Salvador: Edufba, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>>. Acesso em 12 set. 2024.

Entidades Acreditoras em Saúde - EAS: pessoas jurídicas que têm reconhecimento de competência como organismos certificadores emitido pela The International Society For Quality in Health Care - ISQua, ou pela Coordenação Geral de Acreditação do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - Cgcre/Inmetro e cumpram os demais critérios estabelecidos pela Resolução Normativa nº 506, de 30 de março de 2022, e suas alterações.

Referência:



AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa n.º 506 de 30 de março de 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Ng==>>. Acesso em 1 out. 2024.

Embolização: tratamento para bloquear ou reduzir o suprimento de sangue ao câncer, injetando materiais para bloquear a artéria que fornece sangue ao tumor.

Referência:

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). Cancer Glossary: Definitions & Phonetic Pronunciations. 2024. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/understanding-cancer/glossary.html>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Estadiamento do câncer: processo que determina a localização e a extensão do câncer presente no corpo do paciente, assim como seu avanço no organismo.

Diferentes sistemas de estadiamento são usados para diferentes tipos de câncer. O sistema de estadiamento TNM é o mais utilizado. Ver estadiamento TNM.

Referências:

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). Cancer Glossary: Definitions & Phonetic Pronunciations. 2024. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/understanding-cancer/glossary.html>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

ONCOGUIA. Estadiamento do Câncer. 2023. Disponível em: <<https://www.oncoguia.org.br/conteudo/estadiamento-do-cancer/16880/1343/#secao5>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Estadiamento TNM: escore utilizado pela União Internacional para o Controle do Câncer (UICC) para classificação de tumores malignos. Esse sistema baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N), e a presença ou ausência de metástases a distância (M). Estes parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente.

Referência:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Estadiamento: estadiar um caso de câncer significa avaliar seu grau de disseminação. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/como-surge-o-cancer/estadiamento>>. Acesso em: 25 set. 2024.

Estágio do Câncer: refere-se ao tamanho do câncer e se ele se espalhou para outras partes do corpo a partir do local onde começou. O estágio clínico é determinado com base em exames físicos, biópsias e exames de imagem. O estágio patológico é baseado na aparência das células e nas amostras de tecido analisadas ao microscópio durante uma cirurgia ou biópsia.

Referência:

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). Cancer Glossary: Definitions & Phonetic Pronunciations. 2024. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/understanding-cancer/glossary.html>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Estágio I do Câncer de Mama - Cânceres de mama ainda relativamente pequenos e que não se disseminaram para os linfonodos ou que têm apenas uma pequena área de câncer disseminada no linfonodo sentinela.

Referência:

ONCOGUIA. Tipos de Câncer de Mama. Disponível em: <<https://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamento-do-cancer-de-mama-por-estagio/6566/265/>>. Acesso em: 12 set. 2024.

Exame anatomopatológico: análise macro e microscópica de fragmentos de órgãos ou tecidos retirados através de biópsia ou cirurgia. É um procedimento médico necessário para o diagnóstico de doenças ou para estabelecer o estadiamento de tumores, a partir do estudo de amostras de tecidos e



órgãos retirados de pacientes.

Referência:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA (SBP). Parecer 42. 2024. Disponível em: <<https://www.sbp.org.br/pareceres/parecer-42/#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20um%20procedimento,e%20%C3%B3rg%C3%A3os%20retirados%20de%20pacientes>>. Acesso em 12 set. 2024.

Excesso de peso corporal: indivíduo com índice de massa corporal (IMC) ≥ 25 kg/m² (World Health Organization, 2000), calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros.

Referência:

WHO Consultation on Obesity (1999: Geneva, Switzerland) & World Health Organization. (2000). Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation. World Health Organization. Disponível em: <<https://iris.who.int/handle/10665/42330>> . Acesso em 12 set. 2024.

F

Fase final de vida: fase da doença em que existe piora progressiva de funcionalidade, aumento de carga sintomática e maior demanda de cuidados em decorrência da progressão da própria doença, associada a um tempo de sobrevivência estimado reduzido.

Referência:

D'ALESSANDRO, Maria Perez Soares (Ed.) et al. Manual de cuidados paliativos. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. 424 p. E-book. (Programa de Cuidados Paliativos no SUS - Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar, 2021 - 2023, do PROADI-SUS). ISBN 978-65-85051-58-3. Disponível em: <<https://proadi-sus.org.br/manual-cuidados-paliativos.pdf>> . Acesso em: 16 out. 2024.

Fee for Service - pagamento por procedimento: Corresponde ao pagamento aos prestadores diretamente vinculado à realização de procedimentos ou eventos, elencados em tabelas com a discriminação de seus valores, que se dá pelo somatório de cada procedimento, evento ou itens - materiais, medicamentos, honorários profissionais, diárias hospitalares, exames complementares etc., pagos item a item, em modelo de conta aberta.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Guia para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor . 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf>. Acesso em 12 set. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Padrão TISS/ANS. Representações & Conceitos. Setembro 2024.

G

Gestão da informação em saúde: conjunto de processos que envolve o desenvolvimento e a utilização de sistemas de controle de informações e de sistematização da comunicação. Esses sistemas permitem autonomia aos profissionais com base na facilidade de acesso e uso de informações sistematizadas, o que contribui diretamente para o aperfeiçoamento de um ambiente sistêmico.

A gestão da informação na área da saúde é uma estratégia importante para a elaboração das atividades rotineiras de um serviço de saúde. É principalmente caracterizada pela capacidade de produzir efetividade nos resultados, por meio dos aportes estratégicos e tecnológicos da informação.

Referência:

BORGES, F.Q. Gestão da Informação no Sistema Único de Saúde. Revista de Administração FACES Journal, v.13, n.2, p.83-98, 2014. Disponível em: <<http://www.fumec.br/revistas/facesp/article/view/2021>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Gestor do cuidado - vide Coordenador do cuidado



H

Horário ampliado: funcionamento do serviço de saúde de segunda a sábado, com um total mínimo de 44 horas semanais, sendo pelo menos 2 dias de funcionamento a partir das 08h e 2 dias até as 20h. Uma maior amplitude do horário de funcionamento dos serviços de saúde tem como objetivo ampliar o acesso dos beneficiários ao serviço, inclusive em horários após a jornada de trabalho.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Anexo I. Resolução Normativa - RN nº 506, de 30 de março de 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Ng==>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Humanização da atenção: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores.

Referência:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC Nº 36 de 3 de junho de 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html> . Acesso em 8 out. 2024.

I

Incidência: expressa o número de casos novos de uma doença em um determinado período de tempo, em uma população exposta ao risco de adoecer. A incidência pode ser expressa em números absolutos de casos novos em um intervalo de tempo em uma população definida. Entretanto, para que se possa fazer comparações é necessário levar em conta o tamanho da população sob risco. Desta forma, a incidência pode ser expressa como coeficiente de incidência.

De acordo com LIMA, PORDEUS & ROUQUAYROL (2017), coeficiente de incidência "constitui medida do risco de doença ou agravo fundamentalmente nos estudos da etiologia de doenças agudas e crônicas. É a razão entre o número de casos novos de uma doença que ocorre numa coletividade, num intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir referida doença no mesmo período, multiplicando-se o resultado por potência de 10, que é a base referencial da população".

Referências:

FRANCO, Laércio J.; PASSOS, Afonso Dinis C. Fundamentos de epidemiologia. Barueri: Editora Manole, 2022.

ROUQUAYROL, Maria Z.; GURGEL, Marcelo. Rouquayrol - Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2017.

Indicadores: dados ou informações, preferencialmente numéricos, que representam um determinado fenômeno, e que são utilizados para medir um processo ou seus resultados. Podem ser obtidos durante a realização de um processo ou ao seu final.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Anexo I. Glossário. Resolução Normativa - RN nº 506, de 30 de março de 2022. Disponível em:< <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Ng==>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Informação em saúde: conjunto de dados e conhecimentos que permite a compreensão sobre situações relacionadas à saúde, permitindo o monitoramento das condições de vida da população. Inclui perfil da população (de que adoecem e morre, dados demográficos e socioeconômicos); serviços prestados; materiais e medicamentos consumidos; força de trabalho envolvida, utilização de serviços de saúde, e etc. Trata-se, portanto, de uma ferramenta de gestão em saúde, uma vez que permite planejamento, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde.



Referência:

MORENO, A.B.; COELI, C.M.; MUNK, S. Informação em Saúde. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/infosau.html>>. Acesso em 29 mai. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Informação em Saúde. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalistico/informacao-em-saude> . Acesso em 15 de set 2024.

Interdisciplinaridade: processos de interação entre conhecimento racional e conhecimento sensível, e de integração entre saberes diferentes, e simultaneamente, indissociáveis na produção de sentido da vida. A busca pela integração e interação entre as diferentes áreas de conhecimento e/ou disciplinas precisa considerar o grau de autonomia necessário a cada uma delas.

Referência:

PEREIRA, I. B. Interdisciplinaridade. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/int.html>>. Acesso em 29 mai. 2024.

J

Jornada do paciente: compreende a vivência do paciente durante todo o ciclo de cuidado, sua trajetória que pode ser desde o aparecimento de sinais e sintomas, ou diagnóstico e suas interações com os serviços e profissionais de saúde. A jornada do paciente considera ainda a percepção do paciente a partir de sua interação com profissionais e serviços de saúde ao longo do processo de atendimento em saúde.

Referência:

GIRARDI, T. F. & OLIVEIRA, B. F de. Design em serviços de saúde: a jornada do paciente in: Design em pesquisa. OLIVEIRA, G.G de & NUÑEZ (orgs). Porto Alegre: Marca visual, 2021. 720 p. digital. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/232932/001133457.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 15 de set de 2024.



L

Laudo anatomopatológico: exame baseado em análise interpretativa e subjetiva do profissional médico patologista, sendo, assim, ato médico que requer informes clínicos, laboratoriais, estudos de imagem para interpretação adequada, principalmente com a evolução dos métodos de investigação que propiciam ao patologista amostras cada vez menores, com aspectos macroscópicos irrelevantes. Os patologistas devem reunir todas as informações do caso para elaborar um diagnóstico objetivo contendo todas as informações necessárias à elaboração do plano terapêutico. Desse modo, aproximar dos patologistas todos os profissionais médicos envolvidos com as etapas pregressas à elaboração do laudo anatomopatológico é uma condição necessária para a qualidade do cuidado ao paciente. Podem ser incluídos nesta lista desde o médico que possui a história clínica do indivíduo e suas hipóteses, o radiologista, o endoscopista, o cirurgião ou outros que atuem com os aspectos topográficos e macroscópicos das lesões suspeitas.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Projeto OncoRede: A (re)organização da rede de Atenção Oncológica na saúde suplementar. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf>>. Acesso em 29 mai. 2024.

Lesão eczematosa ou eczema: tipo de dermatose que se caracteriza por apresentar vários tipos de lesões. Pode ser agudo, subagudo ou crônico. A versão aguda tem lesões que começam com marcas avermelhadas com bolhas de conteúdo aquoso na superfície que, ao se romperem, eliminam um líquido claro, o que caracteriza a fase subaguda do eczema. Já na fase crônica, a secreção começa a secar, levando à formação de crostas. Nessa etapa, se observa também o aumento da espessura da pele. O paciente pode ter eczema agudo, agudo/subagudo, subagudo/crônico ou só crônico. Assim, não é necessário o mesmo paciente ter todas as fases de um eczema para se fazer o diagnóstico da dermatose.

Referência:

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Glossário Saúde Brasil - Metástase.14 de dez 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/glossario/metastase#:~:text=A%20met%C3%A1stase%20acontece%20quando%20as,se%20iniciou%2C%20for> Acesso em: 25 set. 2024

Modelos de Remuneração Baseados em Valor: modelos de pagamento que incentivam o pagamento orientado para a geração de valor e qualidade, em vez de simplesmente pagar por serviços prestados ou procedimentos realizados (fee-for-service). A remuneração deve estar vinculada ao aumento da qualidade assistencial e à necessidade de redução de desperdícios na prestação dos serviços de saúde. A forma como se estabelece a remuneração dos prestadores de Serviços não deve ser confundida com os valores monetários pagos aos prestadores.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Anexo I. Resolução Normativa - RN nº 506, de 30 de março de 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Ng==>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Monitoramento de projeto ou programa: Observação e registro regular das atividades de um projeto ou programa, com o objetivo identificar tanto não conformidades reais como potenciais, e ainda, apontar pontos de melhoria.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Anexo I. Glossário. Resolução Normativa - RN nº 506, de 30 de março de 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Ng==>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Multidisciplinar: Atividades ou ações realizadas por representantes de uma série de profissões, disciplinas ou áreas de serviço.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Anexo I. Glossário. Resolução Normativa - RN nº 506, de 30 de março de 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Ng==>>. Acesso em: 29 mai. 2024.



N

Navegação do cuidado: acompanhamento e orientação do paciente desde o início do tratamento até o final da vida do paciente fazendo sua integração com a rede assistencial. O apoio ao paciente com câncer pode ocorrer de forma presencial, híbrida ou à distância e não se confunde com coordenação do cuidado ou da clínica, por meio de consultas com o oncologista clínico e com outros membros da equipe multiprofissional, discussão de plano terapêutico, entre outras ações.

Referência:

BORCHARTT, D. B.; SANGOI, K. C. M. The importance of the navigator nurse in cancer patient care: an integrative literature review. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 5, p. e25511528024, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i5.28024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28024>. Acesso em: 1 oct. 2024.

Navegador do cuidado : Profissional de saúde, em geral um enfermeiro, que tem como função apoiar o paciente a transitar de forma oportuna e assertiva pelo sistema de saúde, facilitando assim o seu itinerário terapêutico na rede de atenção. O apoio ao paciente com Câncer pode ocorrer de forma presencial, híbrida ou à distância e não se confunde com coordenação do cuidado ou da clínica, por meio de consultas com o oncologista clínico e com outros membros da equipe multiprofissional, discussão de plano terapêutico, entre outras ações. É um termo bastante usado na atenção ao paciente oncológico.

Referência:

BORCHARTT, D. B.; SANGOI, K. C. M. The importance of the navigator nurse in cancer patient care: an integrative literature review. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 5, p. e25511528024, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i5.28024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28024>. Acesso em: 1 oct. 2024.

Neoplasia: Lesão tecidual que se caracteriza por modificação celular proliferativa que pode ser maligna, benigna, indeterminada ou borderline.

Referência:

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Glossário temático: controle de câncer/Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos; Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//glossario-tematico-controle-de-cancer.pdf>>. Acesso em 29 mai. 2024.

Neoplasia Maligna - Lesão tecidual que se caracteriza por modificação celular proliferativa com características malignas devidas ao crescimento desordenado de células que podem invadir tecidos e órgãos adjacentes e/ou espalhar-se para outras regiões do corpo.

Referência:

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Glossário temático: controle de câncer/Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos; Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//glossario-tematico-controle-de-cancer.pdf>>. Acesso em 29 mai. 2024.

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. É função primordial do NSP a integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Ouvidoria. Manual do programa de acreditação de operadoras de planos privados de assistência à saúde: RN 507/2022 [recurso eletrônico] / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Ouvidoria. - Rio de Janeiro: ANS, novembro, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/Manual_de_Acreditao_r06.pdf> Acesso em 12 nov. 2024.



O

Obesidade: Doença crônica onde há acúmulo anormal ou excessivo de gordura no corpo, podendo causar alterações prejudiciais à saúde. O sobrepeso e a obesidade estão associados aos cânceres no esôfago, estômago, pâncreas, fígado, mama, ovários, dentre outros. Há limitações para se definir o peso ideal de um indivíduo, uma vez que a composição do peso (percentual de gordura e músculos) também influencia no peso ideal. Entretanto, a literatura estabelece como medida padrão o Índice de Massa Corporal (IMC) expresso em kg/m^2 , ou seja, o resultado do peso (Kg) dividido pela altura (metros) elevado ao quadrado. O IMC associado a obesidade é aquele com valores maiores ou iguais a 30 kg/m^2 .

Referência:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABEOSM). Diretrizes brasileiras de obesidade .2016. 4.ed. - São Paulo, SP. Disponível em: <<https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>> . Acesso em: 3 out. 2024.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABEOSM). Vamos falar sobre obesidade? 2021, Disponível em: <<https://abeso.org.br/vamos-falar-sobre-obesidade/#:~:text=Obesidade%20%C3%A9%20uma%20doen%C3%A7a%20cr%C3%B4nica,de%20crian%C3%A7as%2C%20adolescentes%20e%20adultos>>. Acesso em: 15 set. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.(INCA). Ministério da Saúde. Peso Corporal: Manter o peso corporal adequado é uma das principais formas de prevenir o câncer. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/peso->

corporal#:~:text=Uma%20das%20principais%20formas%20de%20avaliar%20se%20o%20peso%20corporal,24%2C9%20. Acesso em: 15 set. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Agency for Research in Cancer. Código europeu contra o cancro. O que significa «peso corporal saudável»? Será que tenho um peso corporal saudável? Disponível em: <<https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pt/12-formas/peso-corporal-saudavel/1429-o-que-significa-peso-corporal-saudavel-sera-que-tenho-um-peso-corporal-saudavel>> . Acesso em: 15 set. 2024.

Oncogene: Um gene cuja presença e função em uma célula contribui para a sua mutação maligna.

Referência:

CENTRE DE CANCÉROLOGIE DE LA PORTE DE SAINT-CLOUD (CCPSC). American Hospital of Paris. 2023. Disponível em: <<https://www.ccpsc.fr/en/page.php?id=116>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Ortotanásia: é o cuidado de pessoas que estão em estado terminal sem o prolongamento da vida de forma artificial e a utilização de procedimentos que aumentem o sofrimento do paciente de forma desnecessária por meio de métodos desproporcionais de prolongamento da vida. O objetivo é respeitar a dignidade da pessoa e permitir que ela morra naturalmente, sem sofrimento, sem provocar a morte, mas também sem tentar adiá-la com intervenções que não trazem benefícios. Em resumo, ortotanásia busca uma morte digna, com conforto, ao invés de prolongar a vida de maneira que cause dor ou desconforto.

Referência:

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM N.º 2217 de 17 de setembro de 2018. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2024.

FELIX, Z. C. et al.. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 9, p. 2733-2746, set. 2013. Acesso em 16 out. 2024.

P

Perfil Demográfico: Análise das características de uma população, com utilização de alguns aspectos do comportamento demográfico para auxiliar na definição do perfil de saúde da população. Os indicadores básicos de saúde, inseridos no tema demografia, estão distribuídos em três subtemas: fecundidade, mortalidade e longevidade.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Glossário Anexo II da Resolução Normativa - RN nº 507, de 30 de março de 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE5Ng==>>Acesso em: 29 mai.2024.

Perfil de risco: classificação dos riscos de adoecimento e morte associados ao conjunto de beneficiários de um plano de saúde. Os principais componentes desse perfil incluem: características epidemiológicas e demográficas da carteira de beneficiários.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Anexo I. Glossário. Resolução Normativa - RN nº 506, de 30 de março de 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Ng==>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Perfil Epidemiológico: Levantamento detalhado das características sociais e demográficas, ocorrência de morbimortalidade, condições ambientais e de consumo coletivo, e de controle social. É um indicador observacional das condições de vida, do processo saúde-doença e do estágio de desenvolvimento da população.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Glossário. Anexo II da Resolução Normativa - RN nº 507, de 30 de março de 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE5Ng==>>Acesso em: 29 mai.2024.



ao longo de várias gerações da mesma família. Às vezes pode ser explicado pela presença de genes defeituosos ou mutações na composição genética da família que, em muitos casos, ocasiona o câncer.

Referência:

CENTRE DE CANCÉROLOGIE DE LA PORTE DE SAINT-CLOUD (CCPSC). American Hospital of Paris. 2023. Disponível em: <<https://www.ccpsc.fr/en/page.php?id=116>>. Acesso em 29 mai. 2024.

Prevalência: Número total de casos de uma determinada doença, em uma população definida, em um determinado período de tempo.

Referência:

ROUQUAYROL, Maria Z.; GURGEL, Marcelo. Rouquayrol - Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2017.

Protocolo clínico: conjunto de orientações que abrangem exames ou procedimentos para o tratamento de um determinado tipo de câncer. É desenvolvido de acordo com a atualização das evidências científicas.

Referência:

CENTRE DE CANCÉROLOGIE DE LA PORTE DE SAINT-CLOUD (CCPSC). American Hospital of Paris. 2023. Disponível em: <<https://www.ccpsc.fr/en/page.php?id=116>>. Acesso em 29 mai. 2024.

R

Radioterapia: A radioterapia é um tratamento no qual se utilizam radiações ionizantes (raios-x, por exemplo), que são um tipo de energia para destruir as células do tumor ou impedir que elas se multipliquem. Essas radiações não são vistas durante a aplicação e o paciente não sente nada durante a aplicação.

Tipos de Radioterapia:

· Radioterapia externa ou teleterapia - A radiação é emitida por um aparelho, que fica afastado do paciente, direcionado ao local a ser tratado, com o paciente deitado. Geralmente as aplicações são diárias.

· Braquiterapia - A braquiterapia é um tipo de radioterapia interna que consiste na aplicação de material radioativo diretamente sobre ou próximo ao tumor. Dependendo do tumor e da anatomia do paciente podem ser utilizados diferentes dispositivos (cateteres, aplicadores) para o tratamento. Essa técnica permite uma alta dose de radiação na área afetada, minimizando a exposição de tecidos saudáveis circundantes, o que pode levar a menos efeitos colaterais em comparação com a radioterapia externa.

As fontes radioativas, que podem ser sementes, cápsulas ou fios, emitem radiação que destrói as células cancerosas.

Existem duas principais modalidades:

▣ Alta Taxa de Dose (HDR): A fonte radioativa é inserida temporariamente no local do tumor por um curto período, geralmente alguns minutos, e depois removida.

▣ Baixa Taxa de Dose (LDR): As fontes radioativas são implantadas permanentemente e liberam radiação de forma contínua por um período prolongado.

Referência:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.(INCA). Ministério da Saúde. Radioterapia. 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/radioterapia>>. Acesso em: 24 de set de 2024.

JOHNS HOPKINS MEDICINE. Health Treatments, Tests and Therapies. Brachytherapy. Disponível em:<<https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/brachytherapy#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20braquiterapia?,de%20longa%20dura%C3%A7%C3%A3o>> Acesso em: 15 jul. 2025.

Rastreamento do câncer: Testes, exames ou procedimentos usados para detectar câncer ou lesões pré-cancerosas em pessoas de uma determinada população que não apresentam sinais ou sintomas da doença. O rastreio aumenta a probabilidade de detectar certos tipos de câncer de forma



precoce, quando são pequenos, não se espalharam pelo corpo e podem ser mais fáceis de tratar. O rastreamento difere dos testes de diagnóstico que focam na tentativa de descobrir a causa dos sintomas de uma pessoa. Pode ser chamado de prevenção secundária.

Referências:

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). Cancer Glossary: Definitions & Phonetic Pronunciations. 2024. Disponível em: < <https://www.cancer.org/cancer/understanding-cancer/glossary.html>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Glossário temático: controle de câncer/Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos; Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//glossario-tematico-controle-de-cancer.pdf>>. Acesso em 29 mai. 2024.

CANADIAN CANCER SOCIETY (CCS). Glossary. 2024. Disponível em: < <https://cancer.ca/en/cancer-information/resources/glossary/s/screening>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Receptor de estrogênio (ER): é uma proteína encontrada nas células dos tecidos reprodutivos femininos, alguns outros tipos de tecidos e algumas células cancerígenas. Um teste laboratorial é feito para descobrir se as células cancerígenas possuem estes receptores, podendo afetar a forma de tratamento.

Referência:

ONCOGUIA. Tipos de Câncer - câncer de mama. Disponível em: <<https://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-de-mama-receptor-de-hormonio/10879/264/>>. Acesso em: 1 out. 2024.

Receptor de progesterona (PR): é uma proteína encontrada nas células dos tecidos reprodutivos femininos, alguns outros tipos de tecidos e algumas células cancerígenas. Um teste laboratorial é feito para descobrir se as células cancerígenas possuem estes receptores, podendo afetar a forma de tratamento.

Referência:

ONCOGUIA. Tipos de Câncer - câncer de mama. Disponível em: <<https://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-de-mama-receptor-de-hormonio/10879/264/>>. Acesso em: 1 out. 2024.

Receptor do fator de crescimento epidérmico humano-2 (HER2): é uma proteína envolvida no crescimento celular normal, mas pode ser produzida em quantidades maiores por alguns tipos de células cancerígenas, incluindo câncer de mama, bexiga, pâncreas e estômago.

Referência:

ONCOGUIA. Tipos de Câncer - câncer de mama. Disponível em: <<https://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-de-mama-receptor-de-hormonio/10879/264/>>. Acesso em: 1 out. 2024.

Reconstrução mamária: cirurgia de reconstrução mamária com objetivo de restabelecer a estética corporal e melhorar a autoimagem da paciente, restaurando o volume perdido e assegurando simetria com a mama contralateral.

Referência:

PAREDES, C. G. et al. Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 28, n. 1, p. 100-104, jan. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-51752013000100017>>. Acesso em: 25 set. 2024.

Rede de Atenção à Saúde - RAS: arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Referência:



AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Glossário. Anexo II da Resolução Normativa - RN nº 507, de 30 de março de 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE5Ng==>> Acesso em: 29 mai.2024.

BRASIL. As Redes de Atenção à Saúde. 2020. Disponível. em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude-1.a>> Acesso em: 3 out. 2024.

Rede Assistencial: Rede Prestadora ou Rede de Prestadores de Serviços. Conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Glossário. Anexo II da Resolução Normativa - RN nº 507, de 30 de março de 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE5Ng==>> Acesso em: 29 mai.2024.

Reunião de Equipe Multidisciplinar: Reunião entre especialistas de saúde durante a qual são discutidos os tratamentos propostos para determinado paciente, avalia-se a qualidade de vida do paciente que resulta dos diversos tratamentos e são analisados os benefícios e riscos envolvidos. Um plano de tratamento é elaborado nessas reuniões e esse instrumento é explicado ao paciente posteriormente.

Referência:

CENTRE DE CANCÉROLOGIE DE LA PORTE DE SAINT-CLOUD (CCPSC). American Hospital of Paris. 2023. Disponível em: <<https://www.ccpsc.fr/en/page.php?id=116>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Risco Moral: O risco moral (do inglês moral hazard) é caracterizado como aumento da utilização de serviços pelos usuários, quando cobertos, ou seja, pela sobreutilização dos serviços de saúde na presença de seguro. Desta forma, os indivíduos que possuem algum tipo de plano de saúde tenderiam a sobreutilizar os serviços, visto que o custo marginal de utilização é zero ou próximo de zero. Assim, haveria uso desnecessário de consultas médicas e procedimentos por parte dos beneficiários, a partir de uma lógica que poderia ser resumida pela ideia: "já que estou pagando, vou usar". Uma espécie de "perversão" da tendência ao consumo

Referência:

Anexo II da Resolução Normativa - RN ANS nº. 506, de 30 de março de 2022 (alterada pela RN nº. 572, de 23 de fevereiro de 2023).

Risco padrão: O risco da população em geral, sem analisar os fatores de risco de cada indivíduo. Os fatores de risco devem ser avaliados para subsidiar a conduta clínica do médico assistente na consulta.

Referência:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Detecção Precoce do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/deteccao-precoce-do-cancer_0.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2024.

S

Saída: considera-se saída da instituição aquela que se dá por alta (cura, melhora, estado inalterado, evasão, desistência do tratamento, transferência externa) ou por óbito.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Manual Metodológico do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/Manual_Metodologico_Qualiss_r09.pdf>. Acesso em 8 out 2024.

Síndrome de câncer familiar: o mesmo que Predisposição hereditária para o Câncer ou predisposição genética ao câncer.



Sobrediagnóstico: é quando uma pessoa é diagnosticada com câncer que não causaria problemas durante sua vida. Ou seja, se ela não tivesse feito testes (como exames de rastreamento ou outro tipo de exame), poderia nunca saber que tinha câncer e não morreria por causa da doença. Esse é um dano potencial dos esforços para se alcançar um diagnóstico precoce e, particularmente, para a identificação de doenças em pessoas aparentemente saudáveis - o rastreamento. É uma questão complexa importante de ser compreendida em nível populacional, mas difícil de prever no nível individual. Deve ser uma das principais considerações ao avaliar o equilíbrio entre benefícios e danos associados a intervenções como o rastreamento do câncer.

Referência:

CANCER RESEARCH UK . Cancer Overdiagnosis. 2020. Disponível em: <<https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/screening/overdiagnosis>>. Acesso em: 28 mai. 2024.

Sobrepeso: medida de massa corporal ajustada pela altura, aferida pelo índice de Massa Corporal (IMC) na faixa de 25 a 29,9 kg/m². Entretanto, há limitações para se definir o peso ideal de um indivíduo, uma vez que a composição do peso (percentual de gordura e músculos) também influencia no peso ideal, o que pode ser extrapolado para a definição de sobrepeso.

Referência:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABEOM). Diretrizes brasileiras de obesidade .2016. 4.ed. - São Paulo, SP. Disponível em: <<https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>> . Acesso em: 3 out .2024

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABEOM). Vamos falar sobre obesidade? 2021, Disponível em: <<https://abeso.org.br/vamos-falar-sobre-obesidade/#:~:text=Obesidade%20%C3%A9%20uma%20doen%C3%A7a%20cr%C3%B4nica,de%20crian%C3%A7as%20adolescentes%20e%20adultos>>. Acesso em: 15 set. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Peso Corporal: Manter o peso corporal adequado é uma das principais formas de prevenir o câncer. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/peso-corporal#:~:text=Uma%20das%20principais%20formas%20de%20avaliar%20se%20o%20peso%20corporal,24%2C9%20>>. Acesso em: 15 set .2024.



WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Agency for Research in Cancer. Código europeu contra o cancro. O que significa «peso corporal saudável»? Será que tenho um peso corporal saudável? Disponível em: <<https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pt/12-formas/peso-corporal-saudavel/1429-o-que-significa-peso-corporal-saudavel-sera-que-tenho-um-peso-corporal-saudavel>> . Acesso em: 15 set. 2024.

Sociedade Coligada: De acordo com o § 1º do artigo 243 da Lei nº. 6.404/1976 (Lei das Sociedades por Ações), são coligadas as sociedades nas quais a investidora tenha influência significativa. O assunto também é tratado no Código Civil, em seus artigos 1.097 a 1.100. Tal diploma define que são coligadas as sociedades que, em suas relações de capital, são controladas, filiadas, ou de simples participação. É controlada a sociedade de cujo capital outra sociedade possua a maioria dos votos nas deliberações dos quotistas ou da assembleia geral e o poder de eleger a maioria dos administradores; bem como a sociedade cujo controle esteja em poder de outra, mediante ações ou quotas possuídas por sociedades ou sociedades por esta já controladas. Diz-se coligada ou filiada a sociedade de cujo capital outra sociedade participa com dez por cento ou mais, do capital da outra, sem controlá-la. Considera-se como de simples participação a sociedade de cujo capital outra sociedade possua menos de dez por cento do capital com direito de voto. A coligação, no sentido empresarial, é a agregação de organizações que se aliam visando um fim comum, havendo vinculação entre si através da participação de uma no capital social da outra.

Referência:

Vocabulário Jurídico. Supremo Tribunal Federal. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudencia/tesauro/pesquisa.asp?pesquisaLivre=SOCIEDADE%20COLIGADA>

Sofrimento Psíquico: o sofrimento psíquico produzido pela doença e pelo tratamento, muitas vezes invasivo e mutilador. Tal sofrimento inclui as perdas trazidas pela doença, sendo o diagnóstico oncológico, em qualquer idade, um tipo de evento imprevisto e singular, que desafia os recursos cognitivos e emocionais, especialmente na velhice, fase já caracterizada por perdas estruturais e ritos de passagem. Além disso, deve ser ressaltada a importância da escuta da subjetividade no tratamento.

Referência:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Ministério da Saúde. Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico?/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Apresentação. Ana Beatriz Rocha Bernat, Daphne Rodrigues Pereira, Monica Marchese Swinerd (organizadores). - Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_psicologia_sofrimento_psiquico_paciente_oncologico.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2024.

T

Tecnologias leves: tecnologias de relações, estão presentes no espaço relacional trabalhador-usuário, implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos.

Referência:

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo 2S ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

Telessaúde: é o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) para oferecer serviços e apoio em saúde a distância, incluindo teleconsultas, telemonitoramento, telediagnóstico. Refere-se a uma ferramenta assistencial disponível a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal e obedecerá aos seguintes princípios:

I - autonomia do profissional de saúde;

II - consentimento livre e informado do paciente;

III - direito de recusa ao atendimento na modalidade telessaúde, com a garantia do atendimento presencial sempre que solicitado;

IV - dignidade e valorização do profissional de saúde;

V - assistência segura e com qualidade ao paciente;

VI - confidencialidade dos dados;

VII - promoção da universalização do acesso dos brasileiros às ações e aos serviços de saúde;

VIII - estrita observância das atribuições legais de cada profissão; e

IX - responsabilidade digital.

Referência:

BRASIL. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.510%2C%20DE%2027,15%20de%20abril%20de%202022](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.510%2C%20DE%2027,15%20de%20abril%20de%202022/2022/lei/L14510.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.510%2C%20DE%2027,15%20de%20abril%20de%202022)>. Acesso em 21 jun. 2024.

WHO. Telemedicine: opportunities and developments in Member States. Report on the second global survey on eHealth 2009. (Global Observatory for eHealth Series, 2). Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44497/9789241564144_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 13 ago. 2025

Tempo Oportuno: é o período durante o qual a prestação do cuidado - ou da intervenção se faz mais benéfica e necessária". A oportunidade, é um dos principais atributos da qualidade em saúde, definido como a redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.

Referência:



FIOCRUZ. PRAODESS. Acesso. Disponível em: <<https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=acesso>>. Acesso em: 28 mai. 2024.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. PMID: 25057539. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057539/>> . Acesso em: 3 out 2024.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): documento que comprova a concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados. A informação deve ser suficiente, clara, ampla e esclarecedora, de forma que o paciente tenha condições de decidir. Também conhecido como Termo de Consentimento Informado.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Glossário. Anexo II. Resolução Normativa - RN nº 506, de 30 de março de 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Ng==>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Tratamento adjuvante: tratamento utilizado em complementação ao tratamento principal. Geralmente se refere à terapia hormonal, quimioterapia, radioterapia ou imunoterapia que ocorre após a cirurgia para aumentar as chances de cura da doença ou mantê-la sob controle.

Referência:

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). Cancer Glossary: Definitions & Phonetic Pronunciations. 2024. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/understanding-cancer/glossary.html>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Tratamento excessivo: tratamento desnecessário para uma condição que não representa risco de vida ou que nunca causaria quaisquer sintomas. O tratamento excessivo pode causar problemas e efeitos colaterais prejudiciais. O tratamento excessivo pode ser resultado de um sobrediagnóstico, que ocorre quando um teste de rastreamento do câncer identifica uma lesão que teria desaparecido por si só ou não causaria problemas.

Referência:

NATIONAL CANCER INSTITUTE(NCI). Dictionary of Cancer Terms. Overtreatment. Disponível em: <<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/overtreatment>>. Acesso em 29 mai. 2024.

Tratamento padrão: tratamento estabelecido como mais eficaz, até então, para um determinado caso.

Referência:

ONCOGUIA. Glossário de termos utilizados no portal. 2021. Disponível em: <<https://www.oncoguia.org.br/conteudo/t/2611/489/>>. Acesso em 29 mai. 2024.

Tumor maligno de comportamento mais agressivo: câncer que se desenvolve, cresce ou se espalha rapidamente.

Referência:

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). Cancer Glossary: Definitions & Phonetic Pronunciations. 2024. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/understanding-cancer/glossary.html>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

U

Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia: unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente.

Referência:



BRASIL. DATASUS. Tipo de estabelecimento. Disponível em:<
http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm>. Acesso em 29 mai. 2024.

V

Valor em saúde: relação entre os resultados que importam para os pacientes - ou seja, os desfechos clínicos - e o custo para atingi-los, avaliada com o objetivo de oferecer qualidade ao paciente e colocá-lo no centro da estratégia. O conceito pode ser resumido na fórmula: valor = desfechos assistenciais/custo da assistência.

Referência:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Glossário. Anexo II. Resolução Normativa - RN nº 506, de 30 de março de 2022. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDE2Ng==>>. Acesso em: 29 mai. 2024.

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

