

Rede de Referenciação Hospitalar
de **Oncologia**



Ministério da Saúde
Direcção-Geral da Saúde

Rede de Referenciação Hospitalar Oncologia

A Rede de Referenciação Hospitalar de Oncologia foi aprovada por Despacho de Sua Excelência a Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, Dr^a Carmen Pignatelli, em 17 de Janeiro de 2002.

Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Planeamento



PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento
Rede de Referência Hospitalar de Oncologia. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002 – 64 p.

ISBN: 972-675-089-X

Oncologia / Unidades hospitalares / Referência e consulta – Organização e administração /
Acesso aos cuidados de saúde / Serviço hospitalar de Oncologia / Neoplasias-mortalidade /
Portugal

Grupo da RRH de Oncologia

- Dr. José Mendes Nunes, Subdirector-Geral da Saúde
(Coordenador)
- Dr. F. Leal da Costa, Subdirector-Geral da Saúde
- Dr. Adriano Natário, Director dos Serviços de Planeamento,
Direcção Geral da Saúde
- Dr. Vital Morgado, Especialista em Medicina Interna,
Intervenção Operacional da Saúde
- Dr.ª Ana Maria Del Rio, Especialista em Oncologia Médica,
Hospital São Francisco Xavier
- Dr. Fernando Barata, Especialista em Pneumologia, Centro
Hospitalar de Coimbra
- Dr. Joaquim Gouveia, Especialista em Oncologia Médica,
IPOFG de Lisboa
- Dr. António Fráguas, Especialista em Oncologia Médica,
Hospital Espírito Santo, Évora.
- Dr. Carlos Santos, Administrador Hospitalar, IPOFG de
Coimbra
- Dr. José Diamantino Gomes, Especialista em Cirurgia,
IPOFG do Porto
- Dr. Manuel António L. Silva, Especialista em Ginecologia,
IPOFG de Coimbra.
- Dr. Aires Henriques Fernandes, Especialista em Oncologia
Médica, IPOFG de Lisboa.
- Dr. José Manuel Machado Lopes, Especialista Oncologia
Médica, IPOFG do Porto

Outros Colaboradores

- Dr. Sodrê Borges, Pediatra, IPOFG do Porto
- Dr.ª. Maria do Carmo Lopes, Engenheira Física, IPOFG de
Coimbra.
- Dr.ª. Maria José Proença – Técnica Superior da Direcção de
Serviços de Planeamento da DGS.

Editor: Direcção-Geral da Saúde

Ilustração da capa: Vítor Alves

Design: Gráfica Maiadouro

Impressão|Acabamento: Gráfica Maiadouro

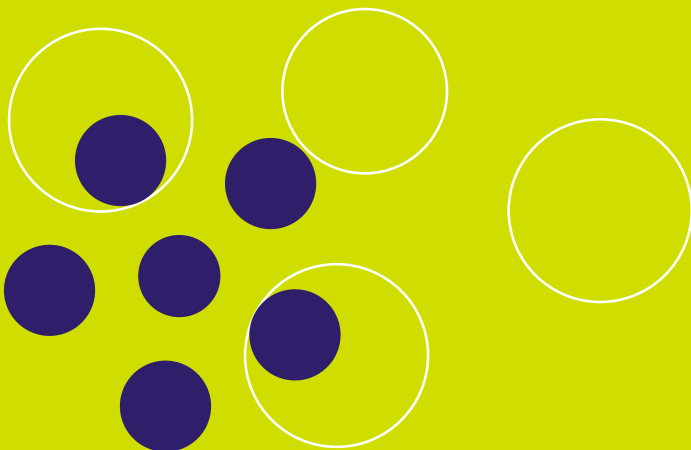
Tiragem: 1000 exemplares

Dep. Legal: 176 690/02

□ * Substituído em Janeiro de 2001 pelo Dr. José
Manuel Machado Lopes

Índice

Introdução	5
1. Conceito de Rede Hospitalar de Oncologia	6
2. Objectivos da RRH de Oncologia	7
3. Diagnóstico da Situação (Novembro de 2000)	9
3.1. Mortalidade por doença neoplásica	9
3.2. Incidência	13
3.3. Internamentos	14
3.4. Impacto social	14
3.5. Os recursos disponíveis	14
3.6. Equipamento público	17
4. Metas para a Oncologia	19
5. Modelo Organizativo da RHH de Oncologia	20
5.1. Organização dos Cuidados Oncológicos	21
5.2. Rede de Referência Hospitalar de Oncologia	22
Plataformas de Tipo C	23
Plataformas de Tipo B	25
Plataformas de Tipo A	26
5.3. A Rede Oncológica e a autonomia profissional	26
5.4. Oncologia Pediátrica	27
6. Radioterapia	29
7. Circuitos de Referência de Doentes Oncológicos	31
7.1. Algumas questões à definição dos critérios de referência	31
7.2. Natureza dos critérios de referência	32
7.3. Critérios Clínicos	32
7.4. Referência médico-administrativa	33
7.5. Coordenação	35
7.6. Avaliação	35
8. Distribuição Territorial dos Serviços de Oncologia	35
Bibliografia	36
Arquitectura da Rede	39
Anexos	51





Introdução

O controlo do cancro compreende diferentes vertentes, que vão da prevenção até ao diagnóstico e ao tratamento, passando pela investigação e pela formação. Possui, ainda, algumas características que justificam uma especificidade estratégica quanto à organização/prestação dos agentes envolvidos.

O ritmo vertiginoso do progresso científico e técnico provocou a subida dos custos dos equipamentos e dos tratamentos. Contudo, este desenvolvimento técnico e científico fez aumentar, ainda, os níveis de incerteza no diagnóstico e na decisão terapêutica, pela enorme dificuldade em dominar um campo imenso de conhecimento, o que impõe, como mecanismo de defesa, uma maior especialização dos recursos humanos, por um lado, e a abordagem multidisciplinar, por outro.

Para além da necessidade de as decisões terapêuticas serem tomadas em equipas multidisciplinares, é imprescindível que as unidades prestadoras de cuidados oncológicos interajam entre si, de modo estruturado, dada a impossibilidade de a vastidão de conhecimentos e de técnicas associados ao tratamento dos doentes oncológicos ser abarcada, na sua globali-

dade, por uma instituição isolada. Deste modo, as várias disciplinas e as múltiplas instituições envolvidas nos cuidados oncológicos favorecem a continuidade de cuidados, evitando lacunas assistenciais de natureza geográfica ou funcional, isto é, aproximando, tanto quanto possível, os cuidados aos doentes.

Assim, é fundamental a divisão explícita de campos de intervenção das diferentes instituições, aproveitando o máximo das potencialidades de cada uma delas. A relação entre as diferentes unidades é de complementaridade.

Estas unidades têm idêntica profundidade de conhecimentos dos problemas oncológicos que constituem o seu universo de intervenção, mas diferem no tipo de problemas que abordam (é este o significado da sua diferenciação). Uma unidade prestadora de cuidados oncológicos não pode ser considerada como tal, se não tiver integrado a investigação clínica como parte das actividades quotidianas do serviço, sendo este, com efeito, um dos critérios definidores da Boa Prática em Oncologia.

Tomou-se, por conseguinte, de acordo com o actual Plano Oncológico Nacional (Resolução de Conselho de Ministros nº 129/2001, D. R. I Série, Nº190 de 17/8/2001), obrigatório criar

uma Rede de Referência Hospitalar de Oncologia, cujos conceito, objectivos e organização estão definidos neste documento. A Rede de Referência Hospitalar (RRH), não descuidando a capacidade já instalada, irá enunciar princípios para o estabelecimento de níveis diferenciados de cuidados, a que se chamaram plataformas, que se articularão entre si, sem prejuízo da continuidade de cuidados e do envolvimento das estruturas de saúde locais. Do mesmo modo, a RRH de Oncologia, ao estruturar-se em plataformas, não irá condicionar o desenvolvimento futuro das unidades ou serviços nelas incluídos. Igualmente, a RRH deverá ser entendida como uma oportunidade de controlo de qualidade e de investigação oncológica multidisciplinar e multi-institucional.

Este documento mereceu a concordância do Conselho Nacional de Oncologia.

1. Conceito de Rede Hospitalar de Oncologia

A Rede de Referência Hospitalar em Oncologia é um sistema através do qual se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde na área da oncologia, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional.

A Rede de Referência Hospitalar Oncológica traduz-se por um conjunto de especialidades médicas e cirúrgicas, organizadas em torno de instituições com oncologia médica e de tecnologias que permitem:

- Articular em rede todos os agentes envolvidos no controlo da doença oncológica. Esta articulação é variável em função das características dos recursos disponíveis e das determinantes e condicionantes regionais e nacionais.
- Explorar complementaridades, de modo a obter sinergias.
- Concentrar experiências, permitindo o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos, com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados oncológicos.
- Concentrar recursos, permitindo a maximização da sua rentabilidade.
- Definir as funções, os campos de intervenção e as responsabilidades de cada um dos agentes e institui-



ções intervenientes no controlo da doença oncológica.

- Garantir o acesso rápido à unidade geograficamente mais próxima do local de residência habitual, mantendo a ligação com a estrutura de cuidados primários, de modo a privilegiar a continuidade de cuidados.

2. Objectivos da RRH de Oncologia

A assistência ao doente oncológico pressupõe a existência de uma rede de cuidados oncológicos, da qual fazem parte integrante todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde desde as de cuidados de saúde primários até às mais diferenciadas, como os hospitais centrais e especializados.

Por sua vez, os serviços hospitalares para a prestação de cuidados aos doentes oncológicos organizam-se em rede, com base nas necessidades das populações, na diferenciação técnica e na complementaridade.

A presente rede (RRH de Oncologia) é constituída por alguns hospitais gerais distritais, centrais, especializados e pelos centros regionais dos IPOFG, bem como por prestadores privados que trabalhem em complementaridade com o SNS, de acordo com as regras e necessidades que a própria rede determinar.

Dentro dos objectivos da RRH de Oncologia destacam-se:

Melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes oncológicos

A criação de condições para a uniformização dos procedimentos de diagnóstico, tratamento e seguimento a nível regional favorece as reduções de iniquidades, permitindo que problemas iguais tenham abordagens idênticas, independentemente do local em que o doente é tratado.

A implementação de mecanismos de avaliação objectiva da qualidade, através de sistemas de monitorização, permite a correcção atempada de deficiências, a prevenção do erro e a promoção da discussão interna e externa da actividade dos serviços. Para além disso, legitima os pedidos de renovação e de instalação de novos equipamentos, proporcionando aos decisores a possibilidade de tomarem opções fundamentadas.

Ao clarificar as regras de acesso contribui para a acessibilidade a cuidados de reconhecida qualidade e assegura os cuidados de proximidade. A concentração de recursos permite um aproveitamento intensivo dos equipamentos e o desenvolvimento técnico dos recursos humanos, com o consequente aumento de eficiência traduzido em ganhos em saúde.

Criar condições que facilitem a todas as instituições integradas na rede o desempenho da sua missão

A obrigação de melhorar os cuidados dispensados a doentes oncológicos gera, necessaria-

mente, o dever de encarar a estrutura da rede como uma malha, dotada de flexibilidade, em que todos os actores possam ver reunidas as condições necessárias para o desempenho da sua missão. A RRH de Oncologia, na medida em que disciplina a prestação de cuidados em oncologia, pretende favorecer, para além da eficiência e qualidade dos cuidados, a proximidade da entidade prestadora à comunidade. Neste contexto, permite identificar interlocutores explícitos na rede de prestação de cuidados.

Promover, numa perspectiva de continuidade de cuidados, a integração da rede hospitalar com todas as estruturas de saúde locais

A RRH deverá existir numa lógica de complementaridade e comunicação privilegiada com o sector de cuidados primários. A palição e a continuação de cuidados são uma obrigação das unidades de oncologia, que não pode, em circunstância alguma, ser diferida ou preterida. Ao desenvolver-se a RRH de Oncologia, deve tornar-se claro que a responsabilidade primária das unidades de oncologia não terminará com a implementação de serviços e unidades com vocação paliativa, às quais deverá ser dado todo o apoio técnico e humano. De igual modo, as unidades de carácter essencialmente paliativo deverão funcionar em estreita colaboração e intercâmbio com as unidades de oncologia.

Desenvolver a investigação clínica em Oncologia

A concentração de experiências em técnicos e serviços na área da oncologia, com dimensão adequada, favorece um envolvimento mais profundo nestas áreas, gerando-se ambientes de discussão e reflexão permanentes que fazem da investigação uma actividade diária, em que a componente laboratorial será progressivamente introduzida. A RRH deverá constituir uma oportunidade para o desenvolvimento de projectos de investigação básica, clínica e de interface com a cooperação multi-institucional. O estabelecimento de uma lógica de investigação exigirá o aparecimento de enfermeiros de investigação (*research nurses*), administradores de dados (*data managers*) e secretariado clínico (*clinical secretaries*), que deverão dedicar-se a funções especificamente ligadas à actividade de pesquisa.

Promover a formação de pessoal de saúde para a implementação da rede de cuidados em oncologia

A rede irá estabelecer objectivos formativos de todos os profissionais com base nas suas lacunas formativas e nas necessidades reais das populações. Por outro lado, a RRH, ao explicitar circuitos de doentes e zonas geográficas de intervenção, define os responsáveis pela formação na área oncológica dos respectivos profissionais. Deverá, além de assegurar a formação médica contínua, dinamizar a formação de enfermeiros com

especialização em cuidados de oncologia, bem como de outros profissionais, nomeadamente técnicos de terapêutica e diagnóstico, técnicos de serviço social, psicólogos etc.

Reforçar a utilização de tecnologias de informação e comunicação e facilitar o transporte de exames, amostras e doentes

Uma RRH pressupõe a existência de um sistema eficaz de transmissão de informação, em tempo real, obrigando à instalação de equipamento apropriado em todos os níveis da rede. A utilização de um sistema de comunicação rápido e eficaz deve, simultaneamente, obri-

gar à agilização do transporte de dados, amostras e doentes, organizando a rede em função da rede viária e ferroviária, eventualmente aeroportuária, existente.

3. Diagnóstico da Situação*

3.1. Mortalidade por doença neoplásica

Os tumores malignos (TM) representam a segunda causa de morte em Portugal.

Quadro I. Óbitos e Taxas de Mortalidade por todos os Tumores Malignos
(Cid 9: 08-14) Segundo a Idade e o Sexo, nas Regiões de Saúde e Regiões Autónomas
(/100 000 hab.) (< 1 ano: /100 000 nados- vivos) – 1998

Idades	Óbitos HM	Óbitos H	Óbitos M	Taxas HM	Taxas H	Taxas M
<1	5	2	3	4,4	3,4	5,5
01-04	26	16	10	5,9	7,1	4,7
05-14	54	35	19	4,7	6,0	3,4
15-24	112	62	50	7,2	7,9	6,5
25-34	220	118	102	14,2	15,3	13,2
35-44	688	335	353	49,9	49,7	50,0
45-54	1734	1006	728	140,0	169,3	113,0
55-64	3489	2213	1276	330,1	450,5	225,6
65-74	6323	3972	2351	684,5	988,9	450,3
75e>	8209	4496	3713	1400,6	2069,2	1006,7
TOTAL	20860	12255	8605	209,3	255,3	166,5

Fonte: DGS, 2000

* Novembro de 2000

Quadro II. Taxas de Mortalidade por todos os Tumores Malignos

(Cid 9: 08-14) Padronizadas pela Idade, Segundo o sexo nos Distritos do Continente
(método directo: população padrão europeia) – 1998

	Total	Homens	Mulheres
PORTUGAL	170,9	236,8	123,0
CONTINENTE	169,4	234,4	122,0
AVEIRO	155,0	209,4	114,5
BEJA	166,3	226,4	118,2
BRAGA	165,0	233,1	115,7
BRAGANÇA	134,9	182,3	97,7
CASTELO BRANCO	151,0	207,9	107,8
COIMBRA	156,9	208,6	120,9
ÉVORA	160,4	208,6	123,0
FARO	175,8	241,2	123,2
GUARDA	167,9	225,9	123,9
LEIRIA	162,2	219,5	116,8
LISBOA	190,9	268,4	139,0
PORTALEGRE	133,5	176,4	100,5
PORTO	170,3	243,3	118,4
SANTARÉM	154,2	213,0	110,6
SETÚBAL	192,8	267,8	136,8
VIANA DO CASTELO	169,3	242,5	122,4
VILA REAL	158,2	214,4	115,6
VISEU	140,3	194,7	100,2
REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES	224,0	335,8	141,9
REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA	175,2	235,7	135,7

Segundo as taxas de mortalidade padronizadas por distrito, o risco de morrer por neoplasia é mais acentuado nos distritos de Setúbal, Lisboa, Faro e Porto e menor em Portalegre, Bragança e Viseu.

Dos tumores malignos, destaca-se o do estômago (Figura 1), sobretudo no sexo masculino, mas que, entre

1986 e 1998, revelou uma ligeira diminuição da taxa de mortalidade padronizada ($26,7/10^5$ em 1986 e $20,7/10^5$ em 1998).

A mortalidade por esta causa é das que revela maiores assimetrias regionais, sendo mais elevada nos distritos do norte (Guarda, Braga, Viana do Castelo e Porto), ainda que tenha diminuído ao longo da última década.

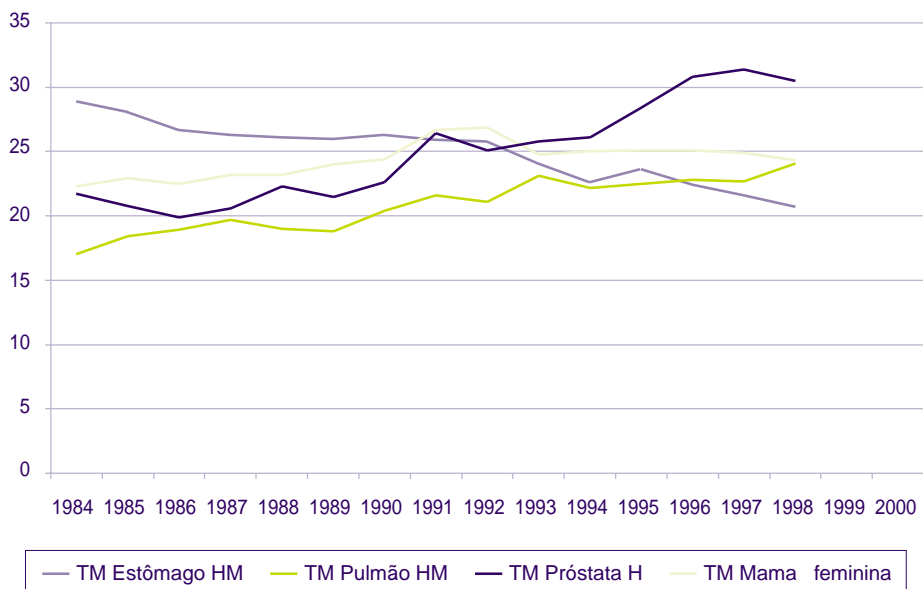


Figura 1. Taxas de mortalidade pelos principais TM, padronizadas pela idade; Portugal 1984 - 1998

○ **tumor maligno (TM) do pulmão** tem um aumento constante da taxa de mortalidade ($24,1/10^5$ em 1998). A mortalidade por TM do pulmão foi sempre muito mais elevada no sexo masculino (H - $46,1/100000$; M - $7,1/100000$), tendo ultrapassado, desde 1990-92, a taxa referente ao TM do estômago.

A mortalidade por TM do estômago apresenta-se decrescente, enquanto que a mortalidade por TM do pulmão tende a aumentar

Em 1998, nos homens, os distritos com taxas mais elevadas foram os de Beja, Porto e Faro que apresentaram taxas superiores a $53/10^5$, sendo as menos elevadas as registadas nos Distritos de Bragança ($15,6/10^5$) e Guarda ($27,6/10^5$). A Região Autónoma dos Açores registou, ao longo do período, as taxas mais elevadas (Homens - $116,5/100000$).

○ O tumor maligno da mama é o que apresenta taxas de mortalidade mais elevadas no sexo feminino ($22,5/10^5$ em 1986 e $24,3/10^5$ em 1998). A mortalidade por esta causa revela também algumas assimetrias regionais (figura 2), sendo os Distritos de Évora, Lisboa, Coimbra e Setúbal os que têm taxas mais elevadas. Évora foi, em 1998, o Distrito com mais elevada taxa de mortalidade ($34,2/10^5$), sendo Beja, Guarda, Viseu e Viana do Castelo os que apresentaram as mais baixas. Ainda em relação ao TM da mama feminina, a maior parte dos Distritos revelou, entre 1984 e 1995, uma subida da taxa, constituindo excepção os Distritos de Bragança, Coimbra, Viana do Castelo e, sobretudo, a Região Autónoma dos Açores.

No sexo masculino, as taxas referentes ao tumor maligno da próstata, embora crescentes, ainda se mantêm

inferiores às verificadas para os TM do estômago e pulmão (Figura 1).

Em 1998 (Figura 3), as taxas mais elevadas por TM da próstata situaram-se nos Distritos de Coimbra (38,1/100000 hab.), Castelo Branco (35,6/100000 hab.), Lisboa (36,6/100000 hab.) e

Setúbal (41,1/100000 hab.). Os Distritos que, na década 1986/96, revelaram maior aumento da mortalidade por esta causa foram os de Vila Real, Castelo Branco e Coimbra. O Distrito de Viseu foi o único que revelou uma diminuição da taxa naquela década.

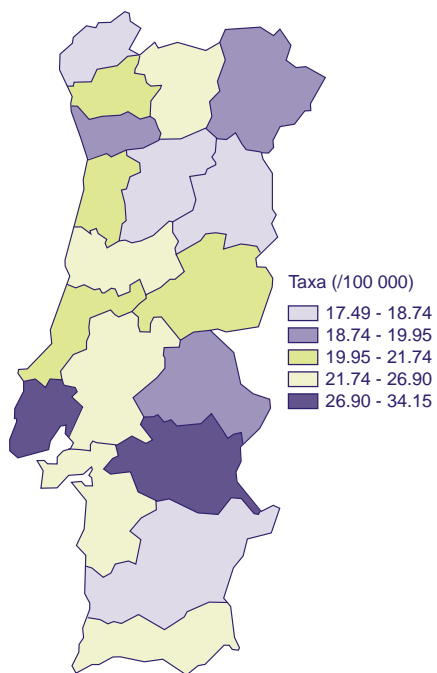


Figura 2. Taxas de mortalidade por Tumor maligno da mama feminina padronizada pela idade, Continente 1998

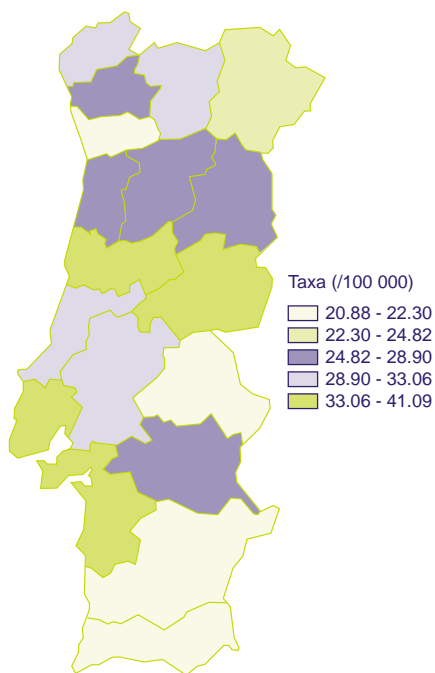


Figura 3. Taxas de mortalidade por Tumor maligno da próstata, padronizada pela idade, Continente 1998

3.2. Incidência

Em relação à incidência de Tumores Malignos, verifica-se que, tal como para a mortalidade, os valores do sexo masculino são muito superiores aos do sexo feminino, situando-se, respectivamente, em 228,8/10⁵ e 184,4/10⁵ (Quadro III).

A incidência do TM do pulmão, no sexo masculino, aproxima-se da taxa do TM do Estômago. A taxa de incidência de TM da Mama feminina tem sido muito superior à taxa de mortalidade, o mesmo não acontecendo, por exemplo, com o TM da Próstata, que apresenta taxas de incidência e de mortalidade (30,9‰, em 1999)³ muito próximas^{4 e 5}.

Quadro III. Tumores Malignos com taxas de incidência padronizada superiores a 10,0‰, segundo a localização primitiva e o sexo – 1993¹

Localização	Homens	Mulheres
Todos os tumores	274,71	232,69
TM Pele	36,84	32,02
TM Estômago	33,53	16,92
TM Pulmão	27,55	4,85
TM Próstata	27,51	–
TM Cólon	22,09	15,15
TM Recto	20,14	12,15
TM Bexiga	17,92	4,62
TM Mama feminina	–	57,63
TM Colo uterino	–	15,33
TM Corpo uterino	–	11,67

Quadro IV. Incidência dos tumores por distrito de residência / notificação

	Pele**	Mama	Próstata	Estômago	Cólon	Pulmão	Bexiga	Útero	Outros	TOTAL
Braga	27	69		30	43			60		442
Viana	24	22		13	12			17		192
Bragança	34	16		12	21			13	45	163
Vila Real	36	33		17	7			12		212
Porto	114	283		94	114			136		1413
Outros	7									
Aveiro	39+88**	110+60	35	40+40	44+42	22	23	62+47		591+515
Coimbra	184**	148	57	93	94	53	53	72		1 230
Leiria	18+197**	30+142	12+58	25+106	17+91	46+14	63+10	56+12		127+222
Viseu	12+76**	11+57	57	14+103	5+45	55	45	3+63		864+79
Guarda	76**	1+41	10	42	2+33	14	21	15		445+10
C Branco	92**	62	57	90	61	56	33	19		794
Santarém	92+212**	138+80	66+19	24+90	36+105	27+63	15+41	29+74		1157+541
Setúbal	308**	234	92	159	142	151	98	120		1 949
Lisboa	1 031**	958	324	513	582	352	331	365		6 828
Portalegre	52**	52	25	31	34	9	19	22		349
Évora	135**	62	28	62	41	39	17	20		600
Beja	118**	55	25	50	36	36	22	20		580
Faro	107**	76	34	76	66	31	32	80		832

• Pele - não melanoma

** Todos os da pele

Fonte: ROR, 1993

3.3. Internamentos

Em 1998, as neoplasias assumiram a quarta posição como motivo de internamento hospitalar, correspondendo a 8,4% (quadro V)⁴.

Doenças do aparelho circulatório	11,9%
Doenças do aparelho digestivo	10,9%
Lesões e envenenamentos	8,5%
Tumores	8,4%
Doenças do aparelho respiratório	7,4%

Conforme se pode ver no anexo I, praticamente todos os hospitais da rede pública internam doentes com tumores.

3.4. Impacto Social

Os dados do Inquérito Nacional de Saúde 1998/99 mostram que entre a população não acamada que referiu ter estado doente, nas duas semanas anteriores à inquirição, houve 1,0% de neoplasias e entre a que esteve temporariamente incapacitada foi de 2,2% a percentagem de casos de patologia neoplásica. Ainda segundo o mesmo inquérito, dos doentes limitados ao seu domicílio por grande incapacidade, 3,8% era consequente a neoplasia².

3.5. Os recursos disponíveis

Para analisarmos a situação dos Cuidados Oncológicos em Portugal recorremos ao Inquérito à Capacidade Instalada de Cuidados de Oncologia,

realizado em 1999/2000 pelo Secretariado Executivo do Conselho Nacional de Oncologia (dados não publicados, disponibilizados oralmente pelo Dr. Joaquim Gouveia).

Apesar de todas as debilidades resultantes de uma avaliação feita com base num inquérito aplicado aos serviços, recorremos a esta fonte.

Este inquérito é revelador de algumas deficiências na assistência oncológica, resumidas no quadro VII.

O Secretariado Executivo do Conselho Nacional de Oncologia realizou, em 1999/2000, um inquérito à totalidade dos hospitais nacionais com o objectivo de estimar a capacidade instalada para cuidados oncológicos, tendo como referência o ano de 1997.

Oteve-se resposta de todos os hospitais do SNS que tratam doentes oncológicos, num total de 78. Destes, 4 são hospitais Especializados, 15 são Centrais, 37 são Distritais Gerais e 22 são Distritais de Nível 1 (classificação utilizada pela Direcção Geral da Saúde).

Dos hospitais questionados, 52,6%, tinham Comissão de Coordenação Oncológica (Quadro VI), de que faziam parte o Director Clínico, um Oncologista Médico (70% dos hospitais), um Cirurgião (95,1% dos hospitais), um Anatomopatologista (65,9% dos hospitais) e um Radioterapeuta (19,5% dos hospitais). Cerca de 50% dos hospitais que dispunham da referida Comissão realizaram entre 1 e 2 reuniões durante o ano em referência (1997).

Funções

Coadjuvar os órgãos de administração ou de gestão e de direcção técnica, pronunciando-se por sua iniciativa ou a pedido daqueles órgãos sobre as matérias que forem das suas competências.

Composição

Médicos com, pelo menos, o grau de especialista nas áreas de cirurgia, oncologia médica e, sempre que possível, de radioterapia e de anatomia patológica. É presidida pelo Director Clínico ou por um dos seus adjuntos.

Competências

Organizar as consultas de grupo, multidisciplinares, com o objectivo de analisar e definir a estratégia de diagnóstico e terapêutica relativa a casos clínicos oncológicos. Aprovar protocolos de actuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doença oncológica.

Emitir parecer sobre a estrutura do hospital no âmbito da oncologia.

Promover e coordenar o registo hospitalar do cancro.

Aprovar as normas de funcionamento da consulta de grupo.

In: Portaria n.º 420/90 de 8 de Junho

Os quadros hospitalares eram constituídos por: Oncologistas Médicos (em 31,2% dos hospitais), Radioterapeutas (em 3,9%), Anatomopatologistas (em 40,8% e 33,3% nos Distritais Gerais).

O grau de consultor hospitalar era detido por Oncologistas Médicos (em 11,8% dos hospitais), Médicos de Radioterapia e de Anatomia Patológica (em 17,1%).

O processo clínico era único em cerca de 2/3 das Instituições.

O número de camas ocupadas com doentes oncológicos era desconhecido em 63% dos hospitais. Quanto aos Serviços de Anatomia Patológica, estes existiam em 42,3% dos hospitais, embora a frequência se reduzisse para 40,5% nos Distritais Gerais e para 4,5% nos Distritais Nível 1.

Em 36 hospitais havia Serviços (só em alguns hospitais centrais) ou Unidades de Oncologia Médica. Estas eram autónomas em 24 (30,7% do total dos hospitais) e integradas noutro serviço em 12 (15,4% do total dos hospitais) O número de camas de internamente da Oncologia Médica era de 5, ou menos, em 50% dos hospitais do universo em apreço, (88% dos que têm Unidade ou Serviço de Oncologia Médica).

Existia consulta externa de Oncologia Médica autónoma em 40 hospitais.

Considerando as respostas dos que referiram ter Serviço ou Unidade de Oncologia Médica e dos que referiram ter Consulta Externa de Oncologia Autónoma (n=46), verifica-se que 37 tinham equipa médica específica e que o Oncologista Médico fazia parte da equipa em 74,4% das instituições.



Em cerca de 1/3 dos hospitais não se realizaram tratamentos médicos para os tumores. De entre os que faziam quimioterapia, 50% fizeram mais de 2165 tratamentos, (mínimo 2 e máximo 14730), 1 hospital fez mais de 10000 tratamentos, 4 hospitais ultrapassaram os 7000 e 11 fizeram entre 3000 e 7000.

Cerca de 28,3% dos hospitais fizeram de todos os tipos de tratamento, enquanto que os restantes fizeram só alguns tipos.

Existia hospital de dia único em 38 instituições, 50% das quais possuíam 6 ou mais postos de tratamento.

Em 1/3 dos hospitais existia Unidade de Tratamento da Dor.

De entre as instituições hospitalares que têm o Registo Oncológico em funcionamento (só raras exceções é que o mantêm parado), 50% tinham-no completo até 1997.

As consultas multidisciplinares para decisão de tratamento eram realizadas em cerca de metade dos hospitais (47,2% dos Distritais Gerais e 13,6% dos Distritais Nível 1). Existiam protocolos de diagnóstico em 59% dos hospitais (2/3 são do serviço). Existiam protocolos de tratamento em 62% das Instituições e em apenas cerca de 13 os protocolos eram institucionais.

Existiam protocolos de seguimento em 59% dos hospitais, 60,9% dos quais eram do serviço.

Apenas 8 dos 78 hospitais promoviam ensino pré-graduado da Oncologia e só 1 hospital central tinha internato de Oncologia Médica.

Cerca de 1/5 dos hospitais promoviam formação em Oncologia para enfermeiros e 17,9% para clínicos gerais.

Em diversos hospitais, a organização e a alocação dos recursos subverte a lógica de criação dos serviços de saúde.

No que respeita à investigação clínica, pouco mais que 1/5 referiu ter doentes integrados em coortes nacionais para ensaios clínicos e cerca de 1/3 (n=25) em coortes internacionais. De entre estes, apenas 6 participavam em ensaios clínicos da EORTC, com 1 doente, em 2/3 destas instituições.

A participação dos hospitais em ações de diagnóstico precoce era incipiente no tumor do cólon (12%) e do pulmão (10,4%) e mais expressiva no tumor da mama (38,2%) e do colo do útero (42%).

Apenas cerca de 2/5 dos hospitais sabiam a proporção dos gastos da Instituição aplicada na Oncologia. De entre estes, 50% referiram gastar até 2% do total do orçamento.

Este inquérito ainda demonstrou as insuficiências em Radioterapia, especialidade envolvida exclusivamente no tratamento dos tumores, de que se destacam o número reduzido de fontes de irradiação (rácio proposto de 1/10⁵ habitantes) e a carência de recursos humanos, em particular, Técnicos de Radioterapia.

Quadro VII. Diagnóstico da Situação (Resumo)

Existem duas especialidades exclusivamente dedicadas à doença oncológica: Oncologia Médica e Radioterapia.

A Oncologia Médica também está a ser exercida em hospitais que não dispõem de Unidades ou Serviços de Oncologia Médica.

Há Oncologistas Médicos a exercer a sua actividade em tempo parcial.

A abertura de unidades não foi objecto de planeamento.

Existem normas de funcionamento desadequadas e serviços ou unidades com designações erradas.

Os recursos de diagnóstico e tratamento são escassos.

Não há complementaridade dos serviços.

A investigação clínica, o ensino e a formação contínua são reduzidos.

O envolvimento das instituições hospitalares nas acções de diagnóstico precoce é incipiente.

Não há uniformidade, inter e intra-institucional, nos procedimentos de diagnóstico e tratamento do cancro.

Todos tratam tudo de modo indiscriminado, independentemente de terem muitos ou poucos casos por ano.

As instituições desconhecem a sua própria realidade.

Há iniquidade nos cuidados oncológicos prestados e deficiente acessibilidade a cuidados de qualidade.

3.6. Equipamento público existente nos hospitais

3.6.1. Tomografia Axial

Região Norte

CH de Vila Nova de Gaia
H. de S.^o António
H. de S. João
H. de Bragança
H. de Guimarães
H. de Chaves
H. de Mirandela
H. de S. Pedro (Vila Real)
H. de Matosinhos
H. Vale de Sousa
IPOFG Porto

Região Centro

H. Universidade de Coimbra
C H de Coimbra
H. de Castelo Branco
H. de Leiria
H. de Viseu
H. de Aveiro
H. S.^{ta} Maria da Feira
IPOFG Coimbra

Região de Lisboa e Vale do Tejo

H. dos Capuchos
H. Curry Cabral

H. de S. José
H. Egas Moniz
H. S. Francisco Xavier
H. de S.^{ta} Maria
H. Pulido Valente
H. Garcia de Orta
H. de Setúbal
H. Fernando da Fonseca
IPOFG Lisboa

Região do Alentejo

H. de Évora
H. de Beja

Região do Algarve

H. de Faro

3.6.2. Ressonância Magnética

Região Norte	Região Centro	Região de Lisboa e Vale do Tejo
H. de S. João IPOFG Porto	H. da Universidade de Coimbra H. de Viseu	H. de S. ^{ta} Maria H. Garcia de Orta IPOFG Lisboa

3.6.3. Radioterapia

Região Norte	Região Centro	Região de Lisboa e Vale do Tejo
IPOFG Porto Hospital S João	IPOFG Coimbra HUC	IPOFG Lisboa Hospital S. ^{ta} Maria

3.6.4. Medicina Nuclear

Região Norte	Região Centro	Região de Lisboa e Vale do Tejo
IPOFG Porto H G S. ^{to} António H S João	HUC IPOFG Coimbra	IPOFG Lisboa H S. ^{ta} Maria H S. ^{ta} Cruz H Garcia de Orta

3.6.5. PET (Tomografia por emissão de positrões)

Em instalação na Universidade de Coimbra e para instalar no IPOFG de Lisboa.

Nota: Existem dois serviços privados de radioterapia no Porto e três em Lisboa.

Informações compiladas em Novembro de 2001.

4. Metas para a Oncologia

O Governo definiu, no documento “Estratégias da Saúde para o virar do século 1998-2002”, algumas metas referentes ao cancro⁷.

Aí se afirma que “é desejável, nos próximos sete anos, que a mortalidade actual por cancro da mama se reduza em 10% e por cancro do colo do útero em 35%, em relação aos valores tendencialmente esperados. Além disso, pretende-se contrariar a tendência, que actualmente se verifica, para o aumento das taxas de mortalidade do cancro do cólon e recto”.

De acordo com o mesmo documento, pretende-se, ainda, “que a taxa de sobrevivência, a cinco anos, aumente 10% e que se criem condições propiciadoras de uma melhoria da qualidade de vida dos sobreviventes”.

Estes objectivos exigem o empenho de toda a sociedade, que ultrapassa em muito o âmbito dos Serviços de Saúde.

No entanto, estes têm grande responsabilidade na promoção da saúde, na melhoria do acesso aos cuidados de saúde e a respostas terapêuticas atempadas, adequadas e de qualidade. Nesse sentido é imprescindível a criação de condições técnicas e organizacionais, para o que a implementação de uma Rede, coerente, de Referência Hospitalar de Oncologia será um importante contributo.

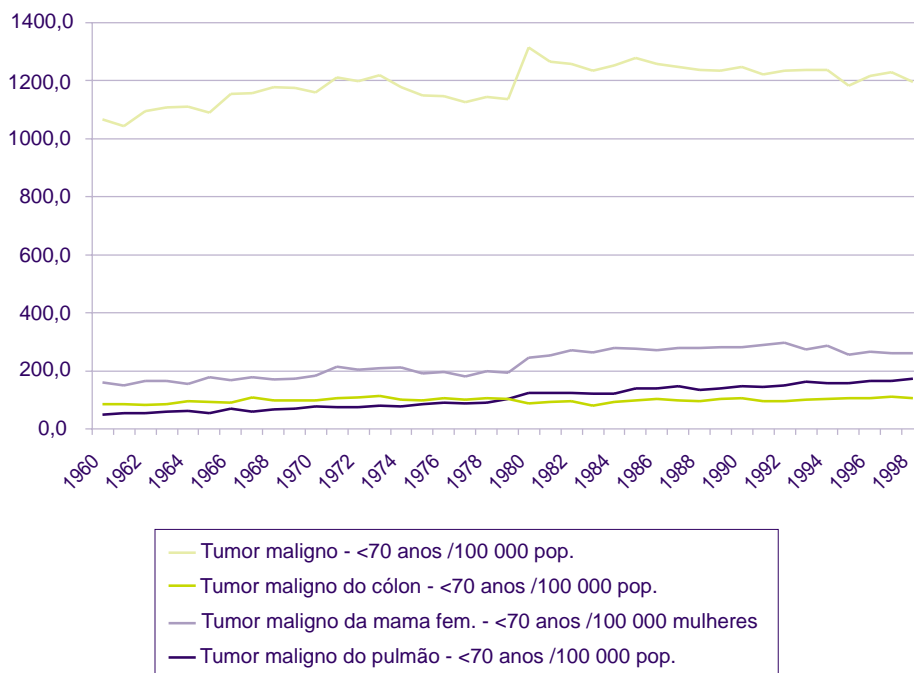


Figura 4 – Anos potenciais de vida perdidos em < de 70 anos

Fonte: DGS/DSIA, 2000

5. Modelo Organizativo da RRH de Oncologia

Respondendo a uma necessidade evidenciada no Plano Oncológico Nacional (Resolução de Conselho de Ministros N.º 129/2001 DR N.º 190 – I Série de 17/8/2001), a criação e o desenvolvimento da RRH de Oncologia enquadram-se nas suas determinações. Nesse Plano está definido o modelo de organização em plataformas, cabendo à Direcção-Geral da Saúde a responsabilidade de classificar os hospitais segundo as plataformas, sob proposta das ARS e ouvidas as comissões oncológicas regionais.

A abordagem da doença oncológica é multidisciplinar, exigindo uma ampla partilha de responsabilidades na tomada de decisão e uma cooperação interinstitucional. As instituições variam quanto às áreas do conhecimento a que se dedicam e quanto ao grau de diferenciação técnico-científico, pelo que, ao funcionarem em parceria, se complementam e aproveitam sinergias.

O diagnóstico deve fundamentar-se em critérios morfológicos, imagiológicos e de patologia clínica. Por outro lado, as patologias mais frequentes exigem a colaboração do oncologista médico, do cirurgião, do gastroenterologista, do pneumologista, do urologista, do ginecologista e do dermatologista. Além disso, o diagnóstico e o tratamento da doença oncológica exigem técnicas altamente diferenciadas

e dispendiosas, impossíveis de utilizar de modo indiscriminado.

Como princípio básico para a RRH de Oncologia propõe-se um modelo baseado em plataformas de actuação no âmbito dos cuidados oncológicos. Cada uma destas plataformas tem campos de intervenção específicos. Têm perfis de actuação definidos, e quando as necessidades exigem outro perfil de intervenção deve estar bem fixado a que plataforma recorrer. Não existe uma relação hierárquica entre as plataformas, mas, antes, uma relação de complementaridade em que cada uma tem um perfil de intervenção determinado pela prevalência dos problemas que trata e pelo grau de diferenciação que possui.

O que define os campos de intervenção das plataformas é o número provável de casos a tratar, considerando a prevalência do problema e a magnitude populacional abrangida pela plataforma.

Deste modo, e tendencialmente, as plataformas mais periféricas tratam problemas mais frequentes e as plataformas mais centrais respondem, também, a problemas menos prevalentes.

Neste contexto, alguns hospitais devem ser dotados de Unidades ou, preferencialmente, de Serviços de Oncologia Médica, especialidade indispensável e central na definição das estratégias e no funcionamento ágil e coordenado da rede de cuidados oncológicos.

Do conhecimento da prevalência da doença oncológica, e tendo em consi-

deração a necessidade imperiosa de garantir a qualidade dos cuidados prestados, bem como a eficiência dos investimentos materiais e humanos, considera-se que a base populacional de referência para a existência dos serviços ou unidades de oncologia médica na RRH de Oncologia deverá ser de cerca de **300 000 habitantes**, ponderando-se acessibilidades e capacidades instaladas por deficiência ou excesso.

5.1. Organização dos Cuidados Oncológicos

A prestação de cuidados aos doentes com doença oncológica é da responsabilidade de todas as instituições de saúde, com especial ênfase para os Centros Regionais do IPOFG. Teoricamente, podemos conceber a prestação de cuidados aos doentes oncológicos em dois níveis: um, cuja característica principal é a proximidade de cuidados (nível de proximidade); o outro, cuja característica principal é a diferenciação técnica (nível especializado). Este nível terá de ter serviços ou unidades com condições técnicas, funcionais e organizacionais para tratar exclusivamente os doentes oncológicos.

Os serviços ou unidades hospitalares para tratamento oncológico organizam-se em rede, constituindo, no seu conjunto, a Rede de Referência Hospitalar em Oncologia. Esta deverá funcionar de uma forma articulada, numa perspectiva integrada e globalizante.

O nível de proximidade corresponde aos cuidados de saúde primários e a todos os hospitais não incluídos no nível especializado. No contexto da luta contra o cancro, o nível de proximidade tem um papel importante na prevenção, na participação no rastreio, no diagnóstico precoce, na orientação dos casos suspeitos, no acompanhamento dos doentes ao longo das diferentes fases da doença oncológica e na participação no Registo Oncológico. Esta é uma plataforma que assegura os cuidados de proximidade aos doentes que previamente foram sujeitos a diagnóstico e tratamentos iniciados ou indicados nos hospitais definidos na rede de referência. De facto, o Plano Oncológico Nacional diz que “os centros de saúde, os hospitais de nível I e os outros que não entrem na rede devem articular-se com as instituições que a integram”.

Os doentes são referenciados às plataformas do nível especializado de acordo com os circuitos de referência definidos e publicados pelas ARS respectivas.

A RRH de Oncologia estrutura-se em plataformas de diagnóstico e tratamento da doença oncológica. Cada uma delas define-se com base na população de referência, na incidência de patologia que aborda e pelos meios técnicos (humanos, equipamento, funcionais e orgânicos) imprescindíveis para a prestação de cuidados de qualidade.

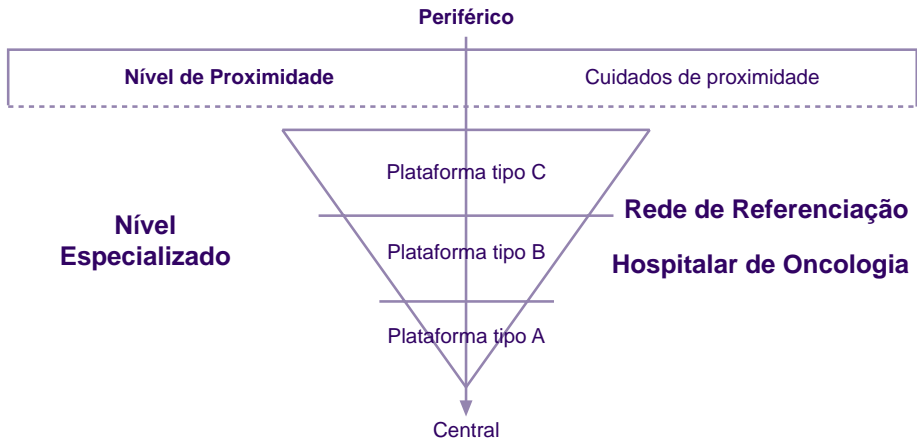


Figura 5. Rede de Referência Hospitalar de Oncologia

5.2. Rede de Referência Hospitalar de Oncologia

A RRH de Oncologia é formada por três tipos de plataformas designadas de C, B e A, correspondendo as plataformas de tipo C às menos centrais, e com a obrigação primordial de tratar a patologia mais frequente, e as de tipo A às mais centrais e com patologia menos frequente. A plataforma A, contudo, integrará funções de C e B, da mesma forma que a B irá igualmente tratar a patologia primariamente da responsabilidade da plataforma de tipo C. De realçar que o conceito de “central”, usado para ajudar a compreender o objectivo desta forma de organização, refere-se à obrigação de cobrir uma área determinada e responder com celeridade aos problemas oncológicos mais frequentes dos habitantes dessa área. A área de responsabilidade da plataforma C é menor do que a área exigida para as plataformas B e A.

Em cada plataforma poderá haver necessidade de tratar doentes com patologia da plataforma seguinte, de acordo com a experiência dos centros e em protocolos de colaboração com a plataforma de referência.

A arquitectura da RRH estrutura-se no sentido do tratamento em tempo útil e, sempre que indicado, tão próximo quanto possível do local de residência habitual dos doentes. Deste modo, a RRH deve ser encarada como uma estrutura flexível, ao serviço dos doentes (ver 5.3).

Plataformas de Tipo C

Estas são as plataformas hospitalares mais periféricas, da RRH de Oncologia.

Como base populacional de referência considera-se, do ponto de vista técnico, que deve existir **uma unidade de tipo C por cada 300 000 habitantes**.

O objecto da sua actividade é o diagnóstico e a participação no tratamento dos tumores com incidências iguais ou superiores a **10 por 100 000 habitantes**, que se encontram descritas no Quadro VIII.

Quadro VIII – Patologias “C”

1. Pele (não melanoma)
2. Mama
3. Próstata
4. Estômago
5. Cólon e Recto
6. Pulmão
7. Bexiga
8. Útero

As plataformas de tipo C são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento ou encaminhamento dos casos que lhes forem enviados pelo nível de proximidade.

Neste sentido, deverão estabelecer-se, entre instituições, protocolos de articulação para técnicas específicas, por exemplo cirúrgicas, que possam permitir intervenções rápidas e oncológicamente correctas quando as particularidades da doença o determinarem, como poderá ser o caso das neoplasias do pulmão e recto (ver 5.3).

Os serviços desta plataforma, para desempenharem as suas funções, necessitam de um conjunto de recur-

sos e de requisitos que a seguir se descrevem.

Recursos

A oncologia para ser exercida de forma multidisciplinar, conforme o preconizado, obriga à existência de um conjunto de especialidades que, não tendo, obrigatoriamente, de integrar o serviço ou unidade oncológica, deverá fornecer o apoio indispensável em tempo útil.

Estão nesta condição as especialidades de cirurgia, urologia, ginecolog-

gia, pneumologia, gastroenterologia, dermatologia, imagiologia, patologia morfológica, patologia clínica, a hematologia clínica e imuno-hemoterapia. Existe um outro conjunto de especialidades que contribui para a melhoria da qualidade dos serviços, sendo, por isso, desejável a sua existência. Estão neste grupo a neurologia e a psiquiatria. Neste sentido, a equipa de Psiquiatria de Ligação deverá também incluir psicólogos.

O acesso à radioterapia deve também estar assegurado de modo claro e explícito (ver capítulo específico).

A dimensão do corpo clínico é determinada pela quantidade de casos oncológicos que a instituição cuida, tendo em consideração que cada um dos serviços ou unidades deve ter capacidade de internamento, consulta externa, hospital de dia. O hospital terá de garantir o atendimento não programado durante 24 horas por dia.

Para além do corpo clínico e de enfermagem, os serviços devem ter secretariado próprio.

Requisitos orgânicos e funcionais

Sob esta designação considera-se um conjunto de instrumentos funcionais e aspectos organizativos dos serviços que têm como objectivo assegurar a qualidade dos cuidados.

Fazem parte deste conjunto as condições que favorecem a multidisciplinaridade. A institucionalização de Consultas Multidisciplinares de Decisão Terapêutica, em que participam todas as especialidades envolvidas, permitem uma abordagem integrada, a elaboração conjunta da estratégia terapêutica e a avaliação dos resultados e constituem um factor fundamental para a boa prática clínica.

As Comissões de Coordenação Oncológica devem ser implementadas de acordo com a Portaria n.º 420/90, de 8 de Junho (Quadro VI).

Devem ser implementados sistemas que assegurem a gestão do Registo Oncológico e a sua articulação central como actividade de rotina da instituição.

Todas as unidades ou serviços, que se dediquem ao tratamento da doença oncológica, devem possuir Protocolos

de Diagnóstico e de Terapêutica que permitam uma uniformização de procedimentos, com a conseqüente contribuição para a equidade e qualidade dos cuidados.

Por outro lado, a Investigação Clínica deve estar integrada na actividade diária das instituições, sendo considerada como elemento indissociável da qualidade dos serviços prestados e como factor determinante para o desenvolvimento do conhecimento oncológico.

É responsabilidade de cada uma das unidades da Plataforma C a promoção da formação em oncologia dos profissionais dos centros de saúde e de outros hospitais da respectiva zona geográfica de influência. Desta forma, será possível o estabelecimento de um campo alargado de actuação, incluindo, sob a sua coordenação, unidades do nível de proximidade.

Plataforma de Tipo B

As unidades das plataformas de tipo B estão localizadas predominantemente em alguns Hospitais Centrais e nos Centros Regionais do Instituto Português de Oncologia.

Na sua zona de influência, coincidente com a da respectiva ARS, funcionam como plataformas de tipo C e, além disso, ocupam-se do diagnóstico e tratamento de tumores com incidências iguais ou superiores a **2,5 casos por ano, e por 100 000 habitantes**, sem prejuízo do disposto a propósito da autonomia profissional (ver 5.3). Estas patologias encontram-se descritas no Quadro IX.

noma de hematologia clínica. Os hospitais que tratam doentes com neoplasias do sistema hematopoiético que impliquem recurso a terapêutica geradora de neutropenia prolongada, de que as leucemias agudas são paradigma, deverão ter especialistas com treino específico, espaço de internamento destinado a estes doentes e disponibilidade permanente de imunohemoterapia. Idealmente, deverá haver também serviço de neurologia e psiquiatria com equipa de Psiquiatria de Ligação. O serviço ou unidade de oncologia deverá garantir atendimento não programado permanente, durante 24 horas.

Quadro IX. Patologias da Plataforma "B"

1. Esófago
2. Gânglios linfáticos
3. Lábio
4. Laringe
5. Melanoma
6. Ovário
7. Pâncreas
8. Rim
9. Sistema Hematopoiético
10. S N C
12. Tiróide

Nota: O TM do recto, embora tenha uma prevalência que pressupõe a sua inclusão na plataforma C, deverá ser incluído na plataforma B, se a avaliação das exigências técnicas assim o aconselhar.

Recursos

Os hospitais da plataforma B, além dos recursos próprios da plataforma C, deverão incluir hematologistas clínicos nos serviços ou unidades de oncologia, ou ter serviço ou unidade autó-

Os hospitais dispondo de unidades de quimioterapia intensiva com suporte hematopoiético deverão obedecer aos critérios definidos na RRH de Transplantação e à legislação apropriada.

Plataforma de Tipo A

É constituída pelos Centros Regionais do Instituto Português de Oncologia, de acordo com as atribuições definidas no Decreto-Lei n.º 273/92, de 3 de Dezembro, já que a esta instituição, com actividade de âmbito nacional, compete organizar a luta contra o cancro em Portugal, promover a investigação no domínio da oncologia, promover o ensino pós-graduado em oncologia, promover e fomentar a prevenção primária e secundária, o diagnóstico e o tratamento das doenças oncológicas.

Contudo, tal como consta do n.º 4) do ponto 2) Rede de Referenciação Hospitalar, do Capítulo VI (Assistência Hospitalar) do Plano Oncológico Nacional, poderão as ARS, quando as circunstâncias regionais o determinem, e ouvidas as Comissões Oncológicas Regionais, propor à Direcção-Geral da Saúde a inclusão de Hospitais Centrais na plataforma A.

Considerando que a filosofia da RRH se baseia em complementaridades, elas terão que ser definidas regionalmente por acordo entre as instituições, sempre que necessário, para o melhor aproveitamento dos recursos. Sem prejuízo das competências de âmbito regional (artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 273/92), os Hospitais Centrais da plataforma A deverão estabelecer cooperação estreita com o Centro Regional do IPO mais próximo.

A plataforma A tem a responsabilidade do diagnóstico e do tratamento de tumores, independentemente da sua incidência, em particular dos que

exigem técnicas e tecnologia mais complexas e/ou menos vulgarizadas.

Dentro da investigação, destacam-se a investigação clínica, os ensaios clínicos e o desenvolvimento e a avaliação de novas tecnologias.

Esta plataforma tem a função inalienável de actuar como suporte técnico das restantes. Para isso, é responsável pela formação contínua dos profissionais das diferentes plataformas, bem como pela discussão (com as restantes plataformas), elaboração e divulgação de protocolos clínicos.

Finalmente, os Centros Regionais do IPO, de acordo com Decreto-Lei n.º 273/92, têm a responsabilidade de coordenar as acções de rastreio oncológico, ensino pós-graduado da oncologia e gestão do Registo Oncológico.

Recursos

A plataforma A deverá incluir todos os recursos exigíveis à plataforma B. As instituições da plataforma A deverão possuir Serviços ou Departamentos de Oncologia Médica e Radioterapia.

5.3 A rede oncológica e a autonomia profissional

As competências clínicas definidas para cada uma das plataformas devem ser entendidas como normas orientadoras, que tentam adequar a prestação de cuidados oncológicos com qualidade, incluindo a eficiência e a efectividade.

No entanto, para cada caso clínico, as atribuições de cada uma das plataformas estão dependentes do senso clínico, dos estádios da doença, das características do doente e das condicionantes locais, embora se defenda que todas estas variações sejam explicitadas (ao máximo possível) em protocolos partilhados e assumidos pelas instituições regionais envolvidas.

5.4 Oncologia Pediátrica

O cancro na criança é uma doença rara. Porém, nos países desenvolvidos, constitui a segunda causa de morte, depois dos acidentes.

Em Portugal, surgem cerca de 300 novos casos, por ano, de cancro pediátrico. O cancro pediátrico é de prevenção e rastreio praticamente impossíveis.

A raridade da doença e a complexidade dos tratamentos obrigam a uma maior especialização de recursos humanos e estruturais, o que dificulta o recrutamento de profissionais habilitados e obriga a restringir a um número limitado de Unidades de Oncologia Pediátrica (UOP) as estruturas hospitalares para tratamento das crianças portadoras de doença oncológica.

Finalmente, importa referir a extrema importância da ligação das UOP nacionais a Grupos Cooperativos de âmbito internacional, única forma de intervir em projectos válidos de investigação e de garantir a qualidade da assistência.

Unidades de Oncologia Pediátrica

Segundo a *International Society of Pediatric Oncology* (SIOP), as UOP devem possuir os seguintes requisitos:

- Oferecer a todas as crianças com cancro condições específicas para o diagnóstico, tratamento, recuperação e seguimento posterior.
- Funcionar com base em equipas de trabalho multidisciplinar. Poderá ser uma unidade especial integrada num departamento de Pediatria ou funcionar num Centro de Oncologia Geral. Neste caso, deverá ter ligações privilegiadas com Serviços de Pediatria e condições de apoio específico às crianças hospitalizadas, incluindo serviço social, educadores e de atendimento psicossocial.
- Integrar ou ter ligação a Organizações Nacionais e ou Internacionais de Oncologia Pediátrica de estrutura multidisciplinar, de forma a facilitar a comunicação de novos métodos de tratamento e a coordenação da respectiva investigação.
- Possuir suficientes meios humanos e técnicos para um correcto tratamento de dados, de forma a poder participar em ensaios clínicos e fornecer elementos a Registos Oncológicos.
- Ter um número de novos doentes a tratar por ano (50 ou mais), de forma a manter em funcionamento estruturas específicas de Oncologia Pediátrica em Cirurgia, Radioterapia, Patologia, Cuidados Intensivos e terapêuticas de manutenção e reabilitação; todas estas estruturas de apoio deve-

riam funcionar no mesmo local ou na vizinhança próxima. Pode considerar-se necessária maior centralização do tratamento inicial de tumores cerebrais ou de outra patologia oncológica que requeira tratamento altamente especializado.

- Integrar especialistas devidamente treinados (Oncologistas/Hematologistas pediátricos, Cirurgiões pediátricos com competência em Oncologia, Enfermeiras especialistas, Pedopsiquiatras, Técnicos de Serviço Social), de forma a assegurar assistência adequada nas 24 horas.

A Comissão Nacional de Saúde Infantil (CNSI)⁹, fundamentando-se na observação *in loco* das diferentes UOP, recomenda: “Ao contrário daquilo que se propõe para a regionalização oncológica no Adulto (centros oncológicos principais, destinados a um número limitado de casos, com descentralização para outros hospitais), na Pediatria Oncológica, e dada a maior raridade desta patologia, deve existir centralização de cuidados em Unidades bem equipadas e com todos os apoios de diagnóstico e terapêutica necessários, garantindo fácil acesso e rápida resposta e podendo contar com profissionais experientes.

As UOP deverão estar associadas a estruturas de acolhimento e alojamento para os acompanhantes das crianças deslocadas para longe da sua residência habitual.

Actualmente, para o tratamento de crianças com cancro existem em Portugal quatro UOP, sendo uma no

Sul (IPOFG-Lisboa), outra no Centro (Hospital Pediátrico de Coimbra, articulado com o IPOFG-Coimbra) e duas na Região Norte: a do IPOFG e a do Hospital de São João.

De acordo com o relatório elaborado em 1993 pela CNSI⁹, considera-se que três UOP sejam o número adequado às necessidades do País a nível Nacional: Norte, Centro e Sul. Contudo, estes dados terão de ser revistos, antecipando eventuais dificuldades no tratamento da totalidade das crianças em Portugal.



6. Radioterapia

A criação de novos serviços públicos de radioterapia deve obedecer a critérios epidemiológicos, a padrões de qualidade e garantir a continuidade de cuidados ao doente oncológico.

Para efeitos de cálculo das necessidades nacionais, no que toca à radioterapia, consideram-se os seguintes pressupostos:¹⁰

- Número médio de novos casos – 3 500 por milhão de habitantes. Para a população portuguesa – 35 000 novos casos/ano;
- Número médio de recidivas/ano – 500 casos por milhão de habitantes. Para Portugal isto significa 5 000 casos/ano.
- Este total de 40 000 casos por ano traduzir-se-á em 20 000 casos a necessitar de tratamento de radioterapia, assumindo que 50% das situações de cancro têm indicação para tal.

Cada unidade de tratamento (acelerador linear) poderá tratar **400 novos casos/ano**.

Assim, para 20 000 novos casos são necessários 50 aceleradores lineares em todo o território continental. No entanto, são ainda indispensáveis outros recursos para constituir um serviço de radioterapia, considerando um nível de tecnicidade ²¹¹ e capacidade de tratar cerca de 800 a 1000 novos casos/ano:

- 1 unidade de TAC
- 1 simulador
- 1 sistema de planeamento computadorizado

- 1 sala de moldes
- 1 rede informática de dados.

Nestes recursos não se considerou a braquiterapia nem técnicas especiais, tais como a radiocirurgia e a radioterapia intraoperatória. Estas áreas deverão situar-se exclusivamente ao nível da plataforma A.

A carência de recursos humanos nesta área condiciona, necessariamente, a instalação deste número de serviços. Saliente-se, com particular relevância, a falta de quadros superiores de Física Médica, cuja presença, em número e qualificação segundo as normas internacionais, nos serviços de radioterapia é condição necessária do seu funcionamento em segurança e com qualidade. Igualmente, existem carências em radioterapeutas que o desenvolvimento não planeado, ou em “em espelho”, de serviços públicos ou privados poderá agravar.

Com efeito, os recentes desenvolvimentos tecnológicos em radioterapia criam novas possibilidades de cura, mas a superior potencialidade do equipamento moderno não poderá ser explorada na íntegra sem que a correspondente exigência em termos de precisão e fiabilidade na execução técnica seja alcançada. E isto só acontecerá se, paralelamente à instalação de novas unidades, se lançar um programa de formação profissional adequado, tendente à implementação de programas de garantia de qualidade das práticas subsequentes.^{12 e 13}

Além da carência particularmente gravosa e já salientada, no tocante a Físicos, há a salientar ainda a necessidade de um investimento em formação

interdisciplinar, envolvendo médicos radioterapeutas, físicos e técnicos de radioterapia.

Os já referidos desenvolvimentos tecnológicos ocorridos na última década, e em contínuo desenvolvimento, não se compadecem com a reprodução pura e simples de hábitos e práticas adquiridos, antes impõe um processo de Formação Profissional Contínua que garanta uma dinâmica de melhoria contínua da qualidade.

A solução defensável para a radioterapia é a constituição, em rede, de serviços de média dimensão (públicos e privados convencionados) complementares aos já existentes, que rentabilizem quer os recursos humanos que, como sabemos, são escassos, quer os equipamentos, cujos investimentos são avultados.

Em termos de organização e distribuição dos serviços de radioterapia pelo País, deverão existir apenas duas plataformas.

Na plataforma central, os serviços existentes nos Centros Regionais do IPO, ou em outras instituições a incluir em plataforma A, deverão continuar a assumir-se como a referência em radioterapia a nível nacional. Aí devem concentrar-se as terapêuticas mais diferenciadas, a investigação e a formação dos profissionais.

Os serviços de radioterapia da plataforma A deverão ser equipados com a tecnologia mais actual e dotados dos recursos humanos necessários à prossecução da missão, que deverá incorporar as vertentes de tratamento, de investigação e de formação.

A rede de serviços de média dimensão, que corresponderá à segunda plataforma, tem em conta os critérios populacionais definidos supra, tendo como referência o seguinte equipamento:

- 2 aceleradores lineares
- 1 unidade de TAC
- 1 simulador
- 1 sistema de planeamento computadorizado
- 1 sala de moldes ou colimadores com sistemas multilâminas nos aceleradores
- 1 rede informática de dados.

Nestes serviços, um dos aceleradores lineares poderá ser substituído por um cobalto, devendo outro ter obrigatoriamente raios X de alta e baixa energia e electrões.

Os Centros Regionais de Oncologia, e outras instituições a incluir na plataforma A, deverão ser centros de referência para todos os efeitos clínicos, científicos e de desenvolvimento e formação dos seus profissionais.

Os serviços de radioterapia da plataforma periférica, com o equipamento referido acima, deverão dispor dos seguintes recursos humanos:

- Médicos radioterapeutas – 3 a 5
- Físicos – 3 a 4
- Técnicos – 10

Não se inclui o pessoal de secretariado clínico, de enfermagem, auxiliar e técnico especializado - informáticos, técnicos de moldes, etc. – os quais deverão ser ajustados à dimensão e missão do serviço.^{14 e 15}

Igualmente, não se considerou nos recursos descritos a braquiterapia nem técnicas especiais como a radioterapia

intraoperatória, a radioterapia de intensidade modulada e irradiação corporal total.

A referenciação de uma situação clínica para outra unidade de referência ou para um serviço da plataforma central depende, fundamentalmente, de critérios clínicos aplicáveis a essa mesma concreta situação, ajustados pelas exigências sentidas pela equipa médica responsável pelo doente em questão.

Em face dos dados sobre o número de habitantes, e tendo em conta os pressupostos epidemiológicos acima enunciados, os serviços de radioterapia da plataforma exterior à plataforma A, que se articularão em rede com o serviço de radioterapia do Centro Regional de Oncologia da respectiva área, deverão distribuir-se, em termos regionais, da seguinte forma:

- Região Norte: 4 serviços
- Região Centro: 3 serviços
- Região Sul (incluindo Região de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve): 5 serviços.

Os restantes aceleradores lineares estarão localizados nos três Centros Regionais de Oncologia do IPO.

A localização, em concreto, de cada um destes serviços deverá ter em conta a casuística, a densidade populacional, as acessibilidades, os fluxos migratórios naturais e outros factores ou aspectos relevantes para a decisão.

7. Circuitos de Referenciação de Doentes Oncológicos

7.1. Algumas Questões Prévias à Definição dos Critérios de Referenciação

Os critérios de referenciação entre as várias plataformas da rede deverão ser definidos no interesse dos doentes e ter em conta algumas ineficiências que afectam o sistema de saúde, designadamente:

- Iniquidade (desde logo, geográfica) na distribuição de recursos de saúde;
- Dificuldades no acesso a consultas programadas, que levam a uma procura desmesurada das urgências dos hospitais. Deve ser desincentivada a utilização dos serviços de urgência como porta de entrada em qualquer das plataformas da rede. Se isto já é pacífico para a generalidade dos doentes, é indispensável para os doentes oncológicos;
- Quase inexistência de provisão pública de cuidados paliativos e domiciliários;
- Falta de coordenação. Este é um problema central do sistema de saúde. Dir-se-á que uma Rede Hospitalar correctamente organizada minimizará os efeitos negativos dessa falta de coordenação, que leva a repetições desnecessárias de exames, à perda de tempo (recurso crítico em oncologia), ao

desperdício de recursos e ao reduzido ou nulo impacto nos resultados. No entanto, é fundamental que os sistemas de informação sejam “desenhados” tendo como pano de fundo esta preocupação estrutural de coordenação da informação clínica e administrativa que circula no sistema de saúde.

7.2. Natureza dos Critérios de Referenciação

A referenciação dos doentes deve efectuar-se entre as várias plataformas, de acordo com dois grandes grupos de critérios/requisitos. Em primeiro lugar, critérios de natureza clínica. Em segundo lugar, requisitos de natureza administrativa*.

7.3. Critérios Clínicos

Considerando as localizações com maior incidência de novos casos, importa definir, para cada uma delas, quais os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) que deverão ser sempre efectuados antes de referenciar o doente a outra plataforma da rede, observando os seguintes princípios:

- O doente deverá circular entre instituições ou entre plataformas com a informação clínica indispensável para que o caso seja retomado no ponto exacto ao qual a “instância” anterior chegou. A definição dos MCDT, que deverão ser efectuados antes de referenciar o doente, deverá ser distinta consoante a plataforma.**

* Optamos deliberadamente por esta formulação (requisitos em lugar de critérios) por considerar-

- A definição de “protocolos” de MCDT deverá ser obrigatória, não apenas para referenciação “ascendente”, mas também ao nível da informação de retorno, que deverá acompanhar o doente no seu percurso “descendente”. Aliás, a informação de retorno à plataforma anterior deverá sempre existir, independentemente de o doente efectuar ou não esse chamado percurso descendente.
- Deverá ser promovida a avaliação por “pares”, destinada a verificar a qualidade e oportunidade da referenciação efectuada pelas várias instituições de saúde. A verificação de que um determinado estabelecimento de saúde sistematicamente referencia doentes de forma injustificada, incoerente, ou sem a indispensável informação clínica, deverá ser objecto de uma intervenção pedagógica que possibilite a melhoria da qualidade da referenciação efectuada.

mos que, em nenhuma situação, será admissível que um doente seja encaminhado de um para outro estabelecimento de saúde ou, ao invés, que esse encaminhamento seja dificultado ou negado, por razões de natureza administrativa, sejam elas quais forem. Os dispositivos de natureza administrativa deverão estar concebidos para facilitar o acesso, garantir a coerência, equilíbrio e consistência dos tratamentos, independentemente da região do País onde são prestados, e garantir a segurança de doentes e profissionais. Nunca para condicionar ou limitar o acesso dos doentes aos cuidados de saúde. Nesta matéria deverão ser exclusivamente os critérios clínicos a definir as “regras do jogo”.

** Parece-nos fundamental garantir que o protocolo clínico que acompanha, por exemplo, um doente com um tumor do recto, seja mais detalhado, mais compreensivo quando a referenciação é feita da plataforma B para A, do que dos cuidados de proximidade para a plataforma C.

7.4. Referenciação Médico-Administrativa

Como contributo para a definição da missão ou dos objectivos estratégicos do Sistema de Saúde dir-se-ia que:

- O modelo de promoção e manutenção da saúde deve ser integrado, e esta noção de integração deve ser interiorizada, devendo também ser compreendidas todas as suas consequências por parte de todas as organizações de saúde, seja qual for a plataforma em que se situem;
- O acesso aos cuidados necessários deve fazer-se em tempo oportuno e de forma contínua, sem barreiras de qualquer natureza;
- O atendimento dos cidadãos deve ser personalizado;
- Deve ser garantida a utilização criteriosa e racional dos recursos, na definição das prioridades e na avaliação dos resultados;
- Deve ser estimulada e desenvolvida a investigação científica e tecnológica;
- Devem ser promovidos os valores da universalidade e generalidade na cobertura, da equidade no acesso e da solidariedade no financiamento;
- O sistema deve ser orientado para os utilizadores na definição das políticas, na distribuição dos recursos e na organização e funcionamento dos serviços;
- O sistema deve evoluir de um modelo que fomenta o nomadismo dos doentes, para um modelo global de cuidados racionalizados, centrado no médico assistente, garantindo a integração e a continuidade de cuidados;

- Devem ser ampliadas as alternativas técnicas e humanamente adequadas para os doentes de evolução prolongada, para os quais o SNS não tem soluções consistentes neste domínio *

O acesso a consultas de especialidade, referenciadas pelos Médicos de Família, deve ser clinicamente fundamentado, o que nos remete para a necessidade de definir protocolos de MCDT para cada localização e proceder à sua divulgação pelas diversas plataformas da Rede. De igual modo, deve ser acautelada a actualização permanente desses protocolos, bem como a divulgação das alterações.

Os serviços hospitalares integrados na RRR de Oncologia deverão enviar à plataforma anterior relatório circunstanciado da situação clínica. O plano de intervenções subseqüentes e os relatórios periódicos de evolução deverão, progressivamente, vir a fazer parte do conjunto da informação de retorno, à medida que os sistemas de informação interinstitucional na Rede e em todo o SNS for sendo aperfeiçoado.

As actividades clínicas de primeira instância devem ser aproximadas da comunidade, assumindo os centros de saúde, em articulação com os hospitais, o papel de estabelecimentos “multiusos”.

A referenciação médica e administrativa tem duas componentes essenciais:

- Informação de natureza administrativa, que deverá sempre acompa-

* Estes objectivos, aqui sumariamente enunciados, constam do Relatório do CRES, anteriormente citado. Trata-se de um documento estratégico para uma reforma estrutural do sistema em particular do SNS.

nhar o doente e que será constituída por cartão de utente do SNS, bilhete de identidade, cartão de beneficiário de subsistema de saúde (quando aplicável), documento de isenção do pagamento de taxas moderadoras (quando aplicável), de atribuição de um regime especial de comparticipação de medicamentos (quando aplicável), etc.

- Informação de natureza clínica, que deverá circular em suporte normalizado e de forma especialmente reservada. A situação que frequentemente se verifica nas organizações de saúde em que, num mesmo documento, são colocadas informações de identificação juntamente com diagnósticos, resultados de exames e até suspeitas que se pretende ver esclarecidas, deve ser prevenida de forma eficaz.

Deve existir registo clínico de todos e quaisquer cuidados de saúde prestados aos doentes em qualquer instituição integrada na RRH de Oncologia, por mais simples que esses cuidados possam ser. Significa isto que todo o doente atendido em qualquer estabelecimento da Rede, ainda que episodicamente, deve ter aí processo clínico organizado.

O processo clínico deve estar organizado por forma a permitir uma avaliação cronológica dos cuidados prestados.

Deve possuir um resumo contendo todos os dados pessoais do doente e todos os dados administrativos relevantes para a admissão.

Deve conter datas de admissão e alta, médico sob cuja responsabilidade o doente é admitido *, todos os diag-

* Trata-se de uma prática pouco disseminada na nossa cultura e na nossa forma de organização

nósticos e procedimentos, utilizando as edições mais actuais da ICD, OPCS ou ICPC-2 para classificação de doenças e procedimentos.

Mesmo quando o processo clínico está informatizado e o resumo está no sistema informático, deve ser incluída uma cópia em papel no registo físico existente.

O registo deve conter a seguinte informação clínica: **

- Um diagnóstico escrito ou razão para admissão/encaminhamento, com data e hora da consulta inicial;
- Uma história inicial do doente que inclua história familiar, medicação, detalhes sociais e ambientais quando relevantes;
- Relatórios regulares de notas de progresso, observações e consultas e registo dos incidentes indesejáveis ou imprevisíveis e ações desencadeadas para os controlar;
- Todos os resultados dos MCDDT efectuados, datados e assinados;
- Registo dos medicamentos administrados;
- No caso de procedimentos cirúrgicos invasivos:
 - Consentimento informado;
 - Nome do cirurgião responsável, diagnóstico e procedimento, detalhes do tecido removido, alterado ou adicionado, detalhes e números de série de próteses utilizadas, tipo de suturas usadas, detalhes de transfusões sanguíneas, instruções

mas cujo cumprimento constitui um critério de boa prática, indispensável ao atendimento personalizado dos doentes.

** Neste capítulo seguiu-se muito de perto os critérios de qualidade definidos pelo King's Fund no Manual de Acreditação, Auditoria Organizacional para serviços hospitalares.

de pós-operatório imediato, data e hora;

- Registo de anestesia contendo avaliação pré-operatória, incluindo factores de risco, identificação do anestesista responsável, medicamentos e doses administrados durante a anestesia e via de administração, dados de monitorização, instruções pós-anestesia, assinatura, data e hora;

- Resumo de alta;
- Todas as notas ditadas e dactilografadas, constantes do processo clínico, devem ser assinadas pelo autor.

7.5. Coordenação

A RRH de Oncologia deve ter uma coordenação que assuma um papel central no desenvolvimento e divulgação de critérios e de padrões pelas diferentes plataformas, na monitorização da performance das organizações de saúde, na garantia de que aos doentes com situações clínicas idênticas são prestados os mesmos cuidados de saúde, independentemente da Região, e na avaliação dos resultados.

No respeito pelas competências da Direcção-Geral da Saúde e das Administrações Regionais de Saúde, e em execução das políticas definidas pelo Ministério da Saúde para o sector, a coordenação técnica e científica da Rede competirá, sem prejuízo das atribuições definidas para o IPO, no artigo 2º do Decreto Lei nº. 273/92, de 3 de Dezembro, ao Alto Comissário da Saúde, a quem compete, também, a coordenação superior de programas estratégicos intersectoriais, como é o caso do Plano Oncológico Nacional, e

a orientação, acompanhamento e coordenação das ARS (alíneas b) e c) do nº3 do artigo 2º do Decreto-Lei nº257/2001, em DR nº 221, I Série, de 22 de Setembro de 2001).

7.6. Avaliação

Para a implementação e evolução da Rede de Referenciação Hospitalar de Oncologia é imprescindível a criação de um sistema de monitorização, de preferência independente, que permita não só verificar a adaptação dos critérios de modo adequado como a introdução atempada de correcções que se verificarem pertinentes.

Esta é uma tarefa da responsabilidade dos órgãos de tutela do Ministério da Saúde, nomeadamente Administrações Regionais de Saúde e Direcção-Geral da Saúde.

8. Distribuição Territorial das Unidades/Serviços de Oncologia

Seguindo os rácios, anteriormente propostos, de um serviço da plataforma C para 300 000 habitantes e de um serviço da plataforma B para 1 000 000 de habitantes, estará indicado:

1. Para a Região Norte, com 3 235 582 habitantes*, 11 Serviços de tipo C (5 dos quais se localizam nas plataformas B e A da Região), 4 de tipo B e 1 a 2 de Tipo A.

* Censos 2001

2. Para a Região Centro, com 2 397 155 habitantes*, 7 Serviços de tipo C (3 dos quais se localizam nas plataformas B e A da Região), 2 de tipo B e 1 a 2 de Tipo A.
3. Para a Região de Lisboa e Vale do Tejo, com 3 378 979 habitantes*, 11 Serviços de tipo C (5 a 6 dos quais se localizam nas plataformas B e A da Região), 4 a 5 de tipo B e 1 a 2 de tipo A.
4. Para a Região do Alentejo, com 461 883 habitantes*, 1 Serviço de tipo C.
5. Para a Região do Algarve, com 395 218 habitantes*, 1 Serviço de tipo C.

Note-se que os Serviços da plataforma B funcionam também como C e que os da plataforma A funcionam como plataformas C e B para as áreas que lhes forem atribuídas e como plataforma A para a respectiva Região (ou Regiões, como no caso de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve).

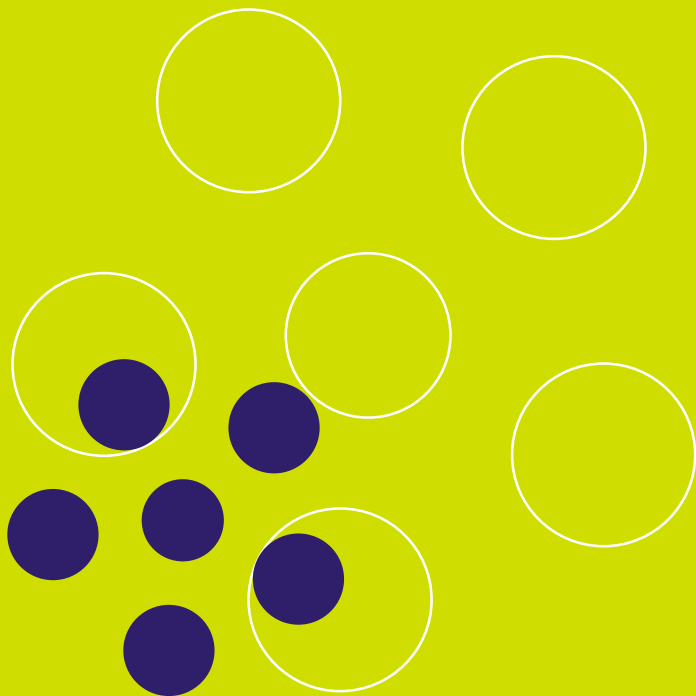
Bibliografia

1. Portugal. Registo Oncológico Nacional 1993. IPOFG, sem data.
2. Instituto Nacional de Saúde (INSA), Observatório Nacional de Saúde (ONSA). INS 1998/1999
3. Direcção-Geral da Saúde. Risco de Morrer em Portugal. DGS, 2001.
4. Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. A saúde dos Portugueses. DGS, 1997.
5. Direcção-Geral da Saúde. Elementos Estatísticos: Saúde/98. DGS, 2000.
6. Ministério da Saúde. Portaria n.º 420/90 de 8 de Junho. Diário da República, I Série, 1990, (132): 2501.
7. Ministério da Saúde. Saúde Um Compromisso, A Estratégia para o Virar do Século (1998-2002). Ministério da Saúde, 1999.
8. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 273/92 de 3 de Dezembro. Diário da República, I Série, 1992, (279):5543/50
9. Comissão Nacional de Saúde Infantil. Relatório. Ministério da Saúde, 1993.
10. Grupo de Trabalho para a Elaboração da Carta de Equipamentos de Saúde. Carta de Equipamentos de Saúde. Ministério da Saúde, 1998.
11. Quality assurance in conformal radiotherapy: Dynarad consensus report on practice guidelines. Rad. & Onc., 1997, (45): 217/23

12. Minimum requirements for quality assurance in radiotherapy. *Rad. & Onc.*, 1993, (29):103/4.
13. European Soc. for Therapeutic Radiology and Oncology Advisor Report to the Commission of the Europe Union for the "Europe Against Cancer Programme"; Quality assurance in radiotherapy. *Rad. & Onc.*, 1995, (35): 61/73.
14. ESTRO/EFOMP joint task group (Recommendations from an). Quality assurance in radiotherapy: the importance of medical physics staffin levels. *Rad. & Onc.*, 1996, (41): 89/94.
15. Recommandations pour un programme d'assurance de qualité en radiothérapie externe. *Cancer Journal de la Soc. de France du Cancer (Bull Cancer) Radiothérapie*, 1992, (79): 53/76.

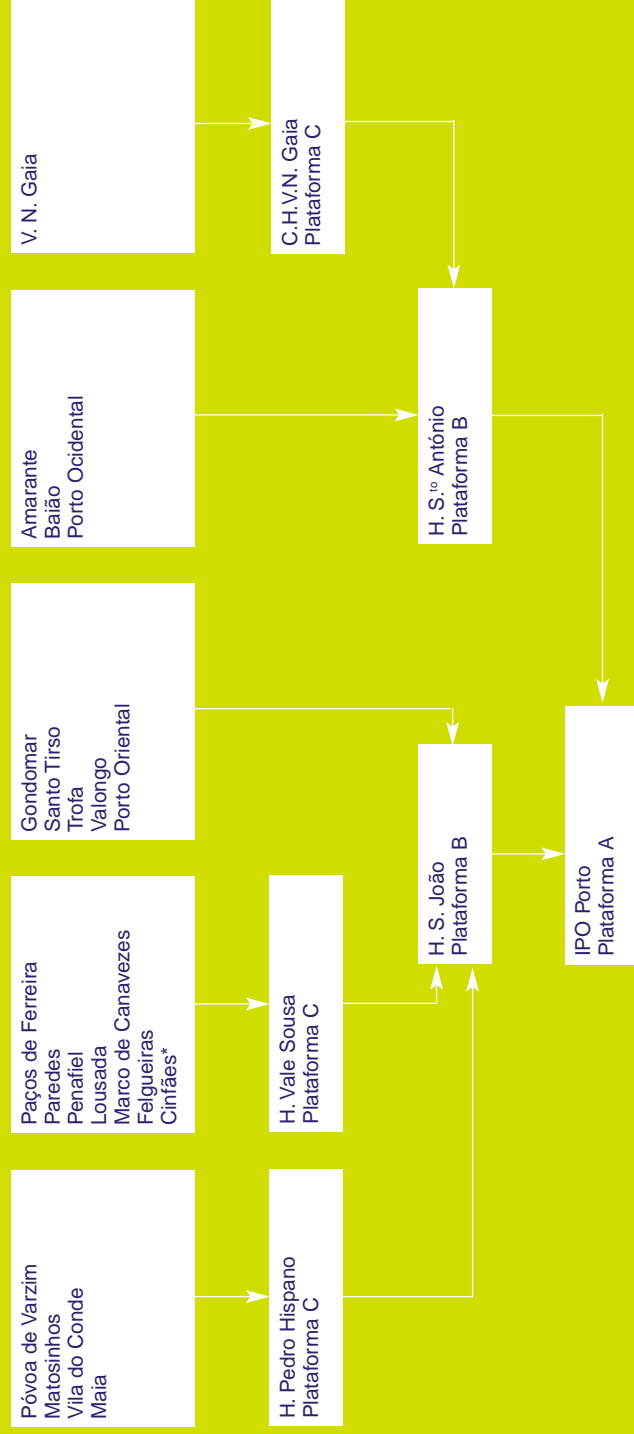


Arquitectura da rede



Rede de Referência Hospitalar - Oncologia

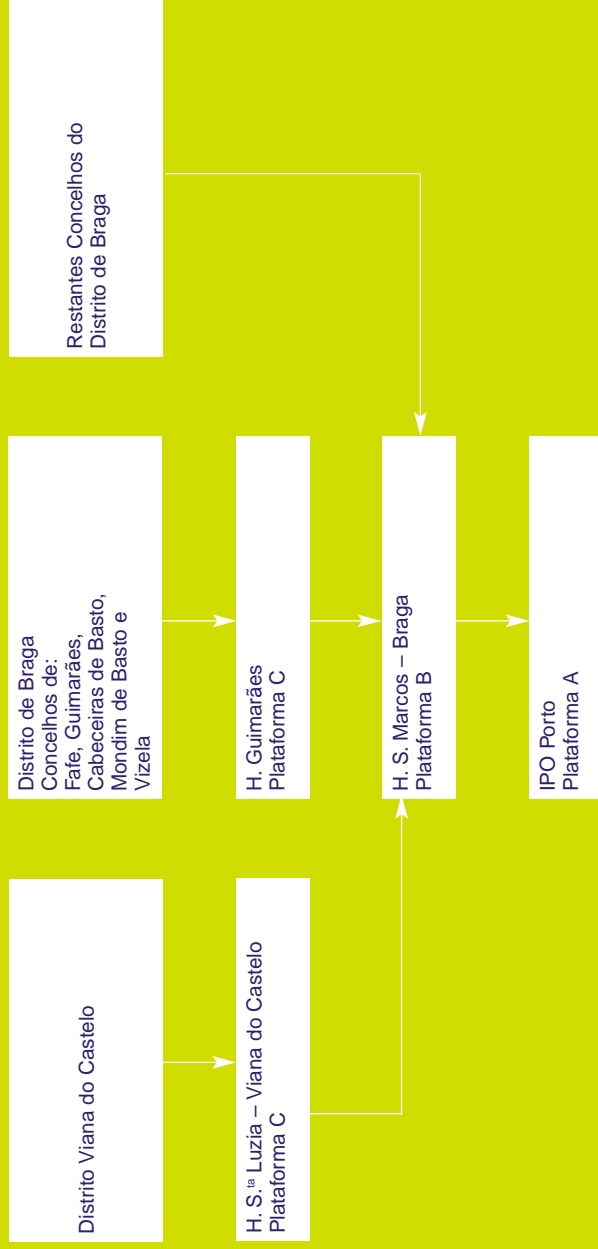
Região de Saúde do Norte – Distrito do Porto



* Distrito de Viseu

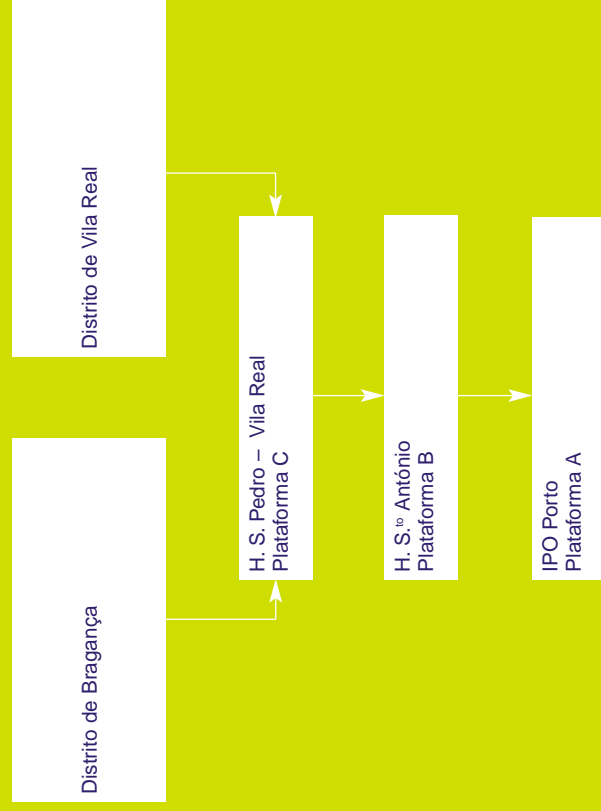
Rede de Referência Hospitalar - Oncologia

Região de Saúde do Norte – Distritos de Braga e Viana do Castelo



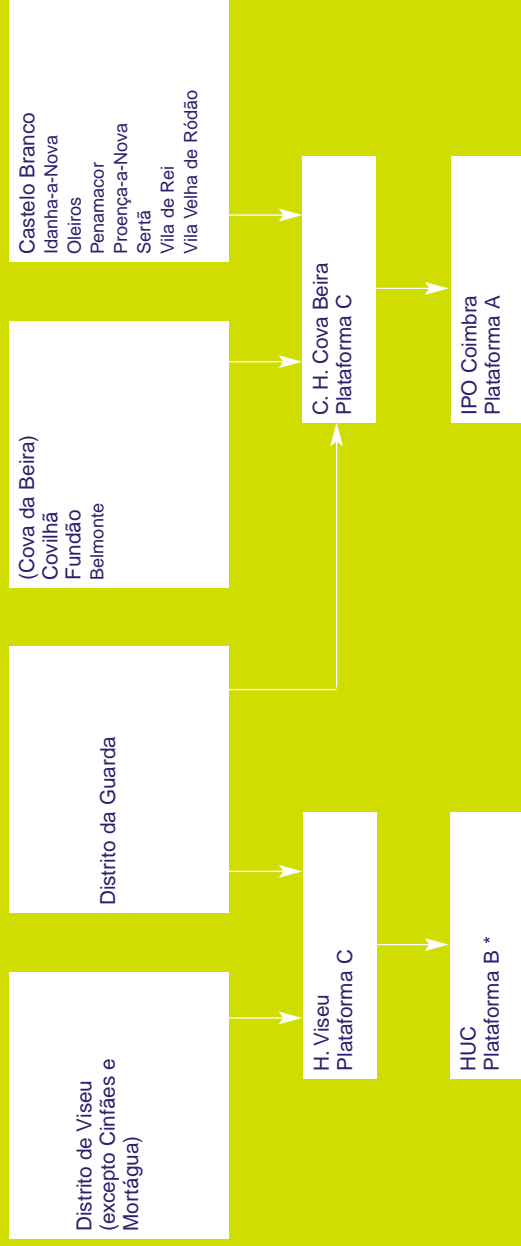
Rede de Referência Hospitalar - Oncologia

Região de Saúde do Norte – Distritos de Bragança e Vila Real



Rede de Referência Hospitalar - Oncologia

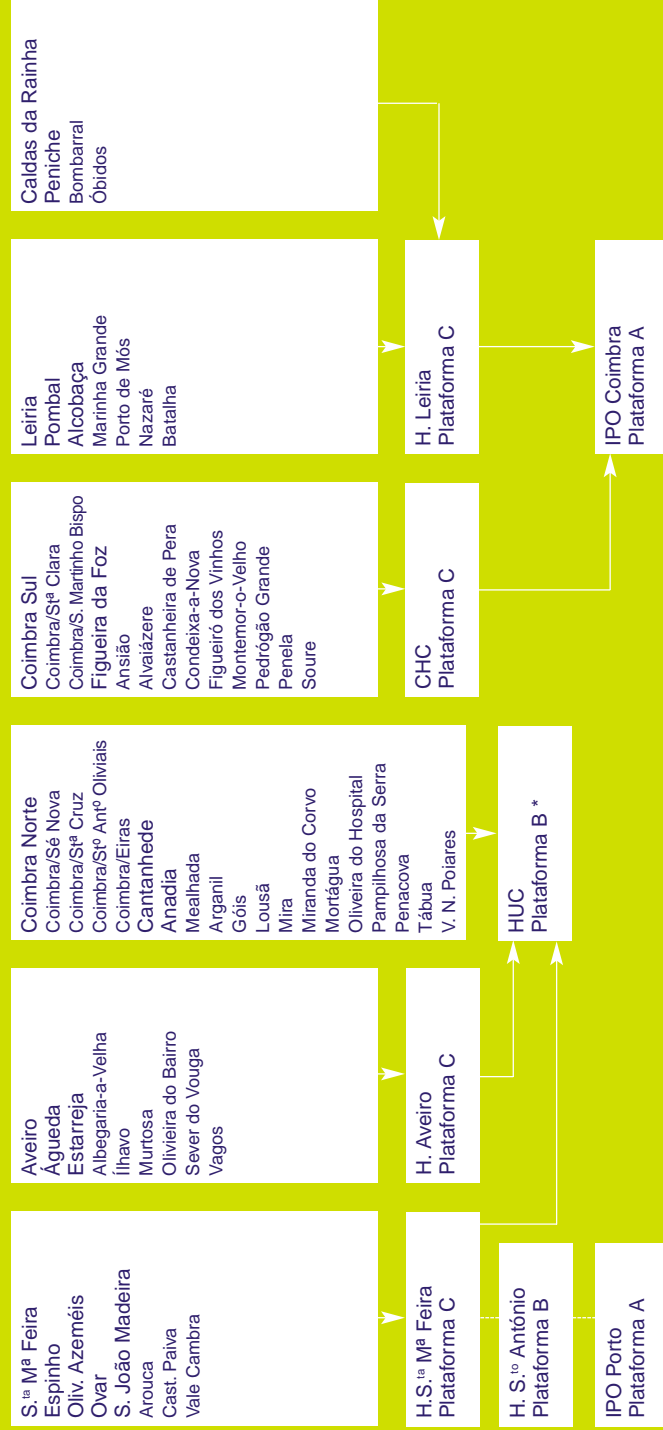
Região de Saúde do Centro – Distritos Viseu, Guarda e Castelo Branco



* Poderá evoluir para a Plataforma A, quando os requisitos estiverem cumpridos. Enquanto o HUC não for, formalmente, Plataforma A, o IPO Coimbra funcionará como última referência para toda a Região Centro.

Rede de Referência Hospitalar - Oncologia

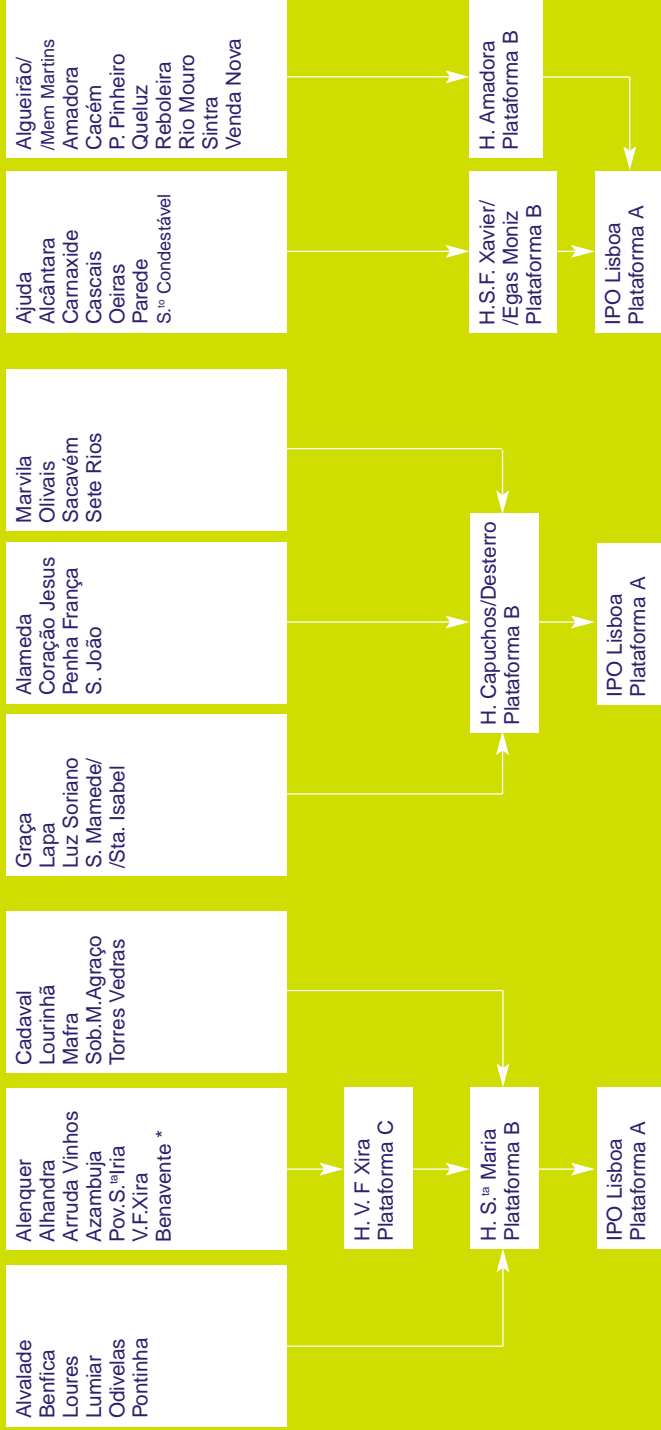
Região de Saúde do Centro – Distritos de Aveiro, Coimbra e Leiria



* Poderá evoluir para a Plataforma A, quando os requisitos estiverem cumpridos. Enquanto o HUC não for, formalmente, Plataforma A, o IPO Coimbra funcionará como última referência para toda a Região Centro.

Rede de Referência Hospitalar - Oncologia

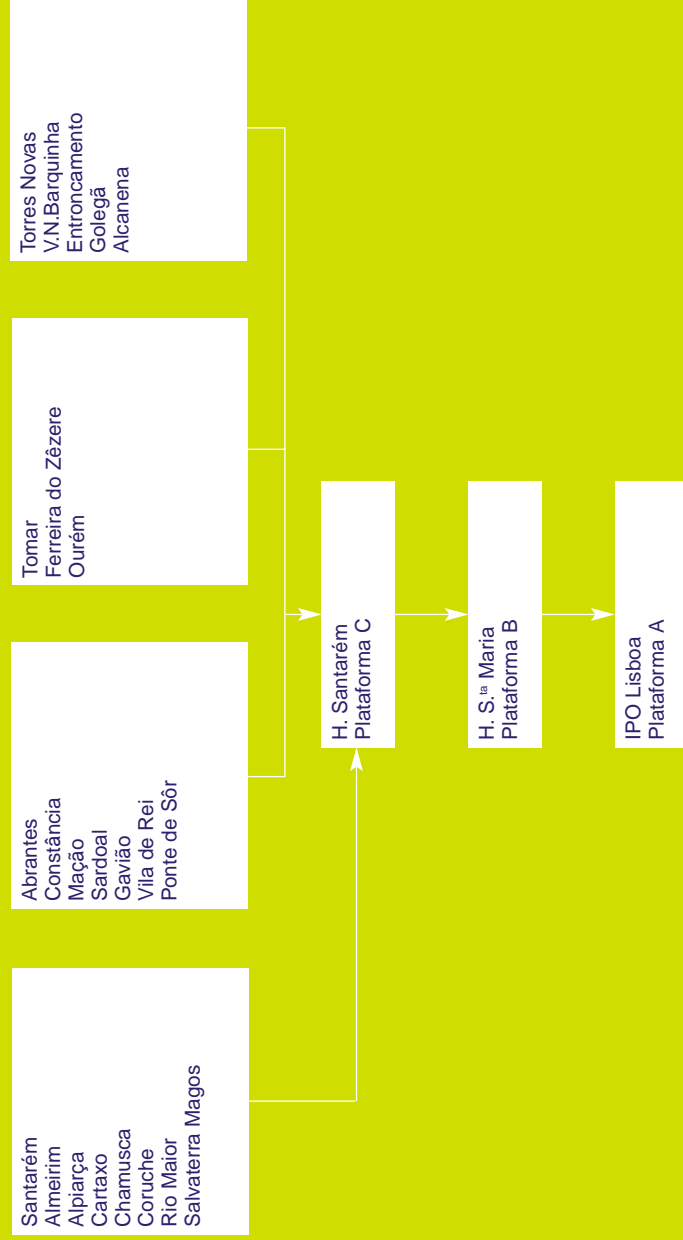
Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - Distrito de Lisboa



* Distrito de Santarém

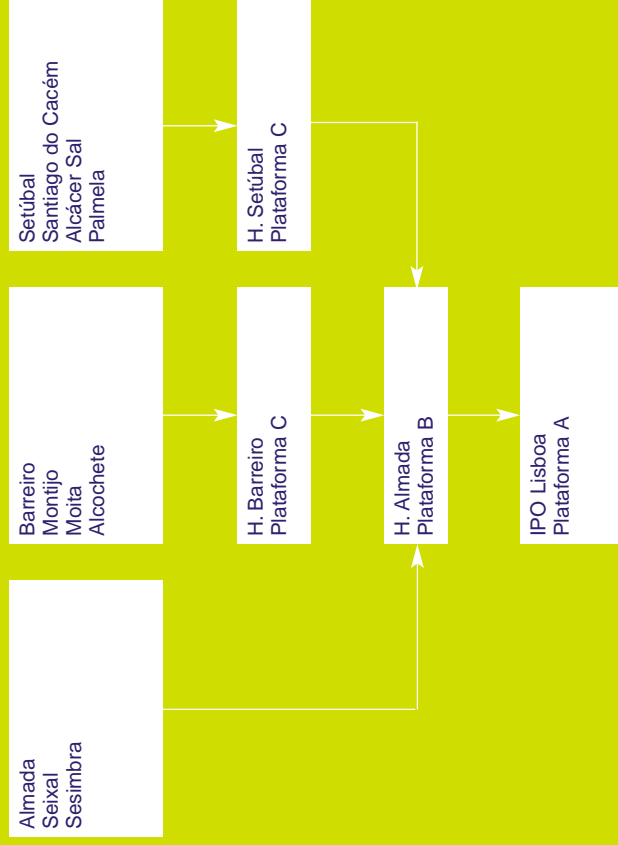
Rede de Referência Hospitalar - Oncologia

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - Distrito de Santarém



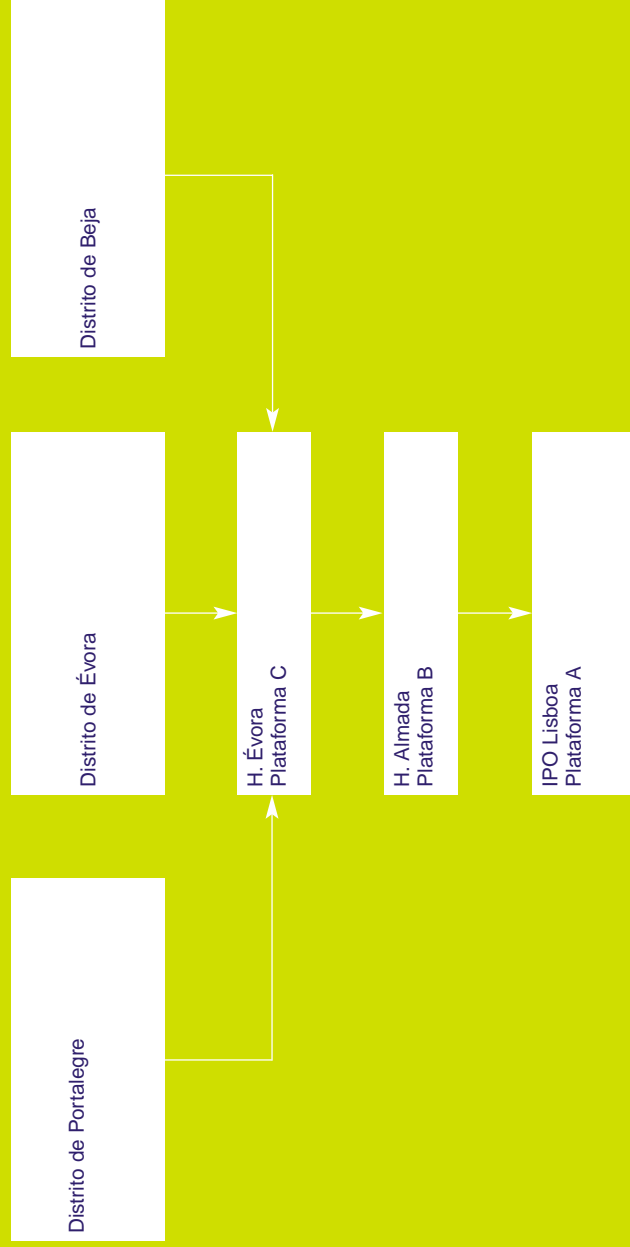
Rede de Referência Hospitalar - Oncologia

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - Distrito de Setúbal



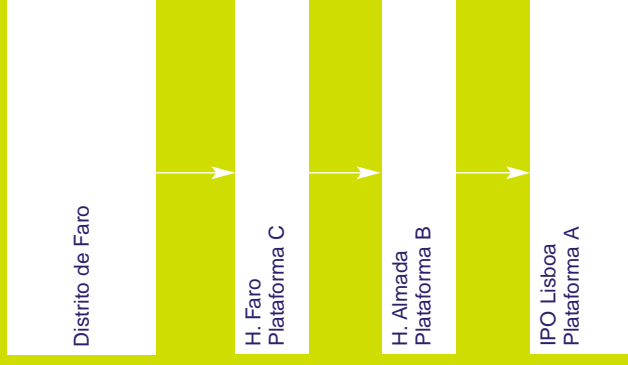
Rede de Referência Hospitalar - Oncologia

Região de Saúde do Alentejo



Rede de Referência Hospitalar - Oncologia

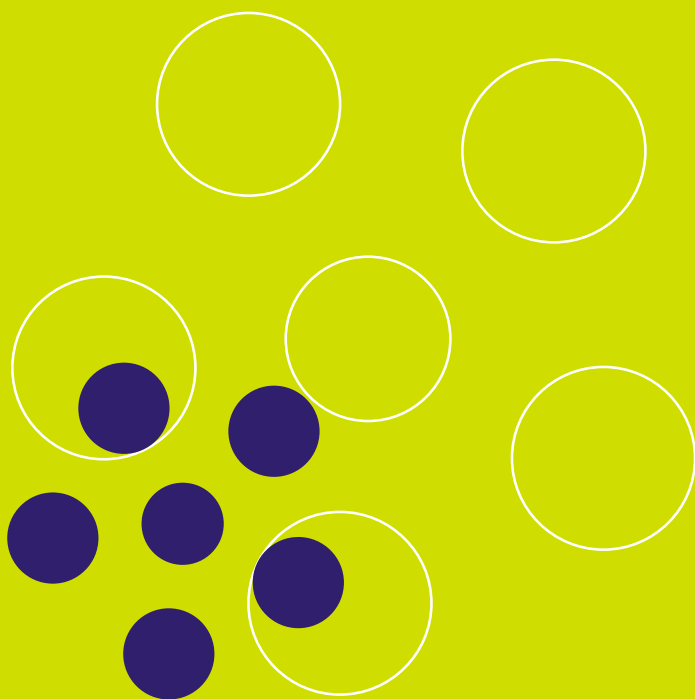
Região de Saúde do Algarve



Apexo I

Internamentos por episódios de Oncologia (GDH de 140 a 239), segundo o Distrito de Residência, no ano 1998

Fonte: GDH – IGIFS 1998



Hospital	Total	Ignorado	Aveiro	Beja	Braga	Bragança	Cast. Branco	Cóimbra	Évora	Faro	Guarda	Leiria	Lisboa	Portalegre	Porto	Santarém	Setúbal	V. Castelo	Vila Real	Viseu	
SRS Braga																					
H.D. Barcelos	706	4			698										2			2			
H. S. Marcos	1749				1670	2							1		15			52	9		
H.D. Fafe	163	2			161																
H.D. Guimarães	1213				1023					1	1				180			1	7		
H.D. Vila Nova Famalicão	441				378								1		61			1			
SRS Bragança																					
H.D. Bragança	435				435																
H.D. Macedo de Cavaleiros	122				122																
H.D. Mirandela	481				481														8		
SRS Porto																					
H.D. Amarante	242	1			3										237						1
C.H. Vale do Sousa	460		9												447			1			2
C.H. Vila Nova de Gaia	1275	1	264	1	31	6				2	15	3			933			1	7		3
I.P.O. Porto	4067	117	620	75	607	170	1	10	1	1	13	1	5	35	1887			3	213		189
H. Joaquim Urbano	100														100						
H. Maria Pia	152		20		27	1									95			3	2		4
Maternidade Júlio Diniz	238	1	5		2		1								220			1			8
H.D. Matosinhos	1017		37		12	8		1		5	1	2			931			9	8		3
H.D. Póvoa do Varzim	353	1			23										329						
H. de São João	3610	11	143		426	30	1			7	3	3			2779			134	31		42
H. S.º António	2231		325		119	95		1	1	1	2	4			1449			47	87		99
H. da Prolada	1024	30	84		38	6									844			1	3		14
H.D. S.º Tirso	496				30										465						
H.D. Valongo	48	1	1												46						
H.D. Vila do Conde	117				1	3									110			3			
SRS V. Castelo																					
H.D. Ponte de Lima	75																		75		
H.D. Viana do Castelo	1173	1			23	2									8			1139			
SRS V. Real																					
H.D. Chaves	760					5									2						745
H.D. Peso da Régua	103														8						88
H.D. Vila Real	957		1		1	73									37						801
TOTAL	23819	173	1509	76	5273	1437	4	13	2	2	29	22	23	35	11185	3	4	1688	1982	359	

N.º de Episódios de Internamento por Diagnóstico Principal de Neoplasia (Códigos 140 a 239)

Hospital	Total	Ignorado	Aveiro	Beja	Braga	Bragança	Cast. Branco	Coimbra	Evora	Faro	Guarda	Leiria	Lisboa	Portalegre	Porto	Santarém	Setúbal	V. Castelo	Vila Real	Viseu
SRS Aveiro	1287		1285					1							1					
H.D. Aveiro								1												
H.D. Anadia	153		144					5				1								3
H.D. Agueda	134		128					4												2
H.D. Estarreja	100		99								1									
H.D. Oliveira de Azeméis	324		324																	
H.D. Ovar	157	2	153												2					
H.D. São João da Madeira	138	6	132																	
H.D. Espinho	192	2	180		1										7					2
H. S.ª Maria Feijó																				
SRS Castelo Branco																				
H.D. Castelo Branco	896			1	1	1	882	1	2	4	4		1	3		1				
H.D. Covilhã	613						551			60						1				1
H.D. Fundão	254						246	2		6										
H. Cova da Beira																				
SRS Coimbra																				
I.P.O. Coimbra	2390		482		1		213	644	1	1	215	335	3	22	1	111	1			360
H. Universidade Coimbra	4723	2908	262		2	2	73	1136		2	78	118	3	6	1	10	4			5
CHC Hospital Geral	1224		76		2	8	50	488		1	52	391	3	2	13	69				12
CHC Hospital Pediátrico	298	16	25		4		44	53	4	7	12	46	2		20	2				63
CHC. Mat. Bissaya Barreto	1065	4	84			1	60	431			29	325	1		1	90	1			1
H.D. Cantanhede	75	75																		
H.D. Figueira da Foz	551		3		1	1	2	453				61	1		1	28				1
SRS Guarda																				
H.D. Guarda	679						27				650									2
H. Seia																				
SRS Leiria																				
H.D. Alcobaca	325							2				322				1				
C.H. Caldas da Rainha	355	1										336	15		3					
H.D. Leiria	955	1				1					888				65					
H.D. Peniche	94											94								
H.D. Pombal	272	13										259								
SRS Viseu																				
H.D. Lamego	240												1							3
H.D. Tondela	103							1							1					101
H.D. Viseu	1189		1								33									1155
TOTAL	18786	3028	3378	1	8	13	2149	3221	7	11	1140	3176	30	33	28	399	8	0	21	2135

N.º de Episódios de Internamento por Diagnóstico Principal de Neoplasia (Códigos 140 a 239)

Hospital	Total	Ignorado	Aveiro	Beja	Braga	Bragança	Cast. Branco	Coimbra	Evora	Faro	Guarda	Leiria	Lisboa	Portalegre	Porto	Santarém	Setúbal	V. Castelo	Vila Real	Viseu
SRS Lisboa																				
I.P.O. Lisboa	4440	184		168					124	288		168	2464	88		305	651			
H. de S. ^ª Maria	3660	46	5	25	2	2	20	4	53	52	9	142	2789	23	3	219	252	4	1	9
H. de S. José	1658	10		46	1	1	9		30	79	1	17	1241	18	1	37	160	1	1	5
H. de S. ^ª Maria	137	2		4			1		1	6		2	96			1	23			1
H. S. ^º António Capuchos	1647	58	5	18			4		32	43	1	14	1264	17	2	47	139			3
H. do Desterro	1739	1	2	13			2		20	7	3	40	1419	14	2	39	176	1		
H. Curry Cabral	1066	1	7	7	2		9		5	11	3	13	924	8		22	57		3	1
H. Egas Moniz	1255	4	1	6		1	6		35	15	2	11	1086	9		33	46			
H. S. ^º Francisco Xavier	1107	32						1	1	3		2	1040	1		8	19			
H. Pulido Valente	1232	26	1	46		1	1	1	29	28		24	931	16		34	90	2		2
H. S. ^ª Cruz	425	5		4			1		13	19		6	335	3	1	12	25			1
Mat. Alfredo da Costa	393	3		1					3	2		4	356	3		3	18			
H. Dona Estefânia	144	32								1		4	84	1		7	15			
Mat. Magalhães Coutinho	160	10										141				1	8			
H.D. Cascais	598	2					1					594				1				
H. Ortop. José de Almeida	18											18								
H. Fernando da Fonseca	1992	2		1		1	2		2	5		4	1943	1		5	25			1
H.D. Vila Franca de Xira	523											461				60	2			
H.D. Torres Vedras	464											14	449			1				
H. José Maria Júnior																				
SRS Santarém																				
H.D. Abrantes	496		1				10					1		67		416	1			
H.D. Santarém	1508											6	18	3		1481				
H.D. Tomar	207											1				206				
H.D. Torres Novas	393											16				377				
SRS Setúbal																				
H.D. Almada	2172	136						1		3			69	2			1961			
H.D. Beirreiro	1098			5					9	1			31	1		4	1047			
H.D. Montijo	457								5								451			1
H.D. Santiago do Cacém	158	1		8													149			
H.D. Setúbal	1259			16					15	3	1		5	1		2	1216			
H. Ortopédico do Outão	38	38																		
TOTAL	30444	593	15	368	5	6	66	7	377	566	20	489	17758	276	9	3320	6532	6	9	22

N.º de Episódios de Internamento por Diagnóstico Principal de Neoplasia (Códigos 140 a 239)

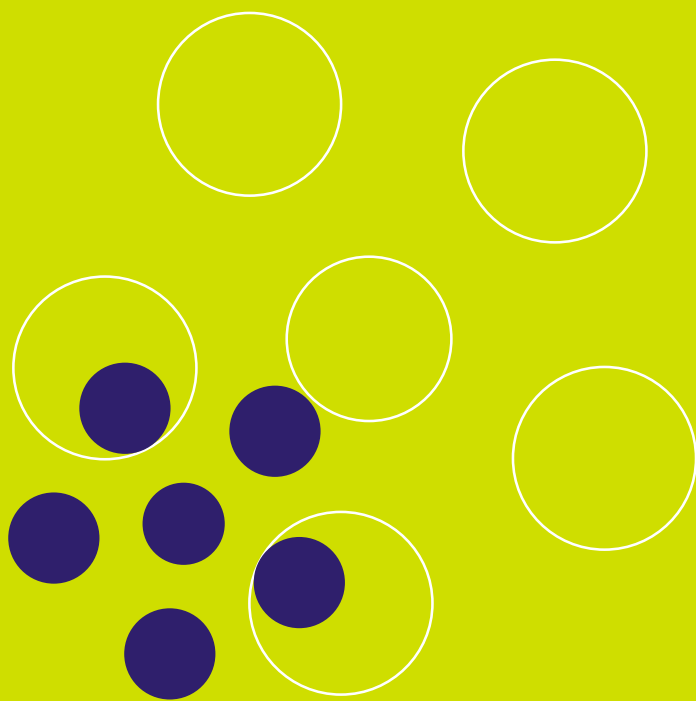
Hospital	Total	Ignorado	Aveiro	Beja	Braga	Bragança	Cast. Branco	Coimbra	Évora	Faro	Guarda	Lentia	Lisboa	Portalegre	Porto	Santarém	Setúbal	V. Castelo	Vila Real	Viseu
SRS Beja																				
H.D. Beja	701			686													11			
H.D. Seipa	94			94																
SRS Évora																				
H.D. Évora	800	4		15					750					23			5			
SRS Portalegre																				
H.D. Elvas	220								31					187						
H.D. Portalegre	512	397							4					110			1			
TOTAL	2327	401	0	795	0	0	0	0	786	1	0	0	6	321	0	0	17	0	0	0

Hospital	Total	Ignorado	Aveiro	Beja	Braga	Bragança	Cast. Branco	Coimbra	Evora	Faro	Guarda	Leiria	Lisboa	Portalegre	Porto	Santarém	Setúbal	V. Castelo	Vila Real	Viseu
H.D. Faro	1470	7		7						1450		1	4				1			
H.D. Lagos	176	2		1						173										
H.D. Portimão	386	2		1						382										
TOTAL	2031	11	0	9	0	0	0	0	0	2005	0	1	4	0	0	0	1	0	0	0

N.º de Episódios de Internamento por Diagnóstico Principal de Neoplasia (Códigos 140 a 239)

Apexo II

**Plano Oncológico
Nacional
2001-2005**



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS**Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001**

Segundo a OCDE, Eco-Santé, em 1996, os tumores malignos representaram em Portugal 1318 anos perdidos de vida potencial nos homens e 918 nas mulheres por 100 000 habitantes, sendo, ainda, responsáveis pela segunda principal causa de morte.

Pela amplitude e gravidade do problema em termos de saúde pública importa tomar medidas, quer de educação e promoção da saúde, quer de diagnóstico e tratamento, quer ainda de reabilitação e de cuidados paliativos, que concorram para a diminuição da taxa de incidência e de mortalidade por cancro em Portugal. Para tanto, necessário se torna concertar esforços que permitam uma acção conjunta geradora de uma maior eficiência do sistema, em conformidade com a orientação estratégica definida no documento «Saúde um compromisso», ao eleger como objectivos prioritários para o sector a promoção da saúde e a prevenção da doença, a melhoria do acesso a cuidados de qualidade, a promoção de novas parcerias e novos actores e a articulação entre os vários níveis de prestação de cuidados de saúde.

Para atingir tal desiderato, definem-se agora as linhas de intervenção e acções prioritárias a desenvolver no horizonte temporal de 2001-2005 na luta contra o cancro.

Neste contexto, o Conselho Nacional de Oncologia, no exercício das suas competências, e por solicitação do Governo, apresentou o documento denominado «Plano Oncológico Nacional».

O presente documento assenta numa política de coordenação, intersecção e complementaridade dos serviços de saúde e abrange todas as fases que acompanham a doença, desde a prevenção e rastreio ao diagnóstico e tratamento e terminando na reabilitação e cuidados paliativos.

É em nome do cidadão e no respeito pela sua dignidade que as instituições intervenientes têm o dever de coordenar rigorosamente as suas acções e capacidades, poupando o doente oncológico, fragilizado, e os seus familiares, perturbados, à penosa tarefa de circular entre as instituições sem a orientação correcta e as informações adequadas e atempadas.

Com a aplicação das medidas preconizadas no presente documento pretende-se, num futuro próximo, obter uma clara melhoria na qualidade dos actos prestados no nosso país e um aumento do grau de satisfação dos doentes oncológicos pela assistência recebida.

Assim:

Nos termos da alínea g) do artigo 199.º da Constituição, o Conselho de Ministros resolve:

1 — Aprovar o Plano Oncológico Nacional — 2001-2005, anexo à presente resolução e que dela faz parte integrante.

2 — Incumbir os membros do Governo competentes em razão da matéria de propor os actos normativos necessários à execução das medidas previstas no Plano, designadamente financeiras.

3 — As medidas necessárias à execução do presente diploma serão aprovadas no prazo de 180 dias.

Presidência do Conselho de Ministros, 2 de Agosto de 2001. — O Primeiro-Ministro, em exercício, *Jaime José Matos da Gama*.

PLANO ONCOLÓGICO NACIONAL — 2001-2005**CAPÍTULO I****Introdução**

O presente Plano Oncológico Nacional (PON) obedece a uma estratégia de política global sobre a problemática do tratamento do cancro.

Nesta conformidade, o PON aborda com carácter abrangente, não limitado apenas aos aspectos do tratamento do cancro, todas as acções e intervenções, cujo único objectivo é tratar nas melhores condições as pessoas com neoplasias malignas.

Com o presente PON pretende-se, ainda, possibilitar a continuidade de cuidados em diferentes localizações geográficas e por múltiplos profissionais, adequando-os às necessidades detectadas e maximizando a eficácia e a facilidade de utilização, o que deverá repercutir-se na satisfação e conforto dos doentes oncológicos.

Para tanto definem-se os seguintes objectivos estratégicos:

- 1) Melhorar a qualidade e reforçar a operacionalidade dos registos oncológicos regionais, para que exista uma epidemiologia oncológica nacional fiável, apta a fundamentar políticas de intervenção;
- 2) Desenvolver a informação aos cidadãos no que respeita a hábitos e estilos de vida que reduzam o risco de cancro;
- 3) Intensificar os rastreios de cancro já implementados e permitir a avaliação de qualidade, tendo em conta os princípios gerais que respeitam às actividades de rastreio oncológico;
- 4) Definir o conceito de rede de referência hospitalar e enunciar as condições a que devem obedecer as unidades terapêuticas para que possam participar na rede e assumir a responsabilidade de diagnosticar e tratar doentes oncológicos;
- 5) Reforçar a radioterapia numa óptica de racionalização do sector;
- 6) Dar continuidade aos cuidados paliativos na fase terminal da doença;
- 7) Apoiar o ensino pré-graduado, pós-graduado e contínuo dos profissionais que intervêm no diagnóstico, tratamento e seguimento dos doentes oncológicos;
- 8) Promover acções de formação especializada destes profissionais;
- 9) Incentivar o desenvolvimento de projectos de investigação;
- 10) Promover um programa de melhoria de qualidade global e de certificação/acreditação das unidades;
- 11) Proceder à criação de cinco comissões oncológicas regionais que coordenem a execução do Plano Oncológico Nacional nas cinco regiões de saúde.

CAPÍTULO II**Coordenação**

Para aplicação dos princípios enunciados no presente Plano Oncológico Nacional é imprescindível, na implementação e desenvolvimento dos programas de rastreio, a existência de uma ampla coordenação entre toda a rede hospitalar e os cuidados primários.

Neste contexto, são criadas cinco comissões oncológicas regionais (COR) sediadas nas administrações regionais de saúde (ARS). A constituição e o regulamento interno serão aprovados por portaria do Ministro da Saúde, ouvido o Conselho Nacional de Oncologia.

As COR deverão assumir-se como provedoras dos doentes oncológicos, ser defensoras dos seus direitos e promotoras das suas expectativas, zelar pelas indispensáveis medidas de coordenação entre as unidades, pelo desenvolvimento das iniciativas locais e regionais para a execução do PON, pela implementação do sistema de qualidade e pelo ensino, investigação, rastreio e cuidados paliativos.

CAPÍTULO III

Registo oncológico

O registo de cancro de base populacional é um elemento estruturante de qualquer sistema de saúde, porque sem ele não é possível planear nem avaliar os cuidados de saúde prestados de forma sustentada.

Para que os registos oncológicos regionais produzam dados que caracterizem a incidência e a sobrevivência para cada um dos tumores malignos, na sua área de influência, têm de dispor de informação correcta e em tempo útil.

1 — Objectivos. — Neste âmbito, constituem objectivos do presente plano melhorar e garantir uma informação correcta e de qualidade, atentos os princípios de universalidade — garantindo o registo obrigatório de todos os casos de cancro detectados em qualquer instituição — e de fiabilidade — assegurando que todos os elementos constantes no registo de cancro são confiáveis e relevantes para o conhecimento sobre o doente e o tumor.

2 — Estratégias. — Para que o princípio da universalidade seja assegurado devem as instituições envolvidas providenciar a dinamização do registo oncológico disponibilizando, para o efeito, os recursos humanos e financeiros adequados.

Dentro do mesmo princípio e tendo em vista a obtenção de um conhecimento ainda mais abrangente, no âmbito da prevenção, poderá ser efectuado o cruzamento de informações com outras bases de dados, desde que observados os procedimentos previstos na lei para o tratamento dos dados pessoais.

Na óptica da fiabilidade, os registos deverão ser anualmente auditados através de auditorias internas e externas, pelo método de amostragem, a incidir sobre os registos do ano anterior. Os resultados deverão ser objecto de relatório próprio a divulgar na instituição e na estrutura coordenadora regional.

A estrutura coordenadora dos registos oncológicos regionais, sediada nos centros regionais de oncologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil (IPOFG), deverá, assim, efectuar auditorias externas a cada uma das instituições que a integram, efectuando análises, por amostragem, sobre a exactidão dos dados.

Deverá ainda proceder-se periodicamente à análise comparativa de resultados, confrontando os dados do registo oncológico com os dados de mortalidade a fornecer pelo Instituto Nacional de Estatística em colaboração com o Conselho Nacional de Oncologia.

CAPÍTULO IV

Prevenção primária

A implementação de uma estratégia de prevenção deve ser estruturada, sob a responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde, tendo como objectivo modificar alguns dos factores que provocam o cancro, potenciando os factores protectores e inibindo os factores de risco, através do desenvolvimento de intervenções que promovam uma vida saudável.

O conhecimento e acção das medidas preconizadas no âmbito do presente PON passa por uma informação generalizada e persistente dos objectivos que se pretendem alcançar.

Assim:

1 — No domínio da informação das populações, a estratégia a seguir aponta para:

1.1 — Implementação sistemática de acções de informação ao grande público, através dos meios da comunicação social, com particular relevo para a televisão;

1.2 — Organização de campanhas de informação para grupos populacionais específicos previamente definidos;

1.3 — Melhorias da eficácia da comunicação das mensagens de informação, nomeadamente o Código Europeu contra o Cancro, através de técnicas de promoção da saúde;

1.4 — Desenvolvimento de acções específicas de informação e sensibilização dos grupos populacionais abrangidos pelos programas de rastreio sistemático dos cancros do colo uterino, da mama e colo-rectal;

1.5 — Divulgação de informação sobre educação para a saúde nas escolas e locais de trabalho com a participação dos professores e das organizações dos trabalhadores;

1.6 — Elaboração de material de informação contendo recomendações específicas para a prevenção do cancro, nomeadamente as relacionadas com a alimentação, o tabaco, a exposição ao sol e o ambiente ocupacional.

2 — Na área da nutrição serão implementadas as seguintes medidas:

2.1 — Promover a organização de inquéritos alimentares com o objectivo de se conhecer a realidade portuguesa no que respeita aos hábitos alimentares e à frequência com que são consumidos alimentos reconhecidamente cancerígenos;

2.2 — Dar a conhecer à população quais são esses alimentos e os riscos que corre com o seu consumo.

3 — No que se refere ao tabaco, responsável por mais mortes por cancro que qualquer outro factor conhecido, e atendendo a que a já extensa investigação realizada sobre o «fumador passivo» aponta para um excesso de risco dos não fumadores com exposição prolongada e intensa a ambientes com fumo, serão implementadas atitudes preventivas dirigidas à diminuição da prevalência do tabagismo e consequente redução da incidência e mortalidade por cancro. As medidas a implementar deverão direccionar-se para:

3.1 — O reforço da informação à população sobre o papel do consumo de tabaco na incidência do cancro;

3.2 — A eleição da população juvenil como alvo prioritário das campanhas de sensibilização antitabágica;

3.3 — A informação das populações trabalhadoras, particularmente na área industrial, para a existência de interacção com outros factores de risco;

3.4 — O reforço da legislação de protecção aos não fumadores nos locais públicos;

3.5 — A implementação de medidas restritivas à publicidade que estimula o consumo de tabaco;

3.6 — Acções de apoio aos fumadores que pretendam abandonar o hábito de fumar;

3.7 — Colaboração com todas as instituições envolvidas na luta antitabágica;

3.8 — O aumento do imposto que incide sobre a venda do tabaco.

4 — Por último, e no que se refere ao ambiente, verifica-se que existe actualmente uma crescente preocupação da população relativamente à presença de factores de risco de cancro associados a poluentes químicos, nomeadamente no ar, solos e água. Deste modo, a estratégia a seguir passa por atitudes preventivas visando nomeadamente:

4.1 — Promover a informação e sensibilização das populações para o risco de cancro ambiental;

4.2 — Pugnar pela aplicação de medidas preventivas e de controlo da poluição;

4.3 — Desenvolver um programa de investigação sobre higiene e saúde ambiental.

CAPÍTULO V

Rastreios

Os programas de rastreio de cancro consistem na aplicação de exames sistemáticos a toda a população saudável ou de grupos específicos seleccionados da população saudável, com o objectivo de diminuir a incidência e a mortalidade.

Exige-se uma metodologia de base populacional, organizada, centralizada, com estreitos mecanismos de controlo e garantia de qualidade sujeitos a auditorias, a disponibilidade de diagnóstico complementar e tratamento imediatos e análises de custo-benefício pré e pós-intervenção, realizadas no pressuposto de que a execução dos programas de rastreio irão possibilitar intervir eficientemente na história natural da doença.

Nos casos em que os programas de rastreio sistemático não sejam exequíveis deverão ser incentivados todos os meios conducentes à identificação de lesões pré-malignas ou de neoplasias iniciais sustentadas por critérios de qualidade.

Nesta área definem-se como objectivos prioritários:

- 1) Realizar rastreios para o cancro do colo do útero — por citologia cervical, no grupo etário 30-60 anos —, cancro da mama — por mamografia, no grupo etário 50-69 — e cancro colo-rectal — por pesquisa de sangue oculto nas fezes, no grupo etário 50-74. O alargamento a estratos etários vizinhos estará dependente da magnitude do problema de saúde pública e dos recursos disponíveis. O uso de outros testes de rastreio apenas deverá ser considerado após a publicitação dos ensaios a decorrer, nomeadamente, na União Europeia;
- 2) Garantir que apenas serão permitidos programas de rastreio — quer dos já existentes quer dos eventualmente a implementar —, gratuitos para a população, que assegurem altos níveis de qualidade, nomeadamente com processos de convocação-reconvocação populacionais com informação sobre os benefícios e riscos desta actividade preventiva, garantia de acessibilidade universal, boa prática clínica, monitorização permanente dos indicadores de desempenho,

vias de tratamento prioritárias e imediatas, respeito pelas directrizes comunitárias de rastreio de cancro, formação específica a todos os profissionais envolvidos e ligação aos registos oncológicos regionais;

- 3) Sujeitar a decisão de continuar com os programas de rastreio já existentes ou de iniciar novos programas à ratificação do Ministro da Saúde ou em quem entender delegar, após ouvidas as administrações regionais de saúde e o Conselho Nacional de Oncologia e de acordo com o estudo nacional e regional da garantia dos princípios gerais atrás enunciados e daqueles que serão publicitados para cada localização tumoral;
- 4) Estudar e implementar atitudes que permitam uma cobertura nacional e universal da população;
- 5) Organizar os programas de acordo com as directrizes europeias, ouvido o Conselho Nacional de Oncologia.

Neste âmbito deverão ser seguidas as seguintes linhas orientadoras:

- 1) No rastreio de cancro do colo do útero, o teste a utilizar será a citologia cervical — teste de Papanicolaou — com convite ao grupo etário dos 30 aos 60 anos (extensivo a grupos etários vizinhos, consoante os recursos disponíveis) e intervalo de rastreio de três anos — após dois exames anuais negativos;
- 2) No rastreio de cancro da mama, o teste a utilizar é a mamografia, com convite ao grupo etário dos 50 aos 69 anos e intervalo de rastreio de dois anos. Embora os efeitos adversos do rastreio mamográfico no grupo etário 40-49 possam não ser negligenciáveis, poderão desenvolver-se programas de rastreio neste grupo alvo, desde que as mulheres sejam informadas sobre os seus benefícios e efeitos adversos. Deve ser desenvolvido o rastreio sistemático em unidades sem sistemas adequados de controlo de qualidade;
- 3) O cancro colo-rectal é, como se sabe, um importante problema de saúde pública. Dependendo da disponibilidade de profissionais treinados e das prioridades de recursos de cuidados de saúde, deverão ser organizados programas de rastreio por pesquisa de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia de cinco em cinco anos nos indivíduos assintomáticos. O teste a utilizar será a pesquisa de sangue oculto nas fezes com convite ao grupo etário 50-74 anos e intervalo de rastreio de um-dois anos, sendo imediata a execução da colonoscopia em todos os casos com teste de sangue oculto positivo.

CAPÍTULO VI

Assistência hospitalar

As doenças oncológicas têm como principal característica comum a cronicidade, com necessidade de manter observações, exames e tratamentos frequentes em ambiente hospitalar com importante componente ambulatório.

Tanto para os aspectos somáticos da doença, alvo indiscutível e habitual dos cuidados, como para as ver-

tentes social e psicológica do doente e da família, tornam-se necessárias estratégias de intervenção e redes de instituições. Neste contexto, torna-se óbvia a necessidade de institucionalização de uma rede de referência em oncologia e, bem assim, de dotar alguns hospitais de serviços ou unidades de oncologia médica.

O ritmo acelerado dos progressos científicos e técnicos têm-se repercutido a nível dos custos dos equipamentos e dos tratamentos e da maior especialização dos recursos humanos.

As decisões terapêuticas são multidisciplinares e as instituições de saúde, no seu conjunto, são responsáveis por cuidar do doente oncológico em todas as fases da doença, factos estes que, necessariamente, levam as instituições a interagirem por forma a obter-se uma complementaridade dos cuidados.

Constituem objectivos prioritários nesta área:

1) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados — a alcançar através da implementação das seguintes medidas estratégicas:

- a) Criar condições para padronização dos procedimentos de diagnóstico, tratamento e seguimento dos doentes;
- b) Implementar mecanismos facilitadores da comunicação entre as instituições responsáveis pelos cuidados oncológicos a nível local;
- c) Desenvolver mecanismos objectivos de avaliação do desempenho;
- d) Instalar novos equipamentos e actualizar adequadamente os equipamentos existentes;
- e) Melhorar a acessibilidade;
- f) Melhorar a eficiência;
- g) Criar uma organização em que a investigação clínica faça parte da actividade corrente e onde a investigação laboratorial seja progressivamente introduzida;
- h) Melhorar a formação profissional através da avaliação das acções tendo como população alvo todos os intervenientes no processo;
- i) Criar condições para que os centros regionais do IPOFG e alguns hospitais centrais possam desempenhar cabalmente as suas funções como centros de referência oncológica;

2) Criar a Rede de Referência Hospitalar em Oncologia — uma rede de referência hospitalar em oncologia define-se como um sistema que integra diferentes tipos de instituições, que se articulam entre si para prestarem cuidados especializados em oncologia, numa perspectiva integrada e globalizante, tendo subjacente a optimização dos recursos humanos, dos procedimentos e dos equipamentos.

A rede deverá englobar:

- Hospitais distritais;
- Hospitais centrais;
- Hospitais especializados;
- Os centros regionais do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil;
- Alguns prestadores privados que trabalham em complementaridade com o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Os centros de saúde, os hospitais de nível I e os outros hospitais que não entrem na rede devem articular-se com as instituições que a integram.

Definem-se desde já os seguintes critérios que deverão estar subjacentes à definição da rede:

- 1) A base populacional para a delimitação dos serviços ou unidades de oncologia médica da rede de referência, deverá ser de cerca de 300 000 habitantes, ponderando-se acessibilidades e capacidades instaladas por insuficiência ou excesso;
- 2) Os novos serviços ou unidades de oncologia médica da rede de referência deverão ter em atenção as necessidades para uma prestação de cuidados ao doente oncológico em todas as fases da doença, o que implica a complementaridade de cuidados, tendo em atenção as suas necessidades e o seu conforto;
- 3) Os elevados custos que a oncologia envolve, quer no que respeita ao diagnóstico, quer no que respeita ao tratamento, conduz à necessidade de estabelecimento de diferentes plataformas para o diagnóstico e para o tratamento dos doentes, com meios idênticos para a prestação de cuidados em cada plataforma;
- 4) A definição das plataformas deverá ter por base a incidência da doença e o desempenho das instituições. Esta nova organização reger-se-á por critérios de qualidade e de optimização dos recursos numa perspectiva integrada. A classificação dos hospitais por plataformas é da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde e far-se-á sob proposta das administrações regionais de saúde, ouvidas as comissões oncológicas regionais;
- 5) Nos hospitais que integram a rede devem existir, como condições mínimas de funcionamento, um conjunto de especialidades. Estão nestas condições as especialidades de oncologia médica, cirurgia geral, urologia, ginecologia, pneumologia, gastroenterologia, dermatologia, imagiologia, patologia morfológica e patologia clínica. Caso as referidas especialidades não existam na instituição o acesso às mesmas em tempo útil deve ser previamente garantido.

Consideram-se ainda incluídos nas condições mínimas de funcionamento da especialidade os seguintes requisitos:

- a) Existência de comissão de coordenação oncológica activa e actuante, responsável pela coordenação de toda a actividade oncológica no respectivo hospital, incluindo o registo oncológico;
- b) Os departamentos, serviços ou unidades de oncologia médica da rede devem integrar diversas áreas nomeadamente internamento, consultas externas, hospital de dia e atendimento não programado;
- c) Participação na definição de protocolos de diagnóstico e de terapêutica em colaboração com os hospitais centrais de referência ou com os centros regionais de oncologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, aos quais cabe a sua dinamização, permitindo, assim, uma maior qualidade e equidade dos cuidados;
- d) Participação nas consultas multidisciplinares de decisão terapêutica;
- e) Participação na prestação de cuidados paliativos;
- f) Promoção da investigação clínica.

Após a criação da rede, a enumeração e a indigitação dos hospitais que a irão integrar devem ser tidas em consideração as seguintes referências organizacionais e técnicas:

Do ponto de vista organizacional:

- 1) As administrações regionais de saúde são as responsáveis pela implementação da rede de referência oncológica ouvidas as comissões oncológicas regionais;
- 2) As comissões oncológicas regionais, na área da sua actuação, e a Direcção-Geral da Saúde deverão promover a divulgação das estruturas da rede nas respectivas áreas, de modo que o encaminhamento dos doentes seja eficaz;
- 3) Nos hospitais serão as comissões de coordenação oncológica as entidades responsáveis, junto das direcções clínicas e dos conselhos de administração, pelo bom desempenho da instituição na respectiva rede;
- 4) A avaliação do funcionamento da rede é da responsabilidade das comissões oncológicas regionais, que deverão anualmente apresentar um relatório ao Conselho Nacional de Oncologia.

Do ponto de vista técnico:

- 1) As comissões de coordenação oncológica de cada unidade hospitalar deverão providenciar, junto dos serviços envolvidos, no sentido de serem adoptados protocolos interdisciplinares de diagnóstico, tratamento e seguimento dos doentes. Tais protocolos deverão ser do conhecimento das comissões oncológicas regionais;
- 2) As comissões de coordenação oncológica dos hospitais deverão promover reuniões de decisão terapêutica, de âmbito multidisciplinar;
- 3) As comissões de coordenação oncológica dos hospitais deverão divulgar anualmente os resultados obtidos no âmbito das actividades descen-
volvidas.

CAPÍTULO VII

Radioterapia

Os hospitais que tratam doentes do foro oncológico e não possuam radioterapia terão de estar articulados, por protocolo, com um departamento, serviço ou unidade de radioterapia instalada no sector público ou privado.

Atenta a realidade do país em recursos humanos, técnicos e económicos, apontam-se como objectivos nesta área:

- 1) Attingir o rácio de um aparelho de irradiação para 200 000 habitantes ou para 350 doentes/ano;
- 2) Programar à escala nacional a existência de 15 departamentos, serviços ou unidades de radioterapia, públicas ou privadas;
- 3) Renovar e modernizar os equipamentos desactualizados de radioterapia com prioridade para os centros regionais de oncologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil;
- 4) Limitar as unidades públicas de braquiterapia intracavitária, braquiterapia intersticial e de radioterapia intra-operatória às já existentes. A

sua instalação noutros serviços públicos só poderá fazer-se em casos excepcionais, dependendo do parecer fundamentado do Conselho Nacional de Oncologia;

- 5) A instalação de novos departamentos, serviços ou unidades de radioterapia, públicos ou privados, deve obedecer a critérios de epidemiologia oncológica e a padrões de qualidade. Deve ainda pautar-se pela multidisciplinaridade da radioterapia oncológica e garantir a continuidade de cuidados ao doente oncológico.

CAPÍTULO VIII

Cuidados paliativos

Quando os tratamentos específicos, dirigidos à doença, deixam de ter lugar, as necessidades do doente e da família continuam a exigir um apoio humanizado e eficaz. Apesar dos avanços no rastreio e no tratamento dos doentes, as estimativas apontam para que, mesmo assim, cerca de metade dos doentes oncológicos virão a morrer desta doença.

Ao longo de toda a doença oncológica devem coexistir as terapêuticas anticoplásticas e as paliativas predominando, as primeiras, no início da doença e intensificando-se, as segundas, na sua fase terminal.

Na maioria dos doentes com cancro o período de maior sofrimento, pela intensidade, complexidade e rápida variação das perturbações físicas, psíquicas, sociais e existenciais, é a fase terminal da doença em que à exacerbação do sofrimento corresponde, entre nós, um progressivo vazio de apoio qualificado.

Daí que os objectivos apontados para esta área da prestação de cuidados, ainda tão incipiente e com tão baixa taxa de população abrangida, passem por apoiar todos os projectos que, neste domínio, possam despontar com credibilidade e reunindo as necessárias garantias de qualidade.

Mais concretamente poderemos dizer que os objectivos passam por:

- 1) Formar equipas de cuidados paliativos e avaliar essa formação periodicamente;
- 2) Estabelecer, a nível nacional, critérios de qualidade das unidades de cuidados paliativos, os quais devem ser verificados periodicamente por comissões técnicas devidamente reconhecidas;
- 3) Estudar as necessidades e planear, em conformidade, a distribuição geográfica pelo território nacional das unidades de cuidados paliativos, de modo a chegar o mais perto possível da residência dos doentes, dando-lhes preferencialmente apoio qualificado no domicílio;
- 4) Definir os requisitos de qualidade, regras de articulação e mecanismos de avaliação da actividade das unidades de cuidados paliativos.

Er serão concretizados através das seguintes medidas estratégicas:

- 1) Criação de equipas hospitalares de cuidados paliativos;
- 2) Incremento da actividade dos cuidados paliativos nos hospitais centrais de referência e nos centros de oncologia do IPOFG não só no domínio da formação específica regular como na criação de formas estruturadas de os prestar;

- 3) Introdução da área de cuidados paliativos na formação dos especialistas em oncologia, nomeadamente tratamento da dor e outros sintomas, comunicação com o doente e família, apoio psicossocial e ética médica. O programa de formação dos especialistas oncológicos deverá incluir três meses de estágio numa unidade de referência em cuidados paliativos;
 - 4) Criação de unidades de cuidados paliativos, centradas na comunidade, com ênfase na articulação entre equipas domiciliárias e unidades de internamento. As unidades comunitárias deverão relacionar-se funcionalmente com hospitais, centros de saúde, instituições privadas de solidariedade social, com destaque para as misericórdias e Liga Portuguesa contra o Cancro. As equipas devem ter composição multidisciplinar — médicos, enfermeiros, assistentes sociais, apoiantes espirituais e voluntários — e efectuar uma abordagem interdisciplinar no seguimento dos doentes;
 - 5) Incentivos à formação regular dos médicos de família em cuidados paliativos.
- b) Com as necessárias adaptações, as recomendações para o ensino pré-graduado da oncologia são semelhantes, quer se trate de escolas de enfermagem quer se trate de escolas médicas.
- 3) A nível do ensino médico pós-graduado deve ter-se em consideração que:
 - a) Nas especialidades de oncologia médica e radioterapia os internatos deverão decorrer conforme orientação do Ministério da Saúde e Ordem dos Médicos. Torna-se indispensável fazer um estudo das necessidades nacionais, relativamente a estas especialidades, por forma a garantir a correspondente capacidade formativa;
 - b) Os internatos deverão ter lugar nos centros regionais do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil e nos serviços hospitalares com idoneidade reconhecida pelo Ministério da Saúde e Ordem dos Médicos;
 - c) Os ciclos de estudos especiais na área oncológica deverão prosseguir e serem considerados como estudos avançados e como forma de treino específico no âmbito de algumas especialidades existentes ou de criação previsível. Os seus principais impulsores são os centros regionais de oncologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, bem como os hospitais centrais com idoneidade reconhecida para esta formação;
 - d) O internato da especialidade de medicina geral e familiar deverá incluir um programa de formação com ênfase especial na área dos cuidados oncológicos, a ter lugar num departamento, serviço ou unidade de oncologia, a definir pelo Ministério da Saúde e Ordem dos Médicos;
 - e) Os internatos de especialidades com grande vocação para a patologia tumoral maligna deverão incluir um programa de formação específica na área da oncologia, a definir pelo Ministério da Saúde e Ordem dos Médicos.

CAPÍTULO IX

Ensino, formação e investigação

No que respeita ao ensino, à formação e à investigação, apontam-se como principais referências:

1) A nível do ensino pré-graduado nas universidades entende-se que:

- a) As universidades deverão direccionar o ensino pré-graduado da oncologia para as licenciaturas em Medicina e Medicina Dentária;
- b) Os centros regionais de oncologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil deverão participar no ensino, mediante articulação a estabelecer com as universidades;
- c) O ensino pré-graduado deverá orientar-se pelos princípios propostos pela União Europeia e pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC);
- d) O ensino pré-graduado da oncologia nas universidades deverá dar particular ênfase à prevenção, ao diagnóstico precoce, aos cuidados paliativos, bem como ao estado da arte relativo às técnicas de tratamento;
- e) É indispensável proceder à coordenação do ensino da oncologia já que é ministrado em várias disciplinas. Assim, é aconselhada a sua individualização no último ano da licenciatura em Medicina;
- f) No que concerne ao ensino da oncologia na licenciatura em Medicina Dentária, deverá ser dado particular relevo ao cancro da cavidade oral e à importância do médico dentista na prevenção e diagnóstico precoce.

2) A nível do ensino pré-graduado nas escolas de enfermagem entende-se que:

- a) No âmbito da formação genérica na área da enfermagem oncológica, dever-se-á considerar que a prevenção, ensino e assistência ao doente oncológico cabem nas competências dos profissionais da enfermagem;

4) A nível dos mestrados e doutoramentos, as universidades deverão estimular a criação de mestrados e áreas de doutoramento em oncologia, como forma de estudos avançados, que contribuam para a valorização profissional bem como para o progresso da investigação básica e clínica.

5) A nível da enfermagem oncológica, as escolas de enfermagem, em colaboração com os centros regionais de oncologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil e outras estruturas hospitalares de reconhecida idoneidade, deverão criar a especialidade ou a pós-graduação em Enfermagem Oncológica, tendo por base o *core curriculum* da European Oncology Nursing Society (EONS).

6) No que respeita aos técnicos de saúde as recomendações vão no sentido das escolas superiores de tecnologia da saúde prosseguirem na formação, entre outros, de técnicos de anatomia patológica, de imagiologia, radioterapia, medicina nuclear e de medicina física e reabilitação, de molde a garantir os recursos humanos necessários à expansão dos serviços com actividade na área da oncologia.

7) A base do registo oncológico é a unidade assistencial, cujo funcionamento técnico é da integral responsabilidade do médico. Para apoiar e facilitar o referido registo deverão ser criados e incentivados cursos

de formação dirigidos a técnicos da carreira administrativa dos hospitais.

8) Deverão também ser criados protocolos entre as universidades, institutos politécnicos e os centros regionais de oncologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil e outros serviços ou instituições devidamente credenciadas para o ensino pré e pós-graduado da oncologia.

9) A investigação oncológica, tanto básica como clínica, deverá ser incentivada através de mecanismos de financiamento específicos, com relevo particular para a Fundação para a Ciência e a Tecnologia e para os programas sectoriais dos quadros comunitários de apoio da União Europeia.

CAPÍTULO X

Qualidade

O presente documento estabelece também como missão da rede oncológica nacional a melhoria do acesso a cuidados de qualidade na área da oncologia.

Este grande objectivo passa pela introdução de mecanismos de avaliação e melhoria contínua da prestação dos actos terapêuticos ministrados aos doentes. As acções a realizar envolverão o Instituto da Qualidade em Saúde.

1) Ao nível da gestão da rede oncológica nacional do SNS torna-se fundamental:

- a) Reorganizar e aumentar a capacidade de resposta dos serviços;
- b) Promover a formação contínua dos profissionais e partilhar experiências com os vários parceiros que actuam na rede bem como com parceiros internacionais privilegiados, nomeadamente ao nível da União Europeia — Programa Europa contra o Cancro;
- c) Desenvolver as tecnologias da informação e comunicação e colocá-las ao serviço da rede oncológica;
- d) Actualizar o registo oncológico e proceder a estudos epidemiológicos da população com vista a um planeamento adequado da instalação da tecnologia pesada e das necessidades em recursos humanos;
- e) Obter ganhos em eficiência, efectividade e equidade;
- f) Obter ganhos em saúde e contribuir para uma significativa melhoria da qualidade de vida das populações.

2) Caberá à gestão das instituições pertencentes à rede oncológica nacional:

- a) Implementar o princípio da referenciação hospitalar como facilitadora do acesso;
- b) Eliminar eventuais listas de espera;
- c) Elaborar planos de intervenção ao nível dos processos e da estrutura com vista à melhoria da qualidade;
- d) Aumentar os índices de satisfação dos utilizadores;
- e) Aumentar os índices de satisfação dos profissionais;
- f) Obter ganhos em eficiência;

- g) Proceder à avaliação e medição dos resultados em termos de anos de vida ganhos, qualidade de vida e grau de satisfação dos utilizadores da rede.

A operacionalização destes objectivos far-se-á através da:

- 1) Adesão a um sistema formal de melhoria contínua da qualidade, que pressupõe:
 - a) Um envolvimento claro e inequívoco das lideranças institucionais e dos vários actores que directa ou indirectamente prestam cuidados;
 - b) O reconhecimento de que só ele proporciona a confiança de que o nível de qualidade que está a ser fornecido ao cliente é mantido e constantemente melhorado;
 - c) A utilização de instrumentos específicos dos quais se destacam as normas de programas de acreditação já testadas e em aplicação em Portugal ou noutros países;
 - d) O estabelecimento de um conjunto de critérios e padrões, previamente estabelecidos por organizações profissionais e de consumidores, com base nos quais se fará a pesquisa da conformidade do que é realizado em determinada instituição;
 - e) Os critérios deverão ter como características intrínsecas a aceitabilidade, a mensurabilidade e a atingibilidade e serem susceptíveis de concretização quantificável, a fim de garantirem uma aplicação consensualmente aceite por todos os operadores da rede;

2) Constituição de equipas multidisciplinares responsáveis por:

- a) A nível do processo e na vertente da prestação técnica, desenvolver e implementar protocolos clínicos na área oncológica, suficientemente validados em todas as instituições pertencentes à rede;
- b) A nível do processo mas na vertente organizacional, listar as principais fontes de informação a implementar e imprescindíveis a uma célere e fiável circulação da informação, elaborar o processo clínico «tipo», definir o percurso do doente oncológico de acordo com o princípio da referenciação e definir uma estrutura de responsabilidades e competências aos vários níveis da prestação de cuidados que se constituam como uma rede de referência oncológica nacional;
- c) Ao nível da estrutura, elaborar uma carta de equipamentos e sua localização geográfica e institucional, pertinentes para a rede, por região de saúde e sua revisão sistemática, com vista à optimização dos recursos existentes;
- d) Finalmente, ao nível dos resultados, constituir um observatório para a monitorização dos níveis de qualidade estabelecidos pelos padrões e critérios adoptados.

Oncologia



Saúde XXI

Programa Operacional Saúde



União Europeia



Ministério da Saúde