Juliana Ramos chaves

IMPLANTAÇÃO DE FLUXO DE TRATAMENTO ONCOLOGICO NO HOSPITAL NAVAL DE BELÉM

Belém -PA
2023

Juliana Ramos Chaves

IMPLANTAÇÃO DE FLUXO DE TRATAMENTO ONCOLOGICO NO HOSPITAL NAVAL DE BELÉM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador (a): Dra Priscilla Caran Contarato.

Belém-PA
2023

“A maior recompensa para o trabalho do homem não é o que ele ganha com isso, mas o que ele se torna com isso.”

John Ruskin.

RESUMO

Este projeto de intervenção buscou estabelecer um fluxo de tratamento oncológico no Hospital Naval de Belém (HNBE), devido à demora para início de tratamento dos pacientes oncológicos, uma vez que o serviço de quimioterapia foi inaugurado em março de 2022, e carecia de protocolos delineados em relação à logística assistencial. Evidenciou-se como as causas mais relevantes a tal atraso, a falta de um fluxo no serviço de oncologia e um documento explicativo para o paciente. A demora no início do tratamento oncológico pode ter várias consequências negativas para o paciente com câncer, como a redução da eficácia do tratamento, impacto na qualidade de vida, assim como pior prognóstico. Assim, construiu-se este trabalho com o objetivo de implementar um protocolo de fluxo de captação e seguimento de pacientes oncológicos, para reduzir o tempo de início da terapia oncológica. As ações perpassaram por desenvolver um fluxograma para comunicar cada etapa prevista para o tratamento individualizado, capacitar a equipe multiprofissional e multidisciplinar, e elaborar um documento explicativo para orientação do paciente para o seguimento quimioterápico. O projeto de intervenção está em fase de implementação no HNBE e pretende beneficiar o paciente oncológico, com início de tratamento em menor tempo para aumentar as chances de sucesso no tratamento e a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Quimioterapia, oncologia, gestão em saúde.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Taxas brutas de incidência estimadas dos tipos de neoplasias malignas, segundo sexo, para 2023.....1
Figura 2: Sala de infusão do Serviço de Oncologia HNBE.....7
Figura 3: Fluxograma com o direcionamento do paciente no tratamento quimioterápico.....11
Figura 4: Folheto de orientação do seguimento do tratamento para o paciente.....12

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....1
1.1 OBJETIVOS.....3
1.1.1 OBJETIVO GERAL.....3
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....3
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....3
3. O PROJETO DE INTERVENÇÃO.....6
3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....7
3.2. PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....8
3.3. GESTÃO DO PROJETO.....10
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....13
REFERÊNCIAS.....13

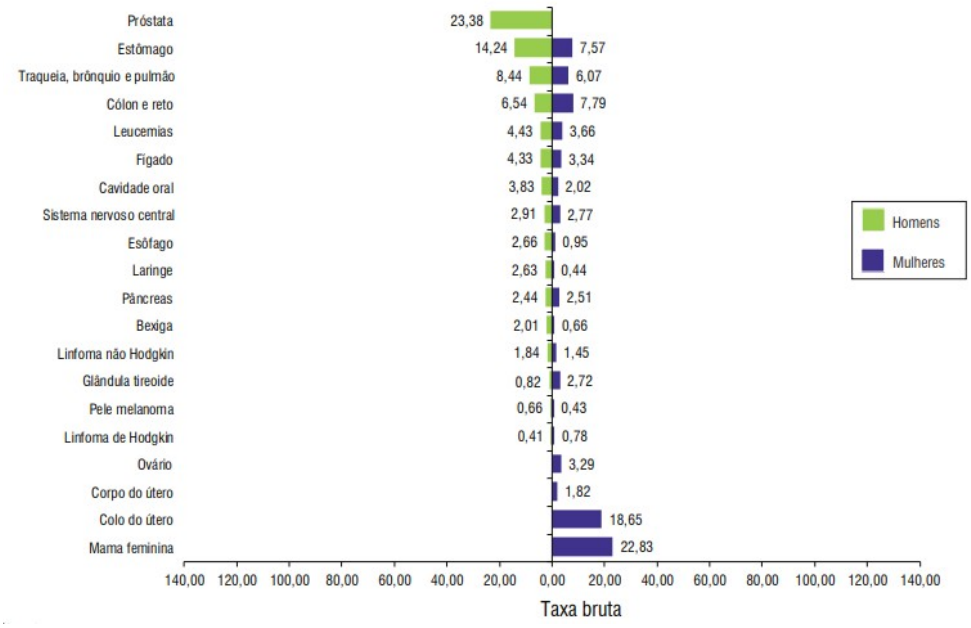
1. INTRODUÇÃO

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, figurando como uma das principais causas de morte e, como consequência, uma das principais barreiras para o aumento da expectativa de vida em todo o mundo (SUNG et al., 2021). O envelhecimento e a mudança de comportamento e do ambiente, incluindo mudanças estruturais, que têm impacto na mobilidade, na recreação, na dieta e na exposição a poluentes ambientais, favorecem o aumento da incidência e da mortalidade por câncer (WILD; WEIDERPASS; STEWART, 2020).

A estimativa para o Brasil no triênio de 2023 a 2025 aponta que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer, 483 mil se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma. Este é estimado como o mais incidente, com 220 mil casos novos (31,3%), seguido pelos cânceres de mama, com 74 mil (10,5%); próstata, com 72 mil (10,2%); cólon e reto, com 46 mil (6,5%); pulmão, com 32 mil (4,6%); e estômago, com 21 mil (3,1%) casos novos. (INCA)

No Pará, são estimados 34 mil casos de câncer entre 2023 e 2025, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA). Esta estimativa norteia a necessidade de serviços específicos eficientes e organizados para atender à demanda que a complexidade da doença impõe. Nessa perspectiva, dentre os tumores mais frequentes na região destacam-se próstata, mama, colo de útero e estomago (Figura 1).

Figura 1: Taxas brutas de incidência estimadas dos tipos de neoplasias malignas, segundo sexo, Pará 2023.



Fonte: INCA, 2023

*Valores por 100 mil habitantes.

A vigilância de câncer, no escopo das ações de controle das doenças não transmissíveis, apoiada nas informações de morbimortalidade obtidas pelos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), fornece os subsídios para que os gestores monitorem e organizem as ações para o controle de câncer, bem como o direcionamento da pesquisa em câncer (BRAY et al., 2014).

O centro norteador do funcionamento de um serviço ambulatorial de infusão de quimioterapia, bem como a capacidade de absorção de pacientes por estes serviços, é o fluxo estabelecido para o tratamento. É ele quem demanda a quantidade de paciente a ser atendido por dia, bem como as manipulações da farmácia, além dos encaixes e suspensões de pacientes.

No Hospital Naval de Belém, o que se observou em 1 ano de funcionamento do serviço de quimioterapia, é que ainda apresenta uma gestão assistencial deficiente no que tange a organização do serviço de quimioterapia ambulatorial. O agendamento de quimioterapia é um processo complexo por envolver diversas variáveis integradas num mesmo momento. Com alinhamento necessário de vários setores como: oncologia, secretaria geral, farmácia, enfermagem e assistente social. A dificuldade em gerenciar todas essas variáveis no processo de agendamento tem impacto direto na qualidade do serviço prestado nos serviços de quimioterapias ambulatoriais.

Assim a justificativa para realização do projeto no HNBE foi a variação do intervalo entre a prescrição médica do tratamento oncológico e o início do tratamento que resultam em um intervalo de tempo prolongado. Soma-se a esse fato, a impossibilidade de o paciente ter noção exata de quando irá iniciar a quimioterapia (tratamento oncológico). Dessa forma, existia a necessidade de implementação de um serviço de Oncologia com um fluxo objetivo, refinado e ágil para otimizar o tempo para o início do tratamento quimioterápico dos pacientes atendidos no Hospital Naval de Belém.

O atraso prolongado do início do tratamento pode gerar consequências para o paciente como: progressão do câncer, redução da eficácia do tratamento, impacto na qualidade de vida, causando sofrimento ao paciente, devido a sintomas não controlados e ao estresse emocional, e um pior prognóstico, já que quanto mais cedo o câncer for diagnosticado e tratado, melhores são as perspectivas de sobrevida e cura, resultando em um prognóstico menos favorável.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GERAL

Reduzir o tempo de início da terapia oncológica por meio da construção de protocolo de fluxo de captação e seguimento de paciente com câncer.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

• Identificar as causas da variação do tempo para início do tratamento.

• Elaborar fluxo de início de tratamento, com tramite burocrático a ser percorrido pelo usuário bem delineado.

• Criar documento explicativo para usuário.

• Melhorar a comunicação entre os setores envolvidos.

• Melhorar o entendimento do usuário no processo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer, sendo uma doença que emerge das falhas dos mecanismos de controle da divisão celular, é o principal problema de saúde pública no mundo, bem como, em número e proporção, se situa como um importante causa de mortalidade populacional (MATTHEWS et al., 2022). Nesse contexto, estudos ecológicos apontam que, cerca de 19 a 20 milhões de casos de câncer são diagnosticados anualmente no mundo (CHHIKARA; PARANG, 2022). Estima-se que um em cada cinco indivíduos terão câncer durante sua vida (FERLAY et al., 2021; SUNG et al., 2021).

Dentre os fatores associados ao surgimento de neoplasias malignas, a predisposição genética, a influência ambiental e estilos de vida nocivos, que têm impacto na mobilidade, na recreação, na dieta e na exposição a poluentes ambientais, favorecem o aumento da incidência e da mortalidade por câncer (WILD; WEIDERPASS; STEWART, 2020).

Aliado ao perfil de incidência de cada câncer, as ferramentas e os programas de saúde públicos e privados utilizados para o rastreamento e prevenção são cruciais para a manutenção desse cenário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). A partir disso, as estratégias nacionais para o rastreamento, diagnóstico precoce e cuidado existentes são definidas com base em critérios para a sua implementação, os quais necessitam de infraestrutura adequada, protocolos para a identificação de casos suspeitos, diagnóstico confirmatório e ferramentas para o estadiamento o qual define a linha de tratamento e seguimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

No entanto, pela extensão e descentralização do planejamento em saúde pública, a qual necessita atender às demandas específicas de cada região, os ensaios definidos pelas diretrizes preconizam a independência e a comunicação entre cada Rede de Atenção à Saúde (RAS), para a definição de fluxos do usuário nos níveis de atenção do seu seguimento. Nesse aspecto, a Política Nacional Para a Prevenção e Controle do Câncer prevê a articulação externa com os estabelecimentos locais, bem como interna para a organização dos serviços especializados dos Serviços de Oncologia Clínica, habilitados em hospitais de alta complexidade, os quais devem se articular com a rede local e macrorregional de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Ainda assim, essa integração é morosa onde não há fluxos definidos e homogêneos, onde a gestão local adequa e cria protocolos baseados em recursos físicos e profissionais disponíveis (SOBRAL et al., 2022).

Cabe ressaltar ainda que, a Portaria de Consolidação SAES nº 1 de 22 de fevereiro de 2022, preconiza o planejamento logístico e sistemático para que sejam assegurados o cuidado contínuo e a criação de protocolos que instituem linha de diagnóstico, estadiamento, tratamento e seguimento dos pacientes com base nas Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) delimitadas oficialmente pelo Ministério da Saúde. Logo, o planejamento interno de cada serviço especializado também definirá meios de controle e avaliação continuada que resguarde a qualidade do acesso e seguimento do paciente em seu tratamento oncológico, bem como pela comunicação e atualização constante com as redes locais de apoio e gestores locais do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

As linhas de tratamento oncológico são guiadas a partir do alvo terapêutico iniciado após o diagnóstico, o qual incrementa a resposta antineoplásica a partir de biomarcadores bem definidos. Dentre as terapias-alvo, a quimioterapia (QT) constitui uma das etapas fundamentais desse tratamento, impactando em sobrevida global, sobrevida livre de doença, assim como qualidade de vida (EARLY BREAST CANCER TRIALISTS' COLLABORATIVE GROUP, 2005).

Além disso, a QT é a primeira linha de tratamento em diferentes tipos de câncer, como mama, cólon e reto, hematológicos e pancreáticos, incluindo os que necessitam de cirurgia ou radioterapia (KNEZEVIC; CLARKE, 2020). O modelo matemático de Goldie-Coldman propõe que o início precoce da quimioterapia pode reduzir o desenvolvimento de clones resistentes à quimioterapia (GOLDIE; COLDMAN, 1979).

Em relação ao tempo de início da QT em determinados tipos de câncer, a maioria dos estudos adjuvante em câncer de mama, são realizados em um intervalo de até 4 semanas após a cirurgia, a qual o tempo para seu início influencia diretamente na eficácia do tratamento

(VANDERGRIFT et al., 2013; RAPHAEL et al., 2016). Em suma, os resultados dos estudos mais recentes sugerem que o início da QT deve ser realizado o mais precoce possível, sobretudo em situações de maior risco de recorrência, como tumores em estádio mais avançado, sendo que, a preocupação com o potencial atraso no início da adjuvância deve ser levado em conta na tomada de decisão sobre cirurgia versus neoadjuvância como primeiro tratamento, especialmente em tumores agressivos (YU et al., 2017; LU et al., 2020; BIAGI et al., 2011).

No Brasil possuímos duas leis referentes a brevidade do início do tratamento oncológico essencial para promover maior rapidez no tratamento, a lei dos 60 dias (12.732/12), que começou a vigorar em maio de 2013, garante ao paciente com câncer o direito de iniciar o tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) em, no máximo, 60 dias após o diagnóstico da doença, assim como a Lei dos 30 dias (13.896/2019) que estabelece que, em caso de suspeita de neoplasia maligna, o paciente deve realizar os exames diagnósticos em até 30 dias. "A urgência no atendimento a pacientes com câncer é algo reconhecido pelo governo" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Pela Lei dos 60 dias, todo e qualquer tratamento oncológico necessita ser iniciado com esse prazo limite, o que entra em conflito com os entraves macroestruturais (LOMBARDO; POPIM 2020). Isso explica o fato de pessoas com mais de 60 anos apresentarem menor chance de receber o tratamento oportuno em tem hábil, chegando em algumas regiões a até 210 dias de espera (SOBRAL et al., 2022; LOMBARDO; POPIM 2020). Logo, o que se observa é o impacto na sobrevida e no prognóstico dos tratamentos oncológicos em função das dificuldades na estruturação interna e externa dos Serviços Oncológicos Especializados (SOBRAL et al., 2022).

As neoplasias malignas constituem um grupo de doenças cuja crescente incidência incrementou a busca por novos protocolos terapêuticos, além de políticas públicas que ampliem o acesso e a eficácia das quimioterapias disponíveis (BASHRAHEEL et al., 2020). Nesse contexto, o longo intervalo entre o diagnóstico da doença neoplásica e o início do tratamento afeta na sobrevida desses pacientes, o que potencialmente interfere nos resultados à longo prazo (NOWARA; SUWINSKI, 2007).

A partir disso, De Gagliato e colaboradores (2014) reportaram uma análise retrospectiva incluindo 6.827 pacientes com câncer de mama, que demonstrou que o risco de morte foi maior quando a QT atrasou mais de 60 dias após a cirurgia para portadoras de tumores HER-2 positivo. Além desse fato, atrasos no início da QT em cerca de 90 dias foram

associados ao maior risco de piora da sobrevida global (YU et al., 2013; BLEICHER et al., 2016).

Ademais, cabe destacar que as medidas de mitigação dos danos provocados pela pandemia da COVID-19 reduziram significativamente a eficácia dos projetos e ferramentas que sistematizavam o fluxo de pacientes oncológicos, desde o diagnóstico até a primeira linha de tratamento. Dessa maneira, a interrupção nos serviços de apoio e tratamento provocou nos últimos anos a reorganização logística e estrutural dos grandes centros para diminuir os impactos do atraso no início do plano terapêutico nos desfechos e prognósticos desses pacientes (MALAGÓN, et al., 2020; SUD et al., 2020).

3. O PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este trabalho traduz-se em uma pesquisa de intervenção, realizada através de avaliação da qualidade do Serviço de Oncologia do HNBE cujo produto é um projeto de intervenção, que está ancorado nos conceitos e ferramentas do enfoque estratégico situacional. A pesquisa descreve e analisa o problema, e propõe soluções com o objetivo de intervir na realidade estudada e resolver o problema de forma efetiva. Foi realizado um brainstorming entre todos os profissionais envolvidos no processo para a identificação da situação-problema. As ideias levantadas foram agrupadas através da técnica da matriz de seleção de problemas. Os problemas prioritários e suas possíveis causas foram selecionados. O passo seguinte foi elencar as causas críticas. Duas causas foram selecionadas como críticas, pois permitem a análise estatística, possuem alta governabilidade, além de admitirem revisões e reformulações das ações gerenciais propostas. Foram realizados os levantamentos estatísticos através da análise do banco de dados das planilhas de controle da farmácia e da enfermagem da quimioterapia e obtidos os descritores. As ações foram propostas utilizando-se a matriz de programação de ações com o objetivo de diminuir ou eliminar a situação-problema, e as metas foram definidas. Uma pesquisa bibliográfica sobre o assunto foi realizada através de artigos científicos, normas internas da Instituição para o embasamento teórico. Por último, deve-se manter uma revisão regular para o monitoramento do projeto.

O HNBe se localiza em Belém, estado do Pará, tem como objetivo atender às demandas da Marinha do Brasil na área sob jurisdição do Com4ºDN. Baseado no último levantamento, atende cerca de 16000 usuários, sendo 3800 militares da ativa por ano. Atualmente, possui em suas instalações uma Unidade de Terapia Intensiva com sete (07) leitos, seis (06) apartamentos, uma enfermaria para adultos com 18 leitos e uma enfermaria pediátrica com 3 leitos, ambulatório com 14 consultórios médicos, sala de endoscopia, serviço

de radiodiagnóstico com um tomógrafo, unidade de emergência com três (03) leitos adultos e um infantil e Centro Cirúrgico com duas salas de cirurgia e uma de recuperação pós-anestésica (RPA). Desde 2022 o centro de infusão de quimioterapia foi inaugurado e é composto por: duas oncologistas, 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem e 2 farmacêuticas que fazem a manipulação das drogas.

3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

A situação problema escolhida foi a demora no início do tratamento oncológico (quimioterapia, imunoterapia, droga alvo), no Hospital Naval de Belém (HNBE), após o paciente ter recebido a solicitação do tratamento. Nesse contexto, possibilitando uma margem muito ampla para o início de tratamento. O aprazamento do início do tratamento no HNBE, possui intervalo entre 7-30 dias, após a solicitação do médico, com média de 15 dias. Os planos de saúde disponibilizam, em sua rede conveniada, tratamento ao paciente com neoplasia maligna (câncer) no prazo de até dez dias úteis após a solicitação do médico.

O Serviço de Quimioterapia do HNBE foi inaugurado em março de 2022 e a central de quimioterapia (Figura 2) possui capacidade de 3 poltronas para infusão. O objetivo inicial dos gestores do Hospital seria a captação dos pacientes que estavam em tratamento nas OSE (Organizações de Saúde extra-MB) para consequentemente diminuir os custos. Em um ano de atendimento, a capacidade para captação no serviço atingiu a estimativa de mais de 90% dos pacientes que eram encaminhados as OSE, tendo uma redução de custo de aproximadamente 40% do valor pago as OSE. Entretanto, a qualidade do serviço, no que concerne aos protocolos e procedimentos de rotina apresentava deficiências notáveis, destacando-se a premente necessidade de aprimoramento nesse aspecto.

Figura 2: Sala de infusão do Serviço de Oncologia HNBE

Fonte: elaborado pelo autor (2023)

Após análise e discussão sobre a situação problema, foi possível identificar algumas causas subjacentes tais como: falta de checklist básico para o paciente dar entrada na obtenção da medicação de alto custo junto a Secretaria Geral, a carência de Fluxo de atendimento oncológico estabelecido, assim como no âmbito da farmácia, havia a escassez de recursos e dificuldade de sustentação de um estoque mínimo regular de fármacos oncológicos, resultando em prejuízo no início do tratamento.

Outro ponto importante é a falta de um sistema digital integrado, o HNBE utiliza prontuários físicos e armazenados em armários com limites ao acesso de pessoas não autorizadas, o que dificulta a comunicação e rapidez no acesso aos dados, que deveriam estar registrados digitalmente em sistema automatizado, dificultando o seguimento do tratamento.

Dentre as causas, duas são consideradas críticas e passiveis de governabilidade: a ausência de documento explicativo para o paciente compreender o processo de início de tratamento e a ausência de Fluxo de atendimento oncológico no HNBE.

3.2. PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Situação-problema	Demora no início do tratamento oncológico no Hospital Naval de Belém
Descritor	Aprazamento do início do tratamento no HNBE, com intervalo entre 7-30 dias, após a solicitação do médico, média de 15 dias.
Indicador	Número de dias entre a prescrição feita de quimioterapia, e início do tratamento. Fonte de Verificação: estatística da farmácia da dispensa e manipulação de quimioterápicos.
Meta	Iniciar tratamento em 10 dias úteis até janeiro de 2024.
Resultado esperado	Iniciar o tratamento precocemente para melhorar o prognóstico do tratamento, melhorar a qualidade do cuidado ofertado e consequentemente a qualidade de vida dos usuários.

Causa crítica 1: Ausência de fluxo de atendimento oncológico no HNBE				
Ações	**Recursos necessários**	**Produtos a serem alcançados**	**Prazo de conclusão**	**Agente responsável**
Reunir os setores envolvidos com o início do tratamento (farmácia,enfermagem,oncologia, SECOM e assistente social) para identificar as falhas do processo.	Cognitivo, organizativo	Reunião com setores realizada	Setembro de 2023	CC (MD) Juliana Chaves
Reunir Individualmente com cada setor envolvido	Cognitivo, organizativo	Reunião individual realizada	Setembro de 2023	CC (MD) Juliana Chaves
Criar fluxo de atendimento para Clínica de Oncologia	Organizativo e cognitivo	Fluxo da Oncologia criado	Setembro de 2023	CC (MD) Juliana Chaves
Treinar equipe para instituição do fluxo, através de reunião mensal	Cognitivo	Equipe treinada para executar o fluxo	Novembro de 2023	CC (MD) Juliana Chaves
Disponibilizar fluxo impresso para equipe	organizativo	Fluxo disponibilizado	Outubro de 2023	1T (S) Natalia Borges
Monitorar estatística Mensal do tempo de início dos casos novos	Organizativo	Tempo de início do tratamento monitorado	Janeiro de 2024	1T (S) Natalia Borges
Causa crítica 2: Ausência de documento explicativo para o paciente compreender o processo de início de tratamento				
Criar Folheto explicativo para o usuário	Cognitivo, organizativo	Folheto explicativo ao paciente oncológico criado	Agosto de 2023	CC (MD) Juliana Chaves, 1T (S) Natalia Borges
Divulgar folheto na sala de espera da Oncologia, orientando os	Cognitivo, organizativo	Folheto divulgado	Setembro de 2023	1T (S) Belizário

pacientes do processo de início de tratamento, após entrega do folheto para o paciente.				
Desenvolver um questionário de satisfação do usuário para clínica da oncologia.	Cognitivo	Questionário desenvolvido	Dezembro 2023	1T (S) Natalia Borges, 1T Belizário
Instituir um questionário de satisfação do usuário, para quantificar a satisfação com o tratamento no setor.	Cognitivo, organizativo	Instituído Questionário	Janeiro de 2024	1T(S)Belizário

3.3. GESTÃO DO PROJETO

Todo e qualquer produto ou serviço entregue a um cliente necessita de um processo para sua realização. Para trabalhar mapeamento de processos, se faz necessário, primeiramente, conceituar processo. Segundo Gonçalves (2000), na concepção mais frequente, “processo é qualquer atividade ou conjunto de atividades que toma um input, adiciona valor a ele e fornece um output a um cliente específico’. Esse output é o produto, resultado da realização do processo.

Para a compreensão de todas as atividades envolvidas na realização do tratamento quimioterápico ambulatorial, é necessário conhecer de forma particular como funciona o processo de inserção do paciente desde a chegada na recepção do ambulatório até o início da infusão da droga ou do quimioterápico oral. A partir disso, um mapeamento para mostrar efetivamente o que de fato acontece na prática de um setor precisa ser construído, passo-a-passo, com a participação da equipe envolvida diretamente na prestação do serviço, além do engajamento da equipe gestora. Dessa forma, construindo o processo desde o início, a equipe terá um melhor entendimento de cada ação e será mais fácil a aprovação e implantação do protocolo. Assim, a equipe envolvida na execução das ações é uma unidade estratégica fundamental para a melhoria de indicadores da qualidade do serviço.

Após identificar as duas causas críticas plausíveis de melhoras, foi iniciado um programa de ações para resolver a ausência de fluxo de início de tratamento e a criação de um documento explicativo para o paciente compreender o processo de início de tratamento.

Inicialmente foram feitas reuniões com os setores envolvidos com o fluxo, para identificação das possíveis falhas. Após reuniões individuais com cada setor, realizou-se uma

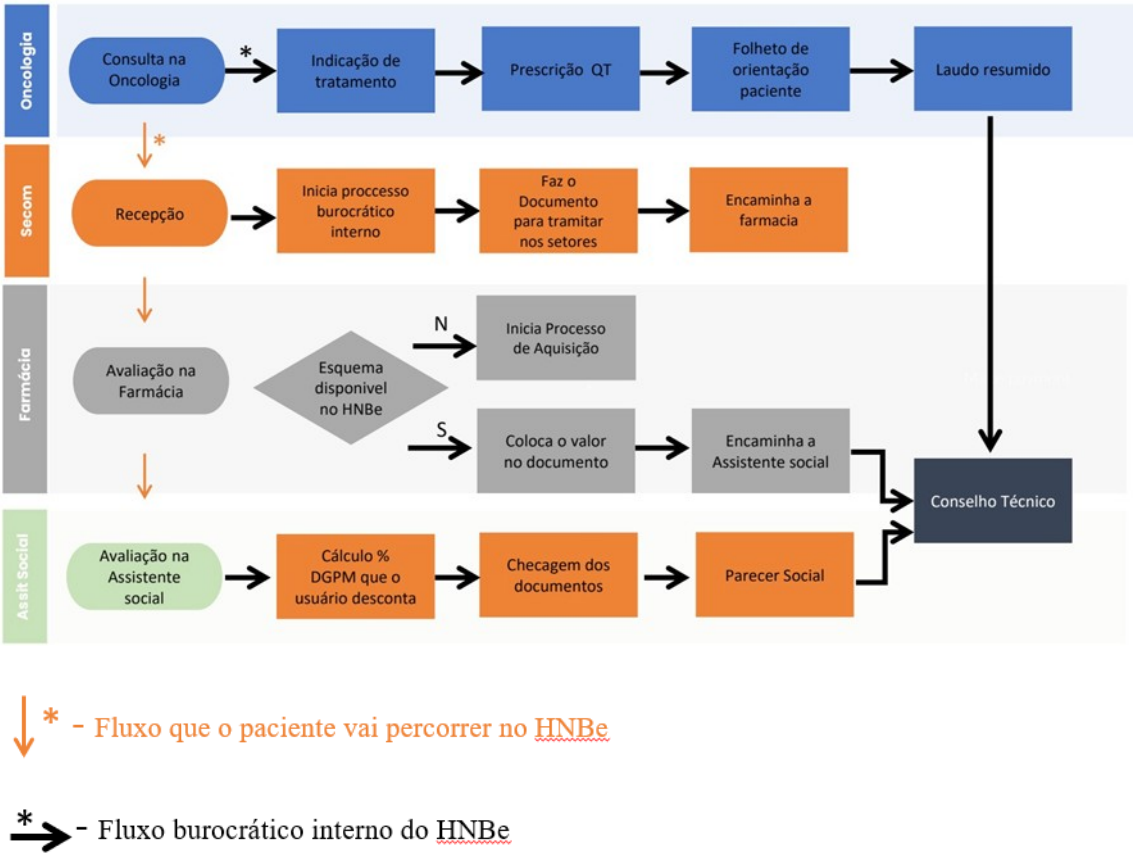
reunião geral com a farmácia, enfermagem, oncologia, SECOM e assistência social para alinhar o fluxo estabelecido.

O fluxo então foi criado e desenhado, havendo em seguida a necessidade de treinamento da equipe para instituição do fluxo, posteriormente, foi disponibilizado um impresso do fluxo para os setores envolvidos (Figura 5).

Neste processo, o paciente é recepcionado no balcão de marcação e irá ser encaminhado a sala da oncologia para sua consulta, após a definição do tratamento, o paciente será orientado através do folheto do paciente, qual caminho percorrer no HNBe, ele sairá da consulta com receita da quimioterapia e laudo resumido. Em seguida irá para Secom entregar os documentos necessários que inclui: documento de identidade, contracheque, comprovante de residência e o laudo resumido. A Secom com material recebido do paciente, abre um novo documento (uma papeleta amarela), que irá tramitar internamente por todos os setores envolvidos, cada setor irá incluir os dados relevantes no documento até chegar pronto para reunião do conselho técnico, onde é aprovado o esquema ou não, e enviado a Diretoria de saúde da Marinha por e-mail.

Após entrega dos documentos o paciente vai na Farmácia central e entrega a receita médica da quimioterapia, lá ele terá orientações relacionadas a farmácia, e será encaminhado para avaliação na assistente social, que fará uma avaliação social do caso, e a conta do valor a ser descontado do tratamento. O documento então já estará pronto para ir para o conselho técnico.

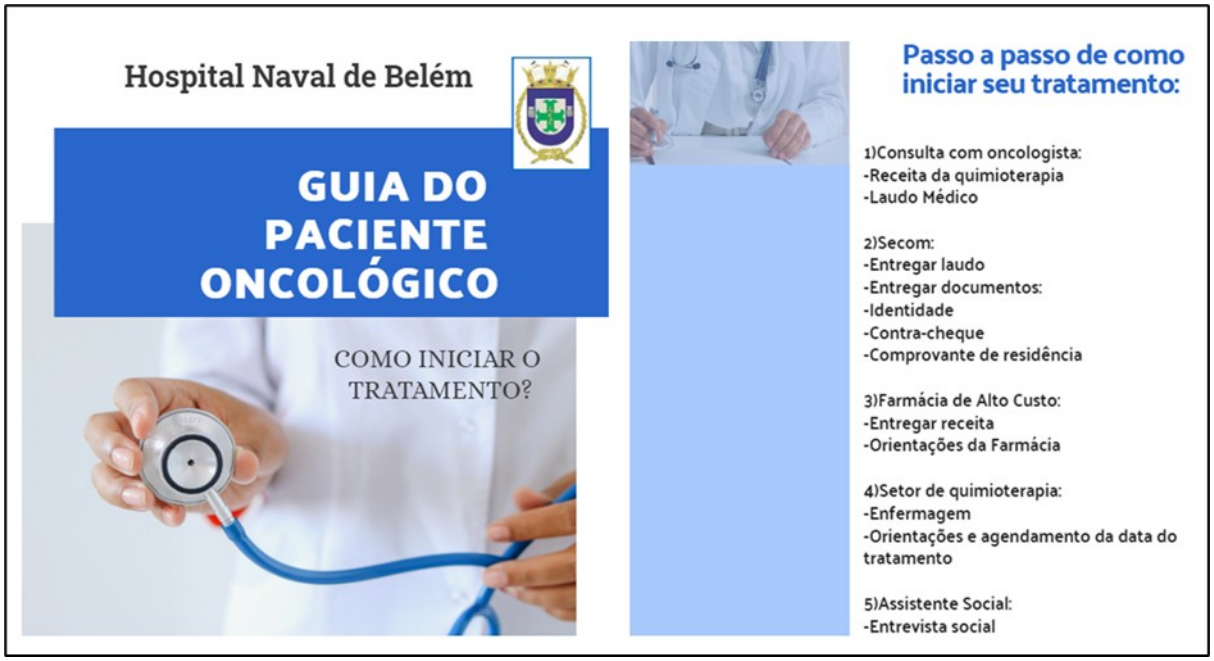
Figura 3: Fluxograma com o direcionamento do paciente desde o acolhimento até o seguimento do tratamento quimioterápico



A segunda causa crítica escolhida foi a falta de um documento explicativo para o paciente compreender todas as etapas para iniciar o seu tratamento. O folheto (Figura 6) abrange o processo inicial necessário para dar entrada na medicação especial, de forma simples e direta, tentando ser um elemento facilitador para o paciente.

O paciente inicialmente passará por consulta na Oncologia, onde sairá com uma receita do tratamento, além do folheto e todas as orientações necessárias. Após a consulta, com a ajuda do folheto, saberá qual será o próximo setor que será encaminhado para o seguimento e, na Secretaria Geral, entregará os documentos necessários. Em seguida, com a receita do tratamento em mãos, requisitará na farmácia de alto custo os medicamentos necessários, tendo posteriormente uma avaliação da farmácia e orientações relativas a posologia e eventos adversos. No setor de quimioterapia, a enfermagem irá atender o paciente e agendar a data de início da quimioterapia. Por último, o paciente passará em consulta com a assistente social para poder fazer uma entrevista social e cálculo do desconto, segundo as normas da DGPM.

Figura 4: Folheto de orientação do seguimento do tratamento para o paciente



Fonte: elaborado pelo autor (2023)

As metas iniciais a serem alcançadas dependeram de ações práticas simples, que em sua maioria já foram concluídas, envolveram a implantação do fluxo e do folheto. Manter a equipe alinhada e treinada demandam mais tempo para que o fluxo seja totalmente integrado sem esforços. Os pacientes ainda têm dúvidas, porém o folheto facilitou muito a compreensão que existe a necessidade da burocracia inerente do sistema. Ainda estamos com a dificuldade no quesito aquisição das medicações e manter um estoque adequado para que o fluxo aconteça como programado. Ainda não iniciamos os questionários de satisfação do usuário, com planejamento para janeiro estar pronto.

Assim, após implantação do novo fluxo, novos indicadores serão coletados (questionário de satisfação do usuário e a estatística do indicador do tempo para iniciar o tratamento), os quais ocorrerão através da análise das novas infusões quimioterápicas que ocorreram entre os meses de outubro, novembro e dezembro de 2023.

O impacto da intervenção aplicada pode ser mensurado através da análise comparativa entre os indicadores coletados antes da implantação do novo processo e os indicadores coletados após implantação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A demora no início do tratamento oncológico pode ter várias consequências negativas para o paciente com câncer, como a redução da eficácia do tratamento, impacto na qualidade de vida, assim como pior prognóstico. A implementação de um protocolo que sistematiza o

fluxo de pacientes oncológicos em um serviço de quimioterapia ambulatorial, direciona o paciente desde o acolhimento até as fases finais do tratamento. Com isso, após a sua efetivação, diversos entraves e dificuldades operacionais acabam sendo sanadas e o acesso a esse tipo de tratamento se torna fácil e fluido.

Em destaque e continuidade a esse ponto, a produção de um fluxo ordenado e organizado, associado às cartilhas e folhetos de orientação ao paciente possibilitaram com que o serviço de quimioterapia ambulatorial do HNBE pudesse captar e direcionar com maior eficácia os pacientes encaminhados e facilitar a melhora do prognóstico. Essa melhora que é estimulada pela diminuição do tempo de resposta no intervalo entre o acolhimento e o início do tratamento, bem como pelo caminho que o paciente segue dentro dos setores com as suas respectivas equipes profissionais.

Como ganho do projeto, observou-se uma melhora significativa na integração da equipe, com a descentralização das ações que, anteriormente, eram predominantemente centralizadas na chefia do serviço. Além disso, houve aprimoramento notório na comunicação entre os membros da equipe dos diversos setores, resultando em uma maior facilidade de compreensão do papel de cada um no processo.

Portanto, é fundamental que os pacientes com suspeita ou diagnóstico de câncer recebam atendimento médico o mais rápido possível e que os sistemas de saúde trabalhem para minimizar quaisquer atrasos no início do tratamento oncológico. Dessa forma, a implementação do projeto de intervenção no HNBE resultará em benefícios significativos para os pacientes oncológicos, ampliando suas perspectivas de sucesso no tratamento e, consequentemente, melhorando a qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. BASHRAHEEL, S.S.; DOMLING, A.; GODA, S.K. Update on targeted cancer therapies, single or in combination, and their fine tuning for precision medicine. **Biomed Pharmacother**. v. 125, p. 110009. doi: 10.1016/j.biopha.2020.110009. 2020.

2. BIAGI, J.J.; RAPHAEL, M.J.; MACKILLOP, W.J; KONG, W.; KING, W.D.; BOOTH, C.M. Association between time to initiation of adjuvant chemotherapy and survival in colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. **JAMA**. v. 305, n. 22, p. 2335-42. doi: 10.1001/jama.2011.749. 2011.

3. BLEICHER, R.J.; RUTH, K.; SIGURDSON, E.R.; BECK, J.R.; ROSS, E.; WONG, Y.N.; PATEL, S.A.; BORAAS, M.; CHANG, E.I.; TOPHAM, N.S.; EGLESTON, B.L. Time to Surgery and Breast Cancer Survival in the United States. **JAMA** Oncol. v. 2, n. 3, p. 330-9. doi: 10.1001/jamaoncol.2015.4508. Erratum in: JAMA Oncol. 2016. v. 2, n .9, p. 1244. 2016.

4. BRAY, F.; FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; SIEGEL, R.L.; TORRE, L.A.; JEMAL, A. Global cancer statistics 2018: **GLOBOCAN** estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin**. n. 68, p. 394-424. doi: 10.3322/caac.21492. 2018.

5. CHHIKARA, B. S.; PARANG, K. **Global Cancer Statistics** 2022: the trends projection analysis. Chemical Biology Letters, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 451, 2022. Disponível em: https://pubs.thesciencein.org/journal/index.php/cbl/article/view/451.

6. DE GAGLIATO, et al. Clinical impact of delaying initiation of adjuvant chemotherapy in patients with breast cancer. **J Clin Oncol**. v. 32, n. 8, p. 735–744. 2014.

7. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. **Lancet**. v. 365, n. 9472, p. 1687-717. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66544-0. 2005.

8. FERLAY, J.; COLOMBET, M.; SOERJOMATARAM, I.; PARKIN, D.M.; PIÑEROS, M.; ZNAOR, A.; BRAY, F. **Cancer statistics** for the year 2020: An overview. Int J Cancer. 2021 Apr 5. doi: 10.1002/ijc.33588.

9. GOLDIE, J.H.; COLDMAN, A.J. A mathematic model for relating the drug sensitivity of tumors to their spontaneous mutation rate. **Cancer Treat** Rep. v. 63, n. 11-12, p. 1727-33. PMID: 526911. 1979.

10. GONÇALVES, J.E.L. As empresas são grandes coleções de processos. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 40, n. 1, p. 6-19. 2000.

11. KNEZEVIC, C.E.; CLARKE, W. **Cancer Chemotherapy**: The Case for Therapeutic Drug Monitoring. Ther Drug Monit. v. 42, n. 1, p. 6-19. doi: 10.1097/FTD.0000000000000701. 2020.

12. LOMBARDO, M.S.; POPIM, R.C. Acesso do paciente à rede oncológica na vigência da "Lei dos Sessenta Dias": revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**. v. 73, n. 5, e20190406. doi: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0406. 2020.

13. LU, H.; ZHAO, B.; ZHANG, J.; HUANG, R.; WANG, Z.; XU, H.; HUANG, B. Does delayed initiation of adjuvant chemotherapy following the curative resection affect the survival outcome of gastric cancer patients: A systematic review and meta-analysis. **Eur J Surg Oncol**. v. 46, n. 6, p. 1103-1110. doi: 10.1016/j.ejso.2020.01.013. 2020.

14. MALAGÓN, T.; YONG, J.H.E.; TOPE, P.; MILLER, W.H. JR, FRANCO, E.L.; McGill Task Force on the Impact of COVID-19 on Cancer Control and Care. Predicted long-term impact of COVID-19 pandemic-related care delays on cancer mortality in Canada. **Int Jour of Cancer**. v. 150, p. 1244–1254. DOI: https://doi.org/10.1002/ijc.33884. 2022.

15. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 maio 17 [acesso 2023 out 18]; Seção 1:129. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html

16. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 dez 19 [acesso 2021 ago 20]; Seção 1:173. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.399-de-17-de-dezembro-de-2019-234338206.

17. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria de Consolidação SAES nº 1. Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde.

[Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2022 fev 2 [acesso 2023 out 18]; Seção 1:173. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prc0001_31_03_2022.html.

18. MATTHEWS, H.K.; BERTOLI, C.; DE BRUIN, R.A.M**. Cell cycle control in cancer**. Nat Rev Mol Cell Biol. v. 23, n. 1, p. 74-88. doi: 10.1038/s41580-021-00404-3. 2022.

19. NOWARA, E.; SUWINSKI, R. Time factor in radiotherapy and chemotherapy for limited disease small-cell lung cancer. **Cancer Invest**. v. 25, n. 3, p. 163-71. doi: 10.1080/07357900701209020. 2007

20. RAPHAEL, M.J.; BIAGI, J.J.; KONG, W.; MATES, M.; BOOTH, C.M.; MACKILLOP, W.J. The relationship between time to initiation of adjuvant chemotherapy and survival in breast cancer: a systematic review and meta-analysis. **Breast Cancer Res Treat**. v. 160, n. 1, p. 17-28. doi: 10.1007/s10549-016-3960-3. 2016.

21. SOBRAL, G. S.; ARAÚJO, Y. B.; KAMEO, S. Y.; SILVA, G. M.; SANTOS, D. K. da C.; CARVALHO, L. L. M. Análise do Tempo para Início do Tratamento Oncológico no Brasil: Fatores Demográficos e Relacionados à Neoplasia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 68, n. 3, p. e–122354, 2022. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2354. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2354. Acesso em: 19 out. 2023.

22. SUD, A.; TORR, B.; JONES, M.E.; BROGGIO, J.; et al. Effect of delays in the 2-week-wait cancer referral pathway during the COVID-19 pandemic on cancer survival in the UK: a modelling study. **The Lancet. Oncology**. v. 21, p. 1035–1044. DOI: https://doi.org/10.1016/ S1470-2045(20)30392-2. 2020.

23. SUNG, H.; FERLAY, J.; SIEGEL, R.L.; LAVERSANNE, M.; SOERJOMATARAM, I.; JEMAL, A.; BRAY, F. Global Cancer Statistics 2020: **GLOBOCAN** Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J. Clin. v. 71, p. 209-249. doi: 10.3322/caac.21660. 2021.

24. VANDERGRIFT, J.L.; NILAND, J.C.; THERIAULT, R.L.; et al. Time to adjuvant chemotherapy for breast cancer in National Comprehensive Cancer Network institutions. **J Natl Cancer Inst**. v. 105, n. 2, p. 104-12. doi: 10.1093/jnci/djs506. 2013.

25. WILD, C.P.; CRISTOPHER, P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B.W. (Org.). World Cancer Report: **cancer research for cancer prevention**. Lyon, 2020. Disponível em: https://shop.iarc.fr/products/worldcancer-report-cancer-research-for-cancer-prevention-pdf

26. YU, K.D.; HUANG, S.; ZHANG, J.X.; LIU, G.Y.; SHAO, Z.M. Association between delayed initiation of adjuvant CMF or anthracycline-based chemotherapy and survival in breast cancer: a systematic review and meta-analysis. **BMC Cancer**. v. 13, n. 240. doi: 10.1186/1471-2407-13-240. 2013.

27. YU, K.D.; FAN, L.; QIU, L.X.; LING, H.; JIANG, Y.Z.; SHAO, Z.M. Influence of delayed initiation of adjuvant chemotherapy on breast cancer survival is subtype-dependent. **Oncotarget**. v. 8, n. 28, p. 46549-46556. doi: 10.18632/oncotarget.10551. 2017.