

ARTIGO ORIGINAL

Cuidados Perioperatórios em Doentes Oncológicos: Será que os Grupos Profissionais Cumprem os Requisitos *Standard* de Qualidade?

Perioperative Care in Oncologic Patients: Do Professional Groups Meet the Standard Quality Requirements?

Ana Sofia Miguel da Cunha^{1*}, Bruno Lima², Linda de Sousa Cheung³

Autores

¹ Interna de Formação Específica de Anestesiologia, Serviço de Anestesiologia, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil Lisboa, Lisboa, Portugal.

² Interno de Formação Específica de Anestesiologia, Serviço de Anestesiologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal.

³ Assistente Hospitalar, Serviço de Anestesiologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal.

Palavras-chave

Anestesia; Anestesiologia; Cuidados Perioperatórios; Inquéritos e Questionários; Projetos Pilotos

Keywords

Anesthesia; Anesthesiology; Perioperative Care; Pilot Projects Surveys and Questionnaires

RESUMO

Introdução: O cancro constitui um problema de saúde pública prevalente e embora a cirurgia seja muitas vezes o tratamento de escolha, verificam-se ainda lacunas nas recomendações perioperatórias oncológicas. Este estudo-piloto teve por objetivos comparar o cumprimento dos requisitos *standard* de qualidade da oncologia perioperatória e a satisfação global com os atuais cuidados perioperatórios oncológicos entre diferentes grupos profissionais.

Material e Métodos: Realizámos um questionário a 81 profissionais (Cirurgiões, Anestesiologistas e Enfermeiros). Os requisitos *standard* de qualidade avaliados foram: 1) validação do tratamento perioperatório por reunião multidisciplinar, 2) circuitos perioperatórios, 3) protocolos clínicos, 4) especialização e diferenciação em cirurgia oncológica e 5) base de dados para avaliação de morbimortalidade oncológica. Foi também avaliada a satisfação global dos profissionais com os atuais cuidados. Utilizámos os testes de independência de qui-quadrado e o teste exato de Fisher para comparação das respostas obtidas entre os três grupos profissionais.

Resultados: Encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre o cumprimento dos requisitos *standard* de qualidade e o grupo profissional. Os cirurgiões são os que estavam mais familiarizados com a validação do tratamento perioperatório por reunião multidisciplinar, adotavam mais os circuitos perioperatórios e protocolos clínicos, estavam mais especializados e diferenciados em cirurgia oncológica e

utilizavam mais a base de dados para avaliação de morbimortalidade oncológica ($p < 0,05$). Os cirurgiões são também os profissionais que estavam mais satisfeitos com os atuais cuidados perioperatórios ($p < 0,001$).

Discussão e Conclusão: Este estudo mostrou um envolvimento assimétrico dos diferentes grupos de profissionais de saúde nos cuidados perioperatórios dos doentes oncológicos.

ABSTRACT

Introduction: Cancer remains a prevailing public health problem and although surgery is frequently the treatment of choice, gaps persist in perioperative oncologic recommendations. This pilot study aimed to compare the adherence of standard quality requirements of perioperative oncology and evaluate global satisfaction regarding the current oncological perioperative care among different professional groups.

Materials and Methods: A questionnaire was applied to 81 healthcare professionals (surgeons, anesthesiologists and nurses). Standard quality requirements evaluated were 1) perioperative treatment validation by multidisciplinary team meeting, 2) perioperative circuits, 3) clinical protocols, 4) specialization and differentiation in cancer surgery, 5) database for cancer morbimortality evaluation. The global satisfaction of professionals regarding current perioperative care was also evaluated. We used independent chi-squared and Fisher's exact test to compare the obtained answers between the three professional groups.

Results: We found a statistically significant difference between the adherence of standard quality requirements and the professional groups. Surgeons were more familiarized with perioperative treatment

*Autor Correspondente:

Sofia Cunha

Morada: Rua Fernando Maurício, entrada 36-3°C, 1950-449 Lisboa, Portugal.

E-mail: sofia.cunha04@gmail.com

validation by multidisciplinary teams, adopted more perioperative circuits and clinical protocols, were more specialized and differentiated in cancer surgery and used more database for cancer morbimortality evaluation ($p < 0.05$). Surgeons were also the most satisfied with the current oncologic perioperative care ($p < 0.001$).

Discussion and Conclusion: This study illustrated an asymmetrical involvement of different groups of healthcare professionals in the perioperative cancer care.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a doença oncológica é cada vez mais prevalente e constitui uma verdadeira epidemia do século XXI. Apesar dos dados disponibilizados pelas organizações nacionais e internacionais corresponderem a valores estimados e estarem um pouco desatualizados, os seus números dão-nos uma ideia sobre a magnitude do problema. A nível mundial, estimou-se, em 2015, que o número de pessoas afetadas pelo cancro tenha sido superior a 15 milhões de pessoas, sendo responsável por mais de 9 milhões de mortes.¹ Na União Europeia, prevê-se para a próxima década, pela Agência Internacional para Investigação Oncológica, um aumento de 13,7% de novos casos, baseados apenas no envelhecimento populacional.² Portugal está em linha com a tendência das projeções realizadas para a União Europeia, apresentando um crescimento avaliado em 12,6%.² Estes indicadores constituem uma ameaça real à alocação de recursos económicos, já de si limitados, para satisfazer os objetivos prioritários da saúde pública.³

O reconhecimento dos encargos financeiros relacionados com os cuidados oncológicos levou vários países a adotar programas de monitorização, com o objetivo de obter o melhor *outcome* possível com os recursos disponíveis.⁴⁻⁷ Além da implementação de planos de controlo nacional para o cancro, em Portugal, foi criado um órgão independente denominado Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, que publicou um documento que define os requisitos gerais para cuidados oncológicos e requisitos específicos para as áreas cirúrgicas, da oncologia e radioterapia.⁸ Este documento, no entanto, não prevê qualquer orientação em ter-mos de cuidados perioperatórios para doentes oncológicos, nem especifica qualificações para outros profissionais de saúde, como Anestesiologistas e Enfermeiros, que também estão envolvidos no tratamento destes doentes.

Uma vez que, após uma extensa revisão da literatura, não nos foi possível encontrar quaisquer recomendações de cuidados perioperatórios para doentes oncológicos, desenvolvemos o presente estudo-piloto para testar as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1: o cumprimento dos requisitos *standard* de qualidade na oncologia cirúrgica é diferente entre Cirurgiões, Anestesiologistas e Enfermeiros;

- Hipótese 2: a satisfação global com os atuais cuidados perioperatórios oncológicos é diferente entre Cirurgiões, Anestesiologistas e Enfermeiros.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, transversal, descritivo e analítico dirigido a Enfermeiros, Anestesiologistas e Cirurgiões implicados nos cuidados perioperatórios de doentes oncológicos num hospital terciário universitário.

Após análise das orientações nacionais para cuidados oncológicos, os autores construíram um questionário dividido em 3 partes, composto por um total de 12 perguntas, com res-postas abertas e fechadas. A primeira parte do questionário foi dedicada à recolha de dados demográficos: sexo, idade, grupo profissional e graduação profissional. A segunda, focou-se nos requisitos *standard* de qualidade dos cuidados perioperatórios oncológicos (Tabela 1).

Tabela 1. Dimensões do questionário

1. Reunião multidisciplinar prévia à cirurgia oncológica
2. Protocolos clínicos para doentes oncológicos
3. Circuitos perioperatórios para doentes oncológicos
4. Especialização e diferenciação em cirurgia oncológica
5. Base de dados dedicada à avaliação de morbimortalidade oncológica

Aos participantes do estudo, questionámos:

1. Se o tratamento perioperatório do doente oncológico proposto para a cirurgia oncológica era validado por reunião multidisciplinar oncológica (*nenhum doente / alguns doentes / todos os doentes*);
2. Se existiam circuitos perioperatórios para doentes oncológicos no local de trabalho (*sim / não; se sim, para especificar*);
3. Se existiam protocolos clínicos específicos para doentes oncológicos no local de trabalho (*sim / não; se sim, para especificar*);
4. Se tinham especialização (ex.: pós-graduações, cursos) e diferenciação (ex.: estágios em centros de referência) em cirurgia oncológica (*sim / não; se sim, para especificar*);
5. E se tinham uma base de dados para avaliação de morbimortalidade oncológica (ex.: atividade assistencial, complicações, morte prematura) no local de trabalho (*sim / não*). Na última parte do questionário, foi avaliada a satisfação global dos profissionais sobre os atuais cuidados perioperatórios oncológicos (*muito mau / mau / razoável / bom / muito bom*).

Os critérios de seleção deste estudo foram Enfermeiros, Anestesiologistas e Cirurgiões que lidam com o período perioperatório dos doentes oncológicos e que se encontravam a trabalhar no hospital durante o mês de julho de 2017.

Após a aprovação pela comissão de ética institucional e

obtenção do consentimento informado dos profissionais, os autores distribuíram e recolheram pessoalmente o questionário, de carácter anónimo e voluntário a todos os participantes deste trabalho. Os questionários eram de autopreenchimento e tinham um tempo estimado de preenchimento de 5 a 10 minutos.

Análise Estatística

Foi realizada análise descritiva da amostra com recurso a tabelas de frequência (para variáveis de natureza nominal) e análise da média e desvio padrão (para variáveis de natureza quantitativa). Para análise da consistência interna, foi calculado o índice Cronbach alfa. A aderência à normalidade populacional foi testada através do teste de Shapiro-Wilk.

Recorreu-se a testes de independência de qui-quadrado para as variáveis a explicar (reunião multidisciplinar, protocolos clínicos, circuito perioperatório, especialização e diferenciação em cirurgia oncológica e base de dados). Nos cruzamentos que resultaram em tabelas de dupla entrada (consoante género), interpretou-se o teste exato de Fischer. Nos restantes cruzamentos examinou-se o teste do qui-quadrado por simulação de Monte Carlo, visto que não se respeitaram as regras de utilização do teste de independência do qui-quadrado. Para a análise de diferenças na satisfação global dos atuais cuidados perioperatórios do doente oncológico consoante o grupo profissional, e tendo em conta que a variável a explicar é suscetível de tratamento quantitativo (transformação para escala de 0 a 5), perspetivou-se a utilização do teste *1-way* ANOVA, não se tendo verificado o pressuposto da normalidade populacional. Face a esta situação, adotou-se a alternativa não-paramétrica do teste Kruskal-Wallis.

Todos os resultados foram obtidos através do *software* IBM SPSS 22.0. O nível de significância estatístico usado foi $p < 0,05$.

RESULTADOS

Todos os participantes ($n = 81$) responderam ao questionário e nenhum deles foi excluído por dados incompletos. O perfil demográfico dos participantes é apresentado na Tabela 2.

A maioria dos inquiridos era do género feminino (61,7%), com apenas a subamostra do grupo dos cirurgiões maioritariamente composta por inquiridos do género masculino (70,4%). Em termos etários, em todos os grupos profissionais, ressalta-se a forte representação do escalão etário que vai dos 31 aos 40 anos (66,6% dos inquiridos tinham idade ≤ 40 anos). A amostra do estudo envolveu 31 (38,3%) Enfermeiros, 23 (28,4%) Anestesiologistas e 27 (33,3%) Cirurgiões. Entre os participantes médicos ($n = 50$), 3 (6%) eram assistentes graduados séniores, 9 (18%) assistentes hospitalares graduados, 23 (46%) assistentes hospitalares e 15

Tabela 2. Perfil demográfico dos participantes. Dados apresentados em número e percentagem

	TOTAL (N=81)	ENFERMEIROS (N=31)	ANESTESIOLOGIAS (N=23)	CIRURGIÕES (N=27)
Género				
Feminino	50 (61,7)	23 (74,2)	19 (82,6)	8 (29,6)
Masculino	148	11 (48%)	94 (75%)	0,007
Idade				
21-30	21 (25,9)	8 (25,8)	6 (26,1)	7 (25,9)
31-40	33 (40,7)	10 (32,3)	10 (43,5)	13 (48,1)
41-50	16 (19,8)	8 (25,8)	5 (21,7)	3 (11,1)
≥ 51	11 (13,6)	5 (16,1)	2 (8,7)	4 (14,8)
Gradação profissional				
Assistente Hospitalar Graduado Sénior			1 (4,35)	2 (7,41)
Assistente Hospitalar Graduado			3 (13,04)	6 (22,22)
Assistente Hospitalar			5 (21,74)	8 (29,63)
Interno de Formação Específica			14 (60,87)	11 (40,74)

(30%) internos de formação específica.

A consistência interna analisada através do Cronbach alfa para os requisitos *standards* de qualidade foi de $\alpha = 0,6$; sendo este valor considerado o mínimo aceitável por alguns autores. Quanto à normalidade dos dados, o teste de Shapiro-Wilk apresentou um valor de $p < 0,001$; rejeitando a distribuição normal das variáveis analisadas.

A Tabela 3 reúne os resultados das respostas obtidas pelos questionários. Existem diferenças entre os grupos profissionais, com significância estatística em relação à existência de reunião multidisciplinar, protocolos clínicos, circuito perioperatório, especialização e diferenciação e base de dados. Os cirurgiões eram os que estavam mais familiarizados com o processo de validação do tratamento perioperatório em reunião multidisciplinar oncológica e adotavam com maior frequência os circuitos perioperatórios e protocolos clínicos específicos na orientação destes doentes ($p < 0,05$). São também os cirurgiões os que tinham mais especialização e diferenciação na área da oncologia e reportavam mais frequentemente o preenchimento de uma base de dados dedicada para a avaliação de morbimortalidade dos doentes oncológicos ($p < 0,05$).

Por outro lado, existe diferença estatisticamente significativa na satisfação global dos atuais cuidados perioperatórios do doente oncológico consoante o grupo profissional (Tabela 4), apresentando os cirurgiões uma maior satisfação média ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os nossos resultados confirmam as hipóteses formuladas e permitem-nos concluir que, na instituição do estudo, existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos profissionais em relação aos requisitos *standard* de qualidade

Tabela 3. Requisitos *standard* de qualidade para a cirurgia oncológica por grupo profissional, idade e género

GRUPO	REUNIÃO MULTIDISCIPLINAR				PROTOCOLOS CLÍNICOS		CIRCUITO PERIOPERATORIO		ESPECIALIZAÇÃO E DIFERENCIAÇÃO		BASE DE DADOS	
	NENHUM	POR VEZES	TODOS	<i>p</i>	SIM	<i>p</i>	SIM	<i>p</i>	SIM	<i>p</i>	SIM	<i>p</i>
GRUPO PROFISSIONAL												
Enfermeiros (n=19)	15,8%	52,6%	31,6%	<0,05	25,0%	<0,05	46,2%	<0,05	3,2%	<0,05	9,1%	<0,05
Anestesiologistas (n=19)	0,0%	68,4%	31,6%		40,0%		25,0%		8,7%		5,6%	
Cirurgiões (n=27)	0,0%	48,1%	51,9%		80,0%		76,2%		34,6%		62,5%	
Idade												
21-30 (n=19)	5,3%	57,9%	36,8%	0,178	70,0%	0,428	66,7%	0,729	0,0%	0,142	28,6%	0,430
31-40 (n=25)	0,0%	56,0%	44,0%		63,2%		55,0%		18,2%		38,5%	
41-50 (n=12)	0,0%	50,0%	50,0%		55,6%		37,5%		25,0%		15,4%	
>50 (n=9)	22,2%	55,6%	22,2%		33,3%		55,6%		20,0%		18,2%	
Género												
Feminino (n=38)	5,3%	52,6%	42,1%	0,908	44,0%	0,076	47,8%	0,554	8,0%	<0,05	5,3%	<0,05
Masculino (n=27)	3,7%	59,3%	37,0%		72,7%		60,9%		26,7%		5,3%	

Tabela 4. Satisfação global com os atuais cuidados perioperatórios para o doente oncológico

	ENFERMEIROS	ANESTESIOLOGIAS	CIRURGIÕES	<i>p</i>
Média	2,80	2,95	3,81	<0,001
Desvio padrão	0,71	0,78	0,63	
Mediana	3,00	3,00	4,00	

para a cirurgia oncológica.

Em contraste com as nossas orientações nacionais para cuidados oncológicos, que preconizam a avaliação multidisciplinar para todos os doentes oncológicos, a maioria das *guidelines* de outros países define critérios específicos para a discussão de casos num ambiente multidisciplinar.⁹⁻¹¹ Na instituição do estudo, verificámos que o plano perioperatório de doentes oncológicos nem sempre envolveu uma validação multidisciplinar, embora a proporção exata desta exclusão seja desconhecida. Visto que a abordagem multidisciplinar oncológica está comprovadamente associada a melhoria de sobrevida e satisfação dos doentes; e maior uniformização do planeamento terapêutico baseada na evidência,^{12,13} somos da opinião que é essencial um maior empenho na divulgação dos critérios de referência para reunião multidisciplinar a todos os profissionais de saúde envolvidos na cirurgia oncológica, podendo incluir, a título de exemplo, a participação regular dos Anestesiologistas diferenciados em cirurgia oncológica na reunião multidisciplinar oncológica. Por outro lado, apesar do circuito perioperatório não ter sido considerado uma exigência pela Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, consideramo-lo um outro pilar na uniformização dos cuidados perioperatórios prestados aos doentes oncológicos. Acreditamos que o desenvolvimento de

estratégias de partilha de conhecimento mais eficientes entre intervenientes irá melhorar a qualidade de cuidados prestada a doentes oncológicos. Estas estratégias poderão incluir sessões de discussão de casos clínicos; e apresentações de circuitos perioperatórios e protocolos clínicos em reuniões regulares entre todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado cirúrgico destes doentes.

No que respeita à especialização e diferenciação em cirurgia oncológica, como a amostra envolveu internos de formação específica, não era expectável uma taxa de respostas totalmente positiva. A falta de recomendações na oncologia perioperatória poderá justificar, pelo menos parcialmente, a taxa reduzida de especialização e diferenciação dos Anestesiologistas e Enfermeiros no tratamento perioperatório da cirurgia oncológica. Não obstante, estas assimetrias levamos a refletir acerca dos atuais cuidados perioperatórios para doentes oncológicos. O impacto clínico e financeiro das doenças oncológicas já foi mencionado. Consideramos que os coordenadores de internato e as sociedades científicas de Anestesiologia poderiam desempenhar um papel importante na melhoria deste processo, nomeadamente através da introdução de temas relacionados com os cuidados perioperatórios dos doentes oncológicos nos programas de internato (ex.s: Noções básicas das terapias adjuvantes; Técnicas anestésicas e analgésicas; Estratégias poupadoras de opióides; *Patient blood management*; Emergências oncológicas; Cirurgia *fast-track*), prestar uma maior ênfase na organização de debates em congressos científicos e nomeação de um grupo de trabalho para elaboração de recomendações baseada na evidência.

Em relação a indicadores de qualidade para cirurgia oncológica, ao invés das auditorias internas recomendadas de

forma inespecífica pelas orientações nacionais, propusemos a avaliação da existência de bases de dados que permitam caracterizar a atividade assistencial (ex.: número e tipo de cirurgias oncológicas major por especialidade cirúrgica; técnica anestésica); validar técnicas anestésicas e/ou analgésicas (ex.: dor pós-operatória imediata, náuseas e vômitos, experiência do doente, disseminação da doença oncológica); e identificar fatores clínicos que levam ao aumento do tempo de estadia no recobro anestésico, a admissões programadas e não programadas dos doentes em Unidades de elevada dependência (ex.: Unidade de Cuidados Intermédios, Unidade de Cuidados Intensivos) ou a transferência inter-hospitalar. Uma base de dados fidedigna é um instrumento que oferece inúmeras vantagens indissociáveis de boas práticas, entre as quais destacamos a possibilidade de identificar e priorizar problemas, avaliar o desempenho obtido de acordo com requisitos *standard* selecionados e monitorizar alterações após implementação de um plano de melhoria de qualidade.¹⁴

Em resumo, os autores propõem como sugestões de melhoria dos cuidados perioperatórios oncológicos:

1. Divulgação dos critérios de referenciação para reunião multidisciplinar oncológica;
2. Participação regular de Anestesiologistas na reunião multidisciplinar oncológica;
3. Sessões de discussão de casos clínicos;
4. Apresentações de circuitos perioperatórios;
5. Apresentações de protocolos terapêuticos;
6. Introdução de temas oncológicos nos programas de internato;
7. Organização de debates em congressos científicos;
8. Nomeação de grupo de trabalho para elaboração de recomendações;
9. Especialização e diferenciação em cirurgia oncológica;
10. Criação de base de dados.

Decidimos também incluir a avaliação da satisfação dos profissionais, pela correlação positiva existente entre o grau de envolvimento na tomada de decisões e a satisfação profissional. A possibilidade de envolvimento na tomada de decisões é um dos fatores determinantes da satisfação profissional, na medida em que confere um sentimento de pertença aos profissionais e influencia positivamente os mesmos no cumprimento dos objetivos estabelecidos.¹⁵ O presente trabalho demonstra que os cirurgiões, além de serem os que mais cumprem os requisitos *standard* de qualidade para a cirurgia oncológica, são os que estão mais satisfeitos com os atuais cuidados perioperatórios oncológicos prestados.

Relativamente às limitações do estudo, o uso de questionários em trabalhos científicos está invariavelmente associado a respostas tendenciosas. A utilização de uma escala de Likert

aumentaria a objetividade das respostas e deveria ter sido utilizada na elaboração do nosso questionário. Por outro lado, a condução do estudo num único centro institucional limita a generalização da nossa análise. Para estudos futuros, será prioritário aumentar a gama de respostas e torná-las mais descritivas. O aumento do número de perguntas e do tamanho da amostra também poderão contribuir no aumento da fiabilidade interna dos resultados. Seria interessante relacionar a satisfação dos profissionais com a introdução das medidas de melhoria sugeridas e o grau de envolvimento na tomada de decisões clínicas.

O objetivo do nosso trabalho não é incentivar o envolvimento dos Anestesiologistas nas decisões cirúrgicas, mas antes reforçar a ideia de que a qualidade dos cuidados prestados aos doentes oncológicos pode ser melhorada com uma maior diferenciação dos mesmos e eficiente articulação com uma equipa multidisciplinar, envolvida nas diferentes fases do perioperatório deste grupo de doentes. Esperamos que os nossos resultados contribuam para consciencializar acerca das fragilidades existentes nos cuidados perioperatórios oncológicos, impulsionem o desenvolvimento de estudos futuros e encorajem sociedades científicas a criarem grupos de trabalho no sentido de elaborarem recomendações sobre o tema após a caracterização do panorama nacional.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Conflicts of interest

The authors have no conflicts of interest to declare.

Suporte financeiro

O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Financing support

This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidencialidade de dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Confidentiality of data

The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Protection of human and animal subjects

The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

Submissão: 24 de junho, 2018 | Aceitação: 07 de setembro, 2018

Received: 24th of June, 2018 | Accepted: 7th of September, 2018

REFERÊNCIAS

1. Sahai SK. Perioperative assessment of the cancer patient. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2013;27:465-80. doi: 10.1016/j.bpa.2013.10.001.
2. Direção Geral da Saúde. Portugal - Doenças Oncológicas em Números. Lisboa: DGS; 2013.
3. Direção Geral da Saúde. Portugal - Doenças Oncológicas em Números. Lisboa: DGS; 2016.
4. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico ou Económico. *Cancer Care: Assuring quality to improve survival.* OECD Health Policy Studies, Paris: OECD Publishing; 2013.
5. World Health Organization. *Managing a National Cancer Control Programme. National Cancer Control Programmes – Policies and Managerial Guidelines.* 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.
6. Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Sullivan R. Economic burden of cancer

- across the European Union: a population-based cost analysis. *Lancet Oncol.* 2013; 14: 1165–74. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70442-X.
7. Araújo A, Barata F, Barroso S, Cortes P, Damasceno M, Parreira A, et al. Custo do Tratamento do cancro em Portugal. *Acta Med Port.* 2009; 22: 525-36.
 8. Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas [homepage na Internet]. Requisitos Para a Prestação de Cuidados em Oncologia; 2009 [consultado 2018 Maio 19]. Disponível em: <http://www.europacoln.pt/Files/Ficheiros/PDFs/Noticias/RequisitosparaaPrestacaodeCuidadosemOncologia.pdf>
 9. Wright F, De Vito C, Langer B, Hunter A. Multidisciplinary Cancer Conference Standards Special Report. Toronto: Cancer Care Ontario; 2006.
 10. Central Integrated Regional Cancer Service [homepage na Internet]. Multidisciplinary Team Meeting Guide. State of Queensland; 2014 [consultado 2018 Maio 19]. Disponível em: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0022/355306/mdtguide.pdf
 11. National Health Service [homepage na Internet]. The Characteristics of an Effective Mul-tidisciplinary Team. National Cancer Action Team; 2010 [consultado 2018 Maio 19]. Disponível em: www.ncin.org.uk/view?rid=136.
 12. Ellis PM. The importance of multidisciplinary team management of patients with non-small-cell lung cancer. *Curr Oncol.* 2012; 19,(Suppl 1): S7-S15. doi:10.3747/co.19.1069.
 13. Kesson EM, Allardice G, George W, Burns H, Morrison D. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13722 women. *BMJ.* 2012; 344:e2718 doi: 10.1136/bmj.e2718
 14. Quality and Patient Safety Directorate. The Five Stage Approach to Clinical Audit: A Practical Guide to Clinical Audit. Dublin: QPSD; 2013.
 15. Ferreira V. Satisfação dos profissionais de saúde em meio hospitalar público, privado e parceria público-privada [dissertação]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias; Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde; 2015.