

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Plano Estadual de Atenção Oncológica

Rio de Janeiro
MAIO/2017

Governador

Luiz Fernando Pezão

Vice-governador

Francisco Oswaldo Neves Dornelles

Secretário de Estado de Saúde

Luiz Antônio de Souza Teixeira Júnior

Subsecretária Geral

Hellen Harumi Myamoto

Subsecretária de Administração e Logística

Rachel Rivello Elmôr

Subsecretário de Vigilância em Saúde

Alexandre Otavio Chieppe

Subsecretário de Unidades de Saúde

Charbel Khouri Duarte

Subsecretário do Fundo Estadual de Saúde

Alex Pain Dias Pintombeira



**SECRETARIA DE
SAÚDE**

Subsecretário Jurídico

Rafael Lima Daudt D'Oliveira

Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais

Mary Virginia Northrup

Assessoria

Assessoria

Superintendência de Educação em Saúde

Adriana Maiarotti

Superintendente de Atenção Básica

Thaís Severino da Silva

Superintendente de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Anderson Lourenço Silva

Superintendente de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

Tatiana de Matos Bozza

Superintendente de Regulação

Kitty Crawford

Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

Mario Sergio Ribeiro



**SECRETARIA DE
SAÚDE**

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS: SUBSÍDIOS PARA O PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	9
1.1.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER E A SITUAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	12
2 EIXOS PRIORITÁRIOS DO CUIDADO DA PESSOA COM CÂNCER NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	23
2.1 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE.....	23
2.1.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO AO CÂNCER	23
2.1.2 TERRITORIALIZAÇÃO E DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE	24
2.1.3 EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO AO CÂNCER.....	24
2.2 ASSISTÊNCIA.....	26
2.2.1. DETECÇÃO PRECOCE / DIAGNÓSTICO.....	26
2.2.1.1 Capacidade instalada na Atenção Básica	26
2.2.1.2 Detecção precoce	34
2.2.1.2.1 Rastreamento	35
2.2.1.2.2 Diagnóstico Precoce	36
2.2.2 ATENÇÃO BÁSICA E O ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE E SUA FAMÍLIA DURANTE O TRATAMENTO E REABILITAÇÃO	40
2.2.3 ATENÇÃO ESPECIALIZADA	42
2.2.3.1 Média Complexidade Ambulatorial.....	45
2.2.3.2 Diagnóstico em oncologia	45
2.2.3.2.1 CÂNCER DE MAMA.....	48
2.2.3.2.2 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	50
2.2.3.2.3 CÂNCER DE PRÓSTATA	52

2.2.3.2.4 CÂNCER DE ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO / COLÓN E RETO	53
2.2.3.2.5 CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO	55
2.2.3.2.6 CÂNCER DE PULMÃO	57
2.2.3.2.7 Exames Anatomopatológicos para congelamento / parafina por peça cirúrgica ou por biopsia de colo uterino e mama	58
2.2.3.3 Projetos de Centros de Diagnóstico em Oncologia	61
2.2.3.4 Alta Complexidade	63
2.2.3.4.1 Unidades de referência de alta complexidade	63
2.2.3.4.1.1 Região Metropolitana I	67
2.2.3.4.1.2 Região da Baía da Ilha Grande	69
2.2.3.4.1.3 Região Metropolitana II	69
2.2.3.4.1.4 Região da Baixada Litorânea	71
2.2.3.4.1.5 Região Centro Sul	71
2.2.3.4.1.6 Região do Médio Paraíba	72
2.2.3.4.1.7 Região Noroeste	73
2.2.3.4.1.8 Região Norte	74
2.2.3.4.1.9 Região Serrana	75
2.2.3.4.2 Parâmetros para avaliação da necessidade de serviços de alta complexidade	76
2.2.3.5 Câncer Infantil	85
2.2.3.6 Urgência e Emergência	86
2.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	87
2.4 CUIDADOS PALIATIVOS	89
2.4.1 CUIDADOS PALIATIVOS E O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA	90
2.5 EDUCAÇÃO	91
2.6 SISTEMAS LOGÍSTICOS	95
2.6.1 REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER (RHC)	96
2.6.2 REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL (RCBP)	98
2.6.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER – SISCAN	98
2.7 REGULAÇÃO	100
2.7.1 REGULAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA	100
<u>3. CRONOGRAMA, INDICADORES, METAS E PRAZOS</u>	<u>103</u>
<u>4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</u>	<u>116</u>

REFERÊNCIAS.....	118
-------------------------	------------

APRESENTAÇÃO

A relevância dos problemas relacionados com o câncer no Estado do Rio de Janeiro foi postulada como prioridade da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), em 2012. Por meio da parceria com a Fundação do Câncer foi definido um programa de trabalho para a formulação do Plano Estadual de Atenção Oncológica, cuja primeira versão foi publicada em 2013. Essas definições antecederam a promulgação da Lei 12.732, de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada e estabelece o prazo de 60 dias para seu início.

O Plano Estadual de Atenção Oncológica vem sendo revisitado regularmente, de modo a acompanhar as possíveis mudanças na situação do câncer enquanto problema de saúde pública, bem como de seu controle no Brasil, particularmente no Estado do Rio de Janeiro. Apresentamos aqui a versão mais recente do Plano, que tem como objetivo instrumentalizar o planejamento e a programação de ações e serviços necessários ao cuidado coordenado e integral em oncologia nas regiões de saúde que compõem o Estado do Rio.

Esta versão representa o esforço coletivo das áreas técnicas da SES-RJ e dos municípios/regiões de saúde, por meio das diversas contribuições que foram aportadas durante o processo de sua elaboração. Contou também com importante contribuição do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ).

O Plano é o instrumento balizador do planejamento da atenção oncológica nos próximos cinco anos, no Estado do Rio de Janeiro, de acordo com os eixos, objetivos estratégicos, ações e metas prioritárias definidas.

1 INTRODUÇÃO

Nas ultimas décadas, o Estado do Rio de Janeiro vem experimentando as mudanças no perfil demográfico de sua população, relacionadas ao acelerado processo de envelhecimento proporcionado pelo aumento da expectativa de vida dos brasileiros.

Associadas às mudanças na pirâmide etária estão às mudanças no perfil epidemiológico, como a redução da mortalidade por doenças transmissíveis e por causas materno-infantis. Entretanto, como corolário dos efeitos positivos destas transições, foi verificado o aumento do peso das doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais, o **câncer**, na carga de enfermidade, tendência já verificada nos países desenvolvidos.

Tal cenário requer maiores esforços dos gestores do Sistema Único de Saúde – SUS, para o enfrentamento desses problemas de grande magnitude, ao lado daqueles que persistem e estão associados, principalmente, às condições materiais de vida de parcelas consideráveis da população. Devemos lembrar que as condições de vulnerabilidade social não podem ser dissociadas do processo saúde-doença e suas determinações. O Estado do Rio, apesar de estar localizado numa das regiões mais ricas do país, ainda apresenta índices preocupantes de desigualdade em seu território, que repercutem sobre o estado de saúde de seus habitantes, bem como sobre o acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Cumprе destacar que, no contexto de transição epidemiológica, sobretudo considerando a prevalência das condições crônicas, o desenvolvimento de modelos organizativos de serviços assistenciais deve promover maior integração de cuidados, com ênfase sobre o paciente e seu percurso no sistema de saúde e no *continuum* assistencial. Em tal perspectiva, as fronteiras entre instituições prestadoras de serviços devem dar lugar à integração da atividade assistencial, por meio da articulação dos dispositivos presentes em dado território, sob uma gestão baseada no trabalho de equipe, com atribuições e responsabilidades compartilhadas. O hospital precisa ter o seu papel reavaliado na rede sanitária, pois ainda está focado nos quadros agudos e nas respostas episódicas, em detrimento de concepções mais colaborativas, estruturadas em linhas e redes de atenção.

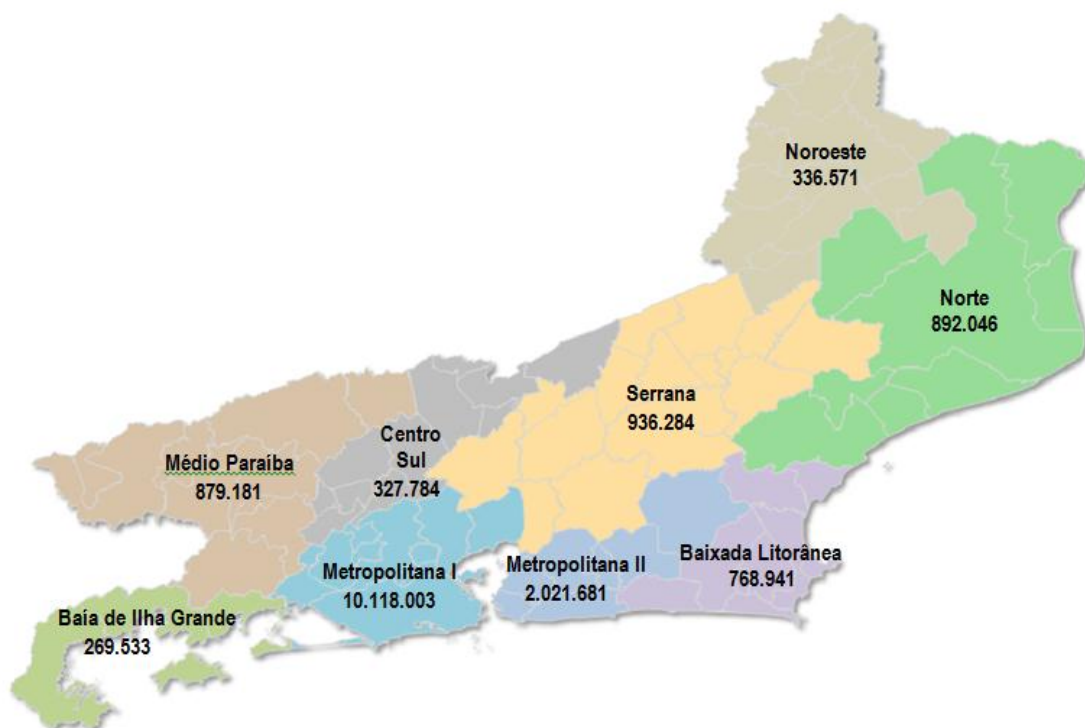
Em que pese, portanto, a necessidade de adequar a oferta de serviços onde ainda é verificada a sua insuficiência, mudanças organizacionais são imperativas, se almejamos melhorar a eficiência e a qualidade da atenção à saúde.

A assistência oncológica nos impõe estes desafios, diante das necessidades ocasionadas pela demanda crescente de pacientes com doenças neoplásicas no estado, como demonstram os dados demográficos e epidemiológicos a seguir.

1.1 Aspectos demográficos e epidemiológicos: subsídios para o planejamento da atenção oncológica no Estado do Rio de Janeiro

Embora o Rio de Janeiro seja uma das menores Unidades da Federação, com área total de 43.864,31 km², é a terceira mais populosa do país e está politicamente dividido em 92 municípios, oito regiões administrativas e nove regiões de saúde. A estimativa da população estadual para o ano de 2015 foi de 16.550.024 habitantes, a maior parte concentrada nas Regiões de Saúde Metropolitanas I e II (73,4%).

Figura 1: Mapa do Estado do Rio de Janeiro com as regiões de saúde e as respectivas populações, 2015.

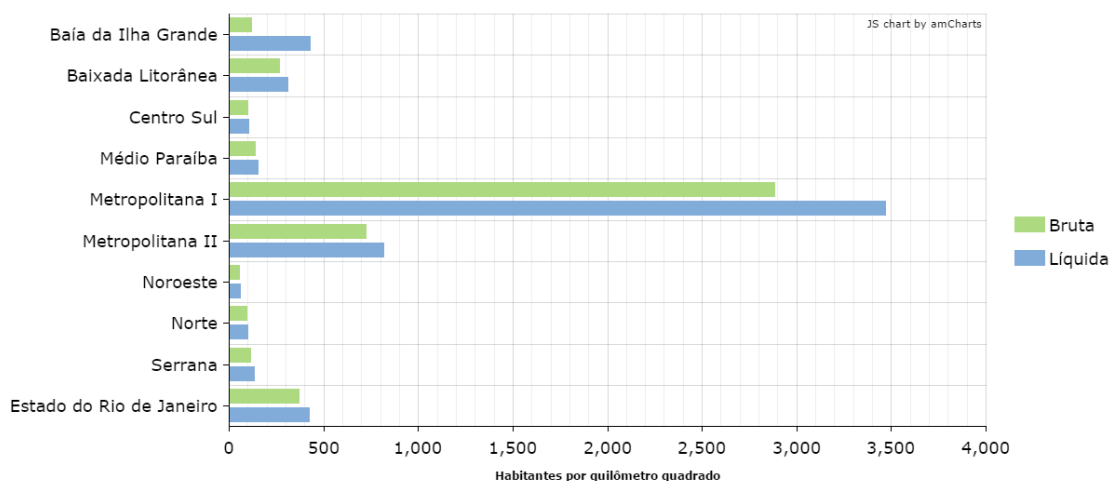


Fonte: IBGE

Do ponto de vista da ocupação do território, o estado apresenta variações importantes entre a área e a população de cada região, com uma densidade demográfica líquida que varia de 57 a mais de 3.000 habitantes por quilômetro quadrado, respectivamente, nas regiões

Noroeste e Metropolitana I, o que representa desafio importante para o planejamento de redes de atenção à saúde.

Gráfico 1 - Densidade demográfica bruta e líquida, segundo as regiões de saúde e o Estado do Rio de Janeiro (ERJ), 2012.

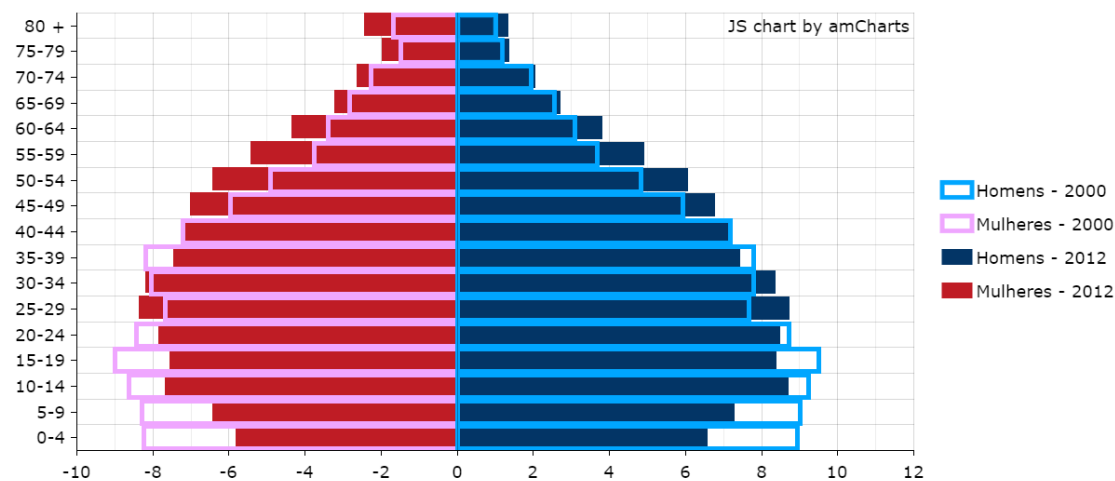


Fonte: SES/RJ – Retratos Municipais; IBGE, estimativas populacionais para 2012, com base no Censo Demográfico 2010; Fundação CIDE, 2001 – IQM Verde.

Nota: o cálculo da densidade demográfica líquida desconsidera as áreas de formações florestais, afloramentos rochosos e campos de altitude, bem como corpos d'água.

Comparando-se a estrutura etária do estado do Rio de Janeiro entre os anos 2000 e 2012, ficam evidentes os efeitos da queda da fecundidade, do aumento da expectativa de vida – especialmente feminina – e da inércia demográfica. A base da pirâmide já se mostra bastante estreita, com alargamento do topo, característica de populações já muito amadurecidas.

Gráfico 2 - Estrutura etária da população residente no ERJ, 2000 e 2012

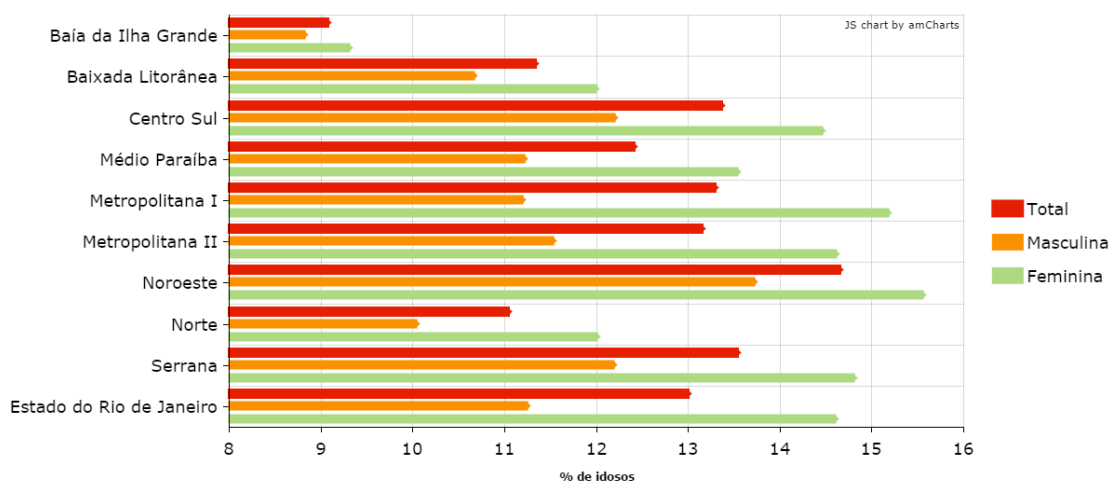


Fonte: IBGE, Microdados da Amostra do Censo Demográfico 2000 e estimativas populacionais para 2012, com base na Amostra do Censo Demográfico 2010.

O padrão etário da fecundidade mudou sensivelmente entre 2000 e 2012, com o aumento da concentração dos nascimentos entre os 20-29 anos e seu nível caiu de forma expressiva. As taxas de fecundidade calculadas para o Estado do Rio, em que pesem eventuais subdeclarações de nascimentos, são de fato baixas e há mais de uma década não alcançam o nível mínimo para reposição da população (2,1 filhos por mulher).

A proporção de idosos varia pouco entre as regiões, com exceção da Baía da Ilha Grande, aonde não chega a 10% do total da população.

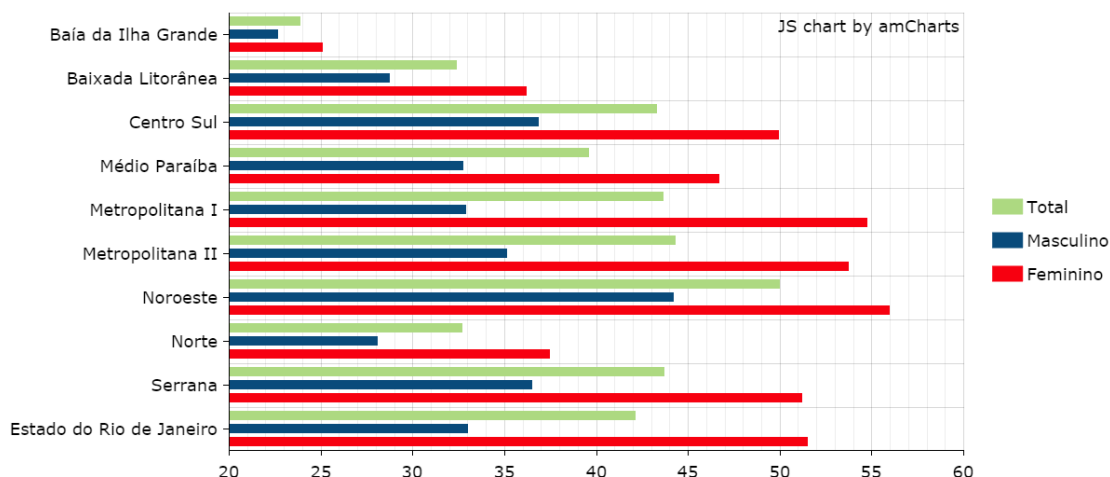
Gráfico 3 - Proporção de idosos, segundo as regiões de saúde e o Estado do Rio de Janeiro, 2012.



Fonte: SES/RJ – Retratos Municipais; IBGE, estimativas populacionais para 2012 com base no Censo Demográfico 2010.

O índice de envelhecimento aumentou consideravelmente. As Regiões Metropolitana I e Noroeste são as que concentram o maior percentual de idosos no estado, seguidas pelas Regiões Centro Sul, Serrana e Metropolitana II.

Gráfico 4 - Índice de envelhecimento, segundo as regiões de saúde e o ERJ, 2012.



Fonte: SES/RJ – Retratos Municipais; IBGE, estimativas populacionais para 2012 com base no Censo Demográfico 2010.

A incidência do câncer cresce em ritmo que acompanha o envelhecimento populacional, decorrente do aumento da expectativa de vida.

1.1.1 Epidemiologia do câncer e a situação do Estado do Rio de Janeiro

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), “câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 (cem) doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo”.

Ainda segundo o INCA, as suas causas são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas. Hoje se reconhece que o aparecimento do câncer está diretamente vinculado a uma multiplicidade de causas, suficientes para constituírem uma causa necessária. Não há dúvida de que em vários tipos de câncer a susceptibilidade genética tem papel importante, mas é a interação entre esta susceptibilidade e os fatores ou as condições resultantes do modo de vida e do ambiente que

determina o risco do adoecimento por câncer. Dentre estes fatores estão tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, excesso de peso, consumo excessivo de álcool, exposição a radiações ionizantes e a agentes infecciosos específicos.

O envelhecimento provoca mudanças nas células, que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica em parte o porquê de o câncer ser mais frequente em idades mais elevadas.

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo, com base em estimativa mundial realizada em 2012 (*WHO/International Agency for Research on Cancer*, 2012), foram: pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências encontradas foram mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é esperado que em países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de novos casos estimados para 2025.

Para o INCA, é possível observar a existência de um perfil da magnitude de determinados tipos de câncer em países em desenvolvimento que se assemelha ao perfil em países desenvolvidos, principalmente com relação aos cânceres de próstata, mama e intestino; entretanto, ainda persistem os cânceres relacionados com condições socioeconômicas menos favoráveis, como o do colo do útero e o do estômago.

No Brasil, a vigilância do câncer vem sendo feita com base nos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), em conjunto com os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Acompanhando os dados de morbimortalidade pela doença, desde 1995 o INCA estima e publica anualmente a incidência de câncer para o país, levando em conta os tipos específicos e desagregando os dados por estados e capitais.

Assim, a estimativa para o Brasil, no biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer. O perfil epidemiológico observado assemelha-se ao da América Latina e do Caribe, onde os cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) em mulheres serão os mais frequentes. Sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes em homens serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade

oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figurarão entre os principais.

No Estado do Rio e capital, a incidência esperada para 2016, segundo sexo e localização primária do câncer apresentada pelo INCA na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1- Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*, Rio de Janeiro e capital

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	5.970	74,50	2.790	89,84	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	8.020	91,25	3.980	112,75
Colo do Útero	-	-	-	-	1.490	16,90	550	15,50
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.780	22,19	850	27,36	1.140	12,96	580	16,54
Cólon e Reto	2.260	28,15	1.230	39,54	2.400	27,33	1.350	38,31
Estômago	1.060	13,21	390	12,53	720	8,17	330	9,44
Cavidade Oral	1.430	17,80	490	15,88	550	6,32	260	7,30
Laringe	550	6,87	230	7,28	80	0,87	40	1,03
Bexiga	930	11,64	470	15,23	310	3,53	160	4,63
Esôfago	600	7,49	190	6,20	250	2,88	90	2,58
Ovário	-	-	-	-	680	7,73	380	10,80
Linfoma de Hodgkin	70	0,88	20	0,64	100	1,14	50	1,47
Linfoma não Hodgkin	510	6,41	250	7,96	580	6,57	310	8,75
Glândula Tireoide	40	0,45	20	0,55	670	7,64	350	9,89
Sistema Nervoso Central	410	5,06	170	5,33	440	5,02	190	5,28
Leucemias	510	6,42	210	6,62	410	4,62	140	3,88
Corpo do Útero	-	-	-	-	1.070	12,16	590	16,72
Pele Melanoma	200	2,55	110	3,46	170	1,95	90	2,50
Outras Localizações	4.130	51,50	1.870	60,25	4.910	55,91	2.270	64,18
Subtotal	20.450	255,18	9.290	298,66	23.990	272,92	11.710	331,56
Pele não Melanoma	9.970	124,35	4.960	159,42	14.550	165,56	7.100	201,19
Todas as Neoplasias	30.420	379,59	14.250	458,12	38.540	438,44	18.810	532,59

* Números arredondados para múltiplos de 10

Fonte: INCA, 2016.

O Estado do Rio ainda não conta com o RCBP implantado e o RHC precisa ser reestruturado. Para ambas as fontes de registro e informação há metas previstas neste Plano.

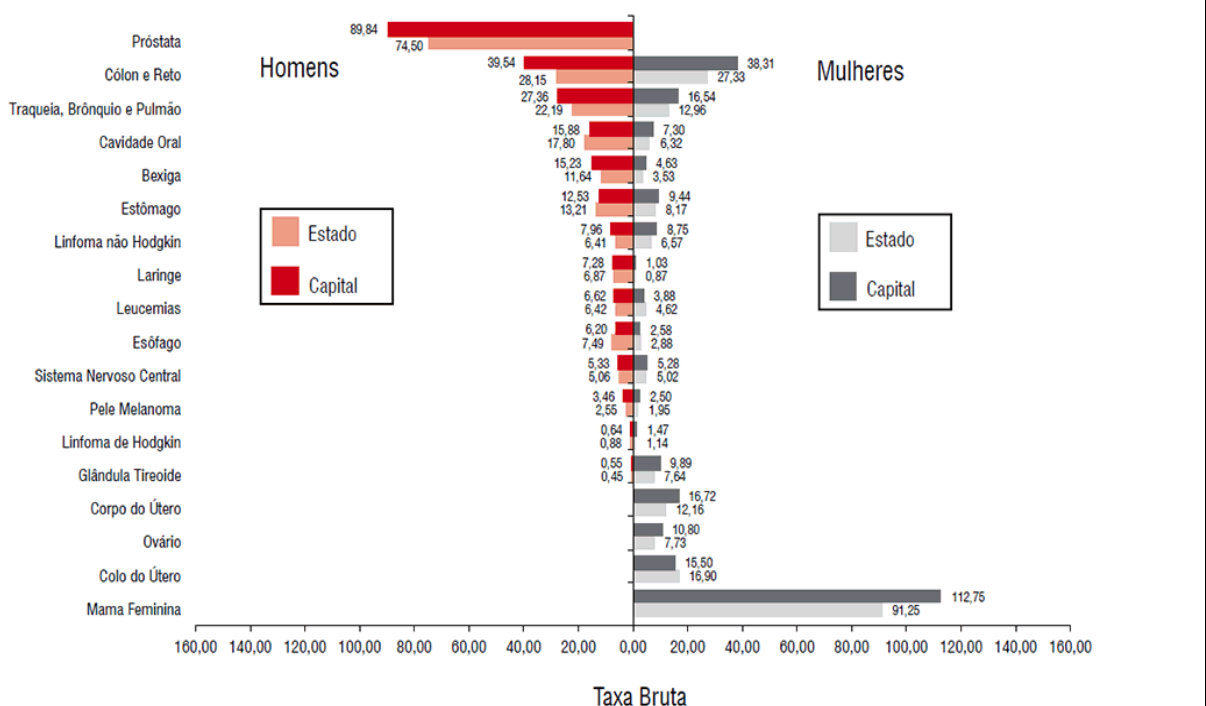
Para o estado, as informações utilizadas no presente documento tiveram como fonte, além das estimativas do INCA, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), cuja base estadual é mais atualizada do que aquela disponibilizada pelo DATASUS.

Cumprir destacar que a opção metodológica adotada para seleção, organização e apresentação dos dados de mortalidade foi orientada pela versão do Plano de Atenção

Oncológica para o ano de 2013, nos moldes definidos pela Fundação do Câncer naquele documento, sendo feita apenas a atualização das informações, bem como das respectivas análises.

Assim, em relação à estimativa de casos novos de câncer no Estado do Rio e capital, o gráfico apresentado na Figura 2 mostra as taxas brutas estimadas de incidência dos principais tipos de câncer, por sexo, para o ano de 2016. No estado, para o sexo masculino, as incidências de câncer encontradas foram: de próstata, 74,50 casos por 100.000 habitantes; de cólon e reto, 28,15 casos por 100.000; de pulmão, 22,19 casos por 100.000; da cavidade oral, 17,80 casos por 100.000; e de estômago, 13,21 casos por 100.000 habitantes. Entre as mulheres, as estimativas de casos novos consistiram em: câncer de mama, 91,25 casos por 100.000 habitantes; do colo do útero, 16,90 casos por 100.000; da tireoide, 7,64 casos por 100.000; de pulmão, 12,96 casos por 100.000; da cavidade oral, 6,32 casos por 100.000, e estômago, 8,7 casos por 100.000 habitantes.

Figura 2- Taxas brutas de incidência estimadas para 2016 por sexo, segundo Estado e capital*

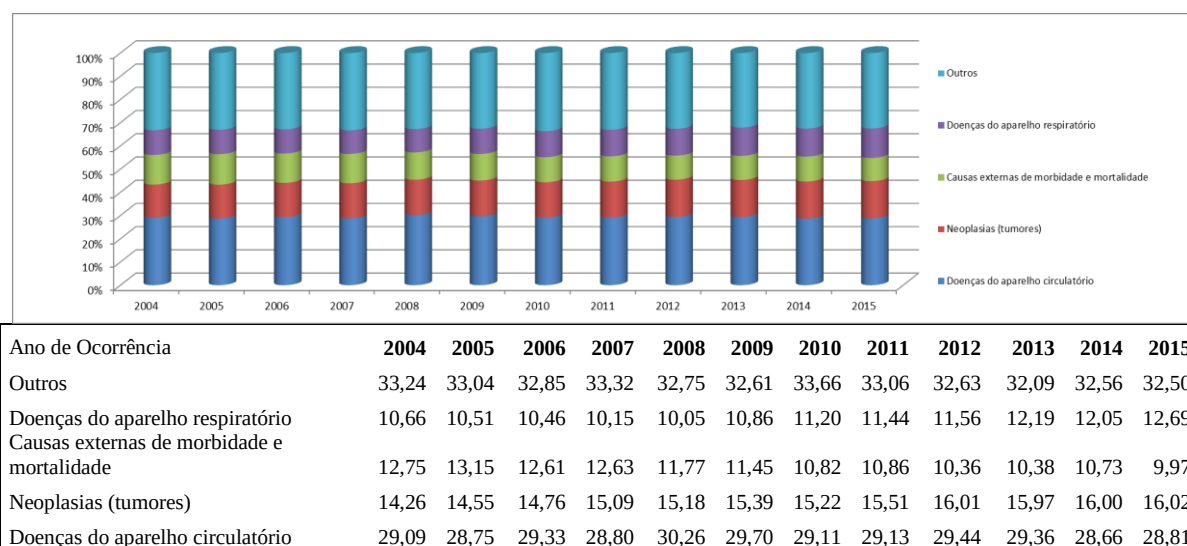


Fonte: INCA, 2016.

Com relação à mortalidade, no Estado do Rio de Janeiro, em 2015, em torno de 20.775 pessoas morreram em decorrência do câncer, como revelam os dados apresentados na Figura 3 (dados sujeitos à revisão). Trata-se da segunda causa de óbitos no estado, responsável por

16.02% do total de mortes, ficando atrás apenas das causadas pelo aparelho cardiocirculatório. Esse padrão vem se mantendo na última década, como pode ser observado na mesma Figura.

Figura 3- Distribuição proporcional dos óbitos por principais tipos de causas, ERJ, 2004-2015.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/SES RJ.

Na Tabela 2 é apresentado o número total de óbitos por câncer, por região de saúde. Observa-se tendência de crescimento em todas as regiões, chamando a atenção para a necessidade do estabelecimento de diretrizes para o enfrentamento da doença oncológica em todas as suas vertentes, nos municípios/regiões: prevenção, promoção, rastreamento, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos, além do estabelecimento e aprimoramento dos fluxos inter-regionais para atender as necessidades assistenciais de usuários e familiares.

Tabela 2 -Número de óbitos por câncer segundo região de saúde, ERJ, 2004 a 2015.

NÚMERO DE ÓBITOS POR CÂNCER SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2004 A 2015

Região	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Baía da Ilha Grande	146	144	164	188	162	191	204	202	243	216	232	238
Baixada Litorânea	466	419	494	532	558	589	608	712	681	768	754	835
Centro-Sul	317	282	285	352	369	365	401	355	381	377	451	407
Médio Paraíba	879	817	824	924	982	1.017	958	1.059	1.107	1.153	1.136	1.157
Metropolitana I	2.898	2.894	3.115	3.073	3.283	3.254	3.306	3.529	3.560	3.721	3.605	3.572
RJ (Capital)	7.973	7.877	8.165	8.471	8.567	8.832	8.945	9.016	9.140	9.246	9.314	9.379
Metropolitana II	1.879	1.968	2.067	2.185	2.126	2.266	2.335	2.329	2.382	2.425	2.528	2.517
Noroeste	381	361	366	387	410	386	413	358	462	452	445	444
Norte	621	671	711	691	778	745	789	823	814	895	917	978
Serrana	1.001	1.044	1.049	1.091	1.112	1.129	1.188	1.116	1.187	1.237	1.277	1.248
Ób. Por Câncer ERJ	16.561	16.477	17.240	17.894	18.347	18.774	19.147	19.499	19.957	20.490	20.659	20.775
Total Geral de Ob. ERJ	117.538	114.394	118.423	120.217	122.534	123.890	127.536	127.315	126.271	130.057	131.031	131.630

Fontes:

1996 a 2010: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade

2011 a 2015: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade

Notas:

Dados de 2014 a 2015 são preliminares, ocorridos até 29/02/2016 e registrados na base estadual até 20/05/2016, sujeitos a

retificação e recebimento de novas informações de óbitos, inclusive ocorridos em outros estados, de residentes no Rio de Janeiro.

A partir de 2011, pode haver pequenas diferenças entre as informações aqui apresentadas e as obtidas a partir da base nacional.

Isto se deve a retificações e inclusões na base estadual, efetuadas posteriormente ao fechamento da base nacional.

A distribuição dos óbitos por topografia ou tipo de câncer, no período de 2004 a 2015, é apresentada na Tabela 3. Observa-se na distribuição dos óbitos por região (Tabela 2), assim como por tipos, que as séries históricas são bem estáveis, mantendo em ordem decrescente as seguintes localizações: pulmão, cólon e reto, mama, próstata, estômago, esôfago, colo do útero e boca. Destaca-se a tendência de crescimento da maioria, com aparente estabilização do câncer de estômago e colo do útero.

Tabela 3 -Distribuição de óbitos por neoplasia maligna segundo topografia, ERJ, 2004 a 2015.

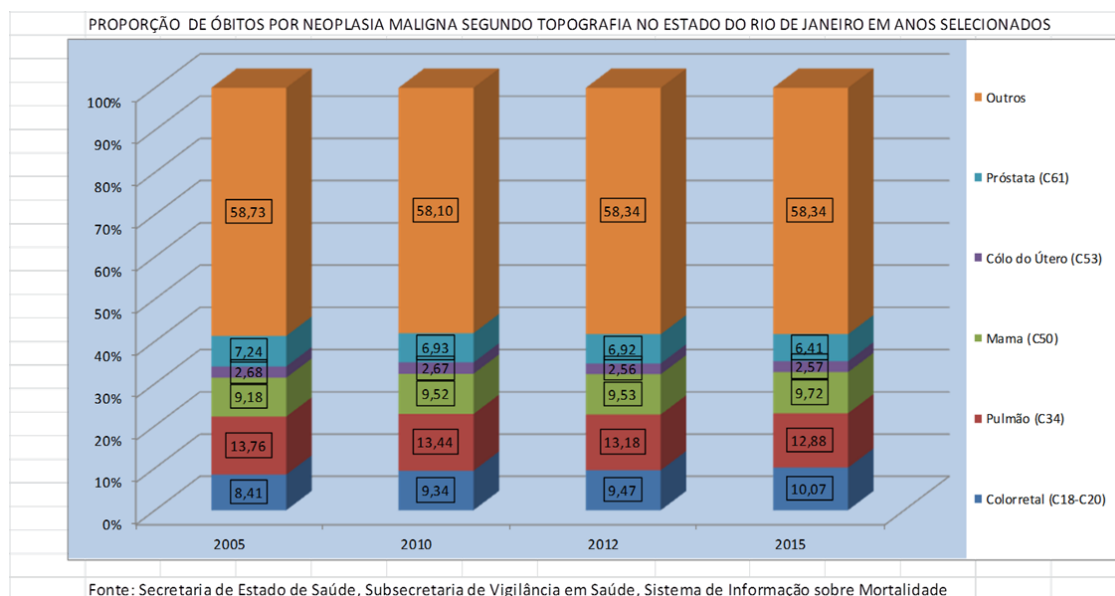
DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS POR NEOPLASIA MALIGNA SEGUNDO TOPOGRAFIA - 2004- 2015												
Topografia	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Boca (C00-C06)	258	290	294	353	339	324	295	361	315	339	321	392
Esôfago (C15)	593	609	670	612	613	677	678	659	645	661	659	681
Estômago (C16)	1.256	1.285	1.291	1.341	1.278	1.336	1.282	1.257	1.314	1.364	1.314	1.261
Colonretal (C18-C20)	1.374	1.387	1.459	1.502	1.613	1.722	1.791	1.783	1.891	2.007	2.159	2.094
Pulmões (C34)	2.364	2.268	2.295	2.389	2.466	2.479	2.576	2.509	2.634	2.694	2.649	2.678
Mama (C50)	1.535	1.514	1.598	1.751	1.807	1.842	1.825	1.802	1.903	1.922	2.016	2.022
Cólo do Útero (C51)	537	441	478	506	527	510	512	596	511	518	510	535
Próstata (C61)	1.153	1.193	1.201	1.298	1.394	1.278	1.329	1.328	1.383	1.456	1.344	1.333
Outros	7.531	7.498	7.993	8.182	8.340	8.679	8.885	9.230	9.382	9.547	9.702	9.799
Total de óbitos	16.601	16.485	17.279	17.934	18.377	18.847	19.173	19.525	19.978	20.508	20.674	20.795

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SES/RJ

Nota: pequenas diferenças na totalização dos casos ocorreram devido aos filtros aplicados sobre as bases de dados em análise.

Os dados da Figura 4 representam a distribuição dos óbitos por neoplasias malignas, segundo topografia, no Estado do Rio, em anos selecionados (2005, 2010, 2012 e 2015). Esta descrição propicia uma avaliação em período mais longo e pode contribuir para estudos futuros de tendências da mortalidade por câncer na população do estado.

Figura 4 -Proporção de óbitos por neoplasia maligna segundo topografia no Estado do Rio de Janeiro em anos selecionados.



A Tabela 4 detalha a distribuição do número de óbitos por neoplasia segundo topografias mais frequentes e sexo, em anos selecionados (2005, 2010, 2012 e 2015). Essa Tabela foi atualizada em relação à versão do Plano de 2013 com número de casos até 2015, com vistas a uma verificação da evolução dos óbitos por sexo e topografia, embora os dados da população estratificada por faixa etária e sexo não sejam recomendados pelo IBGE a partir de 2012, tendo em vista o tempo decorrido desde o último Censo.

Tabela 4 -Número de casos de neoplasia maligna segundo topografia e sexo.

NÚMERO DE CASOS DE NEOPLASIA MALIGNA SEGUNDO TOPOGRAFIA E SEXO

Topografia	Sexo	2005	2010	2012	2015
Boca (C00-C06)	Masculino	230	223	238	298
	Feminino	60	72	77	94
Esôfago (C15)	Masculino	473	521	482	524
	Feminino	136	157	162	157
Estômago (C16)	Masculino	790	779	786	769
	Feminino	495	503	528	492
Colorretal (C18-C20)	Masculino	615	854	881	989
	Feminino	772	937	1.010	1.105
Pulmão (C34)	Masculino	1.475	1.580	1.583	1.507
	Feminino	793	996	1.051	1.171
Mama (C50)	Feminino	1.506	1.802	1.880	1.994
Colo do Útero (C53)	Feminino	441	512	511	535
Próstata (C61)	Masculino	1.193	1.329	1.383	1.332
Outras Neoplasias	Masculino	3.662	4.476	4.587	4.838
	Feminino	3.833	4.408	4.795	4.961
Todas as Neoplasias)	Masculino	8.446	9.785	9.963	10.284
	Feminino	8.036	9.387	10.014	10.510

Fontes:

1996 a 2010: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade

2011 a 2015: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade

Notas:

Dados de 2014 a 2015 são preliminares, ocorridos até 29/02/2016 e registrados na base estadual até 20/05/2016, sujeitos a

retificação e recebimento de novas informações de óbitos, inclusive ocorridos em outros estados, de residentes no Rio de Janeiro.

A partir de 2011, pode haver pequenas diferenças entre as informações aqui apresentadas e as obtidas a partir da base nacional.

Isto se deve a retificações e inclusões na base estadual, efetuadas posteriormente ao fechamento da base nacional.

Já a taxa média de mortalidade por neoplasia maligna no Estado do Rio, no período observado de 10 anos (2001 a 2010), foi de 107,4 casos para cada 100.000 habitantes. Os

dados informam que os homens morrem mais por câncer do que as mulheres, com taxas de 131,1 e 91,0, respectivamente.

Cumprir destacar que os registros de óbitos por doenças não transmissíveis, dentre elas o câncer, revelam a ocorrência de mortes prematuras. Estas doenças apresentam curso silencioso e multicausal, mas são passíveis de controle no âmbito da Atenção Básica. Algumas delas, como o câncer, quando diagnosticadas precocemente, frequentemente têm maiores chances de cura. Esse desfecho para o óbito, em indivíduos economicamente ativos, revela que se faz necessário envidar ainda mais esforços para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, bem como aprimorar as estratégias de enfrentamento das condições crônicas, sobretudo nas faixas etárias mais jovens.

Estas recomendações são ainda mais relevantes quando se leva em conta a tendência da mortalidade por este grupo de doenças nas unidades federadas brasileiras, conforme estudo recente sobre o tema (Alves e Moraes Neto, 2015). O cenário projetado para os próximos anos é preocupante, pois, para as neoplasias e diabetes, todos os estados apresentaram cenários desfavoráveis para o cumprimento das metas do Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT.

Em relação à população mais jovem, a faixa etária de 0 a 19 anos foi considerada para análise do câncer infanto-juvenil ou pediátrico, cujo número de casos é responsável por 4% dos óbitos no Estado do Rio.

Contudo, é preciso considerar que, nessa faixa, as causas externas e perinatais são significativamente importantes no perfil da mortalidade. As causas perinatais representam 27%; causas externas: 24%; malformações congênitas: 12%; aparelho respiratório: 7% e DIP: 5%. Observa-se que ainda há um longo trabalho a ser feito para que seja atingido o patamar de países desenvolvidos.

Considerando a ampla margem existente em nosso estado para melhorias no campo da atenção oncológica junto a essa população específica, tanto para diagnóstico precoce quanto para tratamento, a SES RJ tem trabalhado em parceria com Organizações Não Governamentais, a exemplo do Instituto Desiderata e da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia-ABRALE, de modo a promover sinergia entre as ações para o incremento na agilidade e efetividade de iniciativas como a “Unidos pela Cura”.

São apresentados na Tabela 5 os dados referentes à distribuição dos casos de neoplasias malignas de crianças e adolescentes até 19 anos, ao longo do período de 2003 a 2015. É estratégico acompanhar o comportamento do câncer na infância e adolescência para planejar e implantar medidas de prevenção e promoção da saúde, capacitar profissionais de

saúde da Atenção Básica para o diagnóstico precoce, o acesso mais rápido ao tratamento mais eficaz, considerando que tais medidas interferem nas chances de cura dos casos, melhorando a sobrevida.

Tabela 5 - Distribuição dos óbitos por neoplasia, segundo topografia mais frequente, no grupo infanto-juvenil (0-19 anos) no Estado do Rio de Janeiro – 2003 a 2015.

DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR NEOPLASIA, SEGUNDO TOPOGRAFIA MAIS FREQUENTE, NO GRUPO INFANTO-JUVENIL (0-19 ANOS)
ESTADO DO RIO DE JANEIRO - 2003 A 2015

Causa do óbito	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Neoplasia maligna do encefalo (CID - C71)	39	57	58	45	57	46	35	54	49	57	52	29	21
Leucemia linfóide (CID - C91)	41	42	40	42	40	46	35	34	32	50	38	24	32
Leucemia mieloide (CID - C92)	26	27	27	35	26	18	33	24	30	26	23	21	25
Neoplasia maligna ossos/cartil artic outr loc e NE (CID - C41)	18	14	14	16	10	11	15	8	15	7	13	11	9
Neoplasia maligna da glandula supra-renal (CID - C74)	14	12	12	11	12	3	10	13	10	13	15	20	10
Neoplasia maligna tec conjuntivo e outr tec moles (CID - C49)	6	10	10	7	5	10	10	10	8	5	10	10	5
Leucemia de tipo celular NE (CID - C95)	8	5	8	10	8	2	3	4	7	8	8	9	9
Linfoma nao-Hodgkin difuso (CID - C83)	10	5	3	10	10	5	5	3	12	6	6	6	7
Neoplasia maligna da medula esp nerv cran out sist nerv cen (CID - C72)	10	9	4	8	7	9	9	5	7	5	5	4	3
Neoplasia maligna do rim exceto pelve renal (CID - C64)	7	7	6	12	5	4	7	5	6	9	7	5	1
Outras Neoplasias	49	46	40	59	57	51	65	43	53	65	67	56	59
Total de Neoplasias	228	234	222	255	237	205	227	203	229	251	244	195	181

Fontes:

1996 a 2010: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade

2011 a 2015: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade

Notas:

Dados de 2014 a 2015 são preliminares, ocorridos até 29/02/2016 e registrados na base estadual até 20/05/2016, sujeitos a

retificação e recebimento de novas informações de óbitos, inclusive ocorridos em outros estados, de residentes no Rio de Janeiro.

A partir de 2011, pode haver pequenas diferenças entre as informações aqui apresentadas e as obtidas a partir da base nacional.

Isto se deve a retificações e inclusões na base estadual, efetuadas posteriormente ao fechamento da base nacional.

Os dados aqui apresentados têm por objetivo subsidiar as diretrizes da atenção oncológica no Estado do Rio de Janeiro. O câncer apresenta um intenso polimorfismo, cuja evolução sofre várias interferências ao longo de sua história. As intervenções realizadas pelos entes públicos devem se ancorar nas informações epidemiológicas, aliadas às tecnologias disponíveis e ao contexto socioeconômico de sua implementação, monitorando e avaliando a sua eficácia, eficiência e efetividade.

O indicador da taxa de mortalidade prematura por DCNT em indivíduos com 30 a 69 anos de idade, preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), a partir de 2013, tem metas pactuadas pelo estado e municípios fluminenses desde então, alinhados à meta global adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2011, que estabeleceu a redução desta taxa em 2% ao ano ou 25% até 2025. Este objetivo, ao lado dos objetivos de desenvolvimento sustentáveis propostos pelas Nações Unidas, teve a meta revista em 2015 e a OMS propõe a diminuição em um terço dos óbitos prematuros por doenças não transmissíveis, entre elas, o câncer, até 2030.

Isto implica no fortalecimento da capacidade dos entes federados para uma atuação conjunta e sinérgica nas ações de promoção da saúde, prevenção e controle de fatores de risco, detecção precoce/diagnóstico e tratamento oportuno, que minimizem o aparecimento deste grupo de doenças, reduzam os efeitos do adoecimento e evitem mortes.

2 EIXOS PRIORITÁRIOS DO CUIDADO DA PESSOA COM CÂNCER NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

2.1 Promoção e Prevenção da Saúde

2.1.1 Promoção da saúde e Prevenção ao Câncer

A redução da incidência do câncer no estado do Rio de Janeiro está diretamente associada às medidas de prevenção e de conscientização da população quanto aos fatores de risco de câncer. Já a redução da mortalidade depende da capacidade dos serviços em detectar o câncer o mais precocemente possível, e tratá-lo adequadamente. Estas duas ações, além de caracterizarem a indissolubilidade do binômio prevenção-assistência, preveem a aplicação dessas ações no âmbito do estado e de forma universal.

A Política Nacional de Promoção da Saúde preconiza atuação na perspectiva de promoção da qualidade de vida e ampliação das oportunidades para práticas saudáveis. Considerando que a qualidade de vida deve permear a população em toda a sua trajetória ao longo da linha de cuidado do câncer, torna-se fundamental a integração das ações da Vigilância em Saúde e da Atenção à Saúde nessa perspectiva.

Além das tendências de mudança observadas nos hábitos de vida da população, fatores como o aumento da expectativa de vida, a industrialização, a urbanização e os avanços tecnológicos observados na área da saúde estão diretamente relacionados ao aumento do risco de desenvolvimento de câncer. O enfrentamento da determinação social do câncer impõe-se assim como grande desafio às políticas públicas no campo da promoção e prevenção do câncer.

É preciso que ações sejam direcionadas tanto à população em geral entre a qual muitos cânceres podem ser evitados, como também à população que já os enfrenta, na perspectiva de alcançar tratamento e cura. “A promoção da qualidade de vida se estende também às pessoas que enfrentam tumores mais letais, onde há muito a ser feito a fim de oportunizar aos pacientes, seus familiares e cuidadores uma melhor qualidade de vida”.

A abordagem dos fatores de risco modificáveis para o câncer, como uso do tabaco e álcool, dieta inadequada, sedentarismo e obesidade, consistem em riscos comuns para outras doenças crônicas, como as doenças do aparelho circulatório, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Intervenções destinadas a reduzir os níveis de fatores de risco apontados certamente

não irão reduzir apenas a incidência de câncer, mas também a de outras condições que compartilham os mesmos riscos.

Desta forma, o Plano de Atenção Oncológica do ERJ deve promover a integração desses programas, aperfeiçoando a utilização dos recursos disponíveis.

2.1.2 Territorialização e determinantes sociais em saúde

O planejamento e processo de trabalho das equipes de Atenção Básica são fundamentados no reconhecimento do território ao qual está vinculada a população adscrita ao serviço. Dessa forma toda a assistência nesse nível de atenção, bem como a demanda para outros pontos da rede será mais bem adequada quando essa realidade for claramente reconhecida e definida, de forma que o planejamento de oferta de serviços assistenciais de maior complexidade deve ser baseado na necessidade real do território e não na capacidade instalada do município/região. Sendo assim, à equipe de Atenção Básica cabe o reconhecimento de condições relacionadas aos determinantes sociais em saúde e fatores de risco para o câncer, tais como, exposição a substâncias carcinogênicas no trabalho e na comunidade, tabagismo, alimentação, peso corporal, hábitos sexuais, consumo de bebidas alcoólicas, exposição solar, uso de medicamentos e exposição à radiação.

O levantamento da realidade populacional também possibilita o conhecimento sobre os grupos populacionais específicos que apresentam maior risco para diferentes tipos de câncer.

Além do levantamento de modos de vida e diagnóstico populacional, soma-se o reconhecimento do histórico de saúde e doença da comunidade e de cada família, o que se inicia no cadastro da população do território e é aprimorado à medida que se desenvolve o trabalho assistencial com usuários e famílias, o que ganha grande potência a partir do estabelecimento de vínculo e acompanhamento longitudinal.

2.1.3 Equipes de Atenção Básica e a promoção da saúde e prevenção ao câncer

A Equipe de Atenção Básica, por sua composição multiprofissional e sua forma transdisciplinar de desenvolver o trabalho, apresenta uma grande potência para ampliação da capacidade de intervir no processo de saúde-doença do território por meio de ações de

promoção da saúde. Essas ações envolvem tanto um olhar individual para o usuário, quanto um olhar sistêmico relacionado ao contexto em que ele se encontra que seja promotor ou não de saúde. A ampliação das estratégias de promoção da saúde e prevenção, por meio da mobilização coletiva e de ações comunitárias efetivas, é fundamental para a promoção de mudanças nos condicionantes sociais da saúde. (TEIXEIRA, 2014)

Ações que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, com ampliação do acesso da população à informação, de forma clara e culturalmente adequada à realidade da comunidade, são fundamentais para a melhoria da saúde da população e o controle de doenças e agravos como o câncer. Nesse sentido, cabe à equipe de saúde estimular o desenvolvimento de hábitos saudáveis, bem como debater sobre o acesso e possibilidades de escolha para uma vida mais saudável. Essas ações podem ser relacionadas à saúde bucal, alimentação saudável para todos os ciclos de vida, Envelhecimento Saudável e Ativo, estímulo à amamentação e à criação de hortas comunitárias, dentre outras. Estas ações, quando desenvolvidas na comunidade de forma a promover a intergeracionalidade, ganham importante potência para promoção de ambientes mais saudáveis.

Aqui é importante considerar todo o espectro da promoção da saúde, tendo em vista que ela não se aplica somente na ausência da doença. A equipe de profissionais de saúde deve, a todo o momento pensar em quais as possibilidades de promover saúde, inclusive para familiares e pacientes em cuidados paliativos.

A prevenção do câncer também deve ser considerada no contexto de outros programas de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, uma vez que importantes fatores de risco para o câncer, como uso do tabaco, dieta inadequada, sedentarismo e obesidade, consistem em riscos comuns para outras doenças crônicas. Intervenções destinadas a reduzir os níveis de fatores de risco apontados certamente não irão reduzir apenas a incidência de câncer, mas também a de outras condições que compartilham os mesmos riscos. Desta forma, a integração desses programas com o programa de controle do câncer possibilita um uso melhor dos recursos disponíveis.

Os esforços para prevenção do câncer devem, ainda, levar em consideração um processo sistemático de planejamento. A identificação e a compreensão de todo o volume de necessidades (físicas, psicológicas, financeiras) das pessoas expostas aos fatores de risco, bem como dos pacientes com a doença, as famílias e os cuidadores, constituem um aspecto importante para o planejamento dos serviços que devem ser oferecidos ou estar acessíveis para atender a essa demanda.

Algumas ações são de consenso mundial e devem ser ratificadas em todos os municípios fluminenses, tais como: a implementação das estratégias da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco; a prevenção ao uso de álcool; a prevenção da propagação de agentes sexualmente transmissíveis (como, HPV, HIV, Vírus Hepatite B e vírus HTLVI); a implementação de estratégias sobre alimentação saudável e atividade física; as vacinações contra a Hepatite B e o HPV; e a implantação de programas para controle e eliminação de carcinógenos ambientais e ocupacionais.

A OMS propôs como meta a redução das taxas de mortalidade por doenças crônicas globais por um adicional de 2% ao ano, projetadas para o período de 2006 a 2015. A conquista dessa meta representaria evitar cerca de 8 milhões de mortes por câncer ao longo da próxima década. O controle dos fatores de risco de câncer exercerá um papel importante na concretização deste objetivo.

De acordo com o INCA, a alimentação e a nutrição inadequados podem ser responsáveis por até 20% dos casos de câncer no país. Para a prevenção de sobrepeso e obesidade, é importante investimento em ações para manutenção do peso adequado, estímulo à redução do consumo de carnes vermelhas e alimentos embutidos e aumento no consumo de fibras alimentares.

Entende-se aqui, como potentes espaços para atuação, não somente as ações individuais e com as famílias, mas com os dispositivos e estabelecimentos disponíveis nos territórios, tais como escolas, creches, pré-escolas (Programa Saúde na Escola), Academias da Saúde, comércio e indústrias, dentre outras.

2.2 Assistência

2.2.1. Detecção Precoce / Diagnóstico

2.2.1.1 *Capacidade instalada na Atenção Básica*

A Atenção Básica apresenta um grande espectro de ações para a atenção oncológica. Estas ações abrangem o reconhecimento da realidade do território (envolvendo Determinantes Socioculturais em Saúde, fatores de risco para câncer e o histórico de agravos dos moradores daquela realidade); as ações de promoção da saúde, prevenção ao câncer, educação em saúde para o usuário e profissionais; o rastreamento de grupos alvo e cadastro dos usuários; a detecção precoce; o acompanhamento de pacientes e suas famílias durante o tratamento para o

câncer em outros serviços da rede assistencial, o acompanhamento pós-alta; os cuidados paliativos; e a assistência à morte.

Compreende-se que, como porta de entrada e gestora do cuidado no SUS, a Atenção Básica deve ser priorizada em termos de recursos para ampliação da capacidade de prevenção e controle do câncer. Entretanto, o câncer é uma doença tempo-dependente, e a organização das referências deve garantir a maior celeridade possível no trânsito do paciente pelos diversos níveis do sistema de saúde, desde a suspeita diagnóstica até sua confirmação e tratamento nos UNACON e CACON e demais unidades especializadas, cumprindo assim o prazo máximo de 60 dias, hoje previsto na Lei 12.732.

Nesse sentido, as ações para prevenção do câncer devem estar inscritas em um processo sistemático de planejamento das gestões municipais e das equipes de saúde, com definição das ações e cálculo de recursos necessários, elaboração de estratégias de captação da população alvo, capacitação dos profissionais, garantia de recursos físicos e materiais necessários para a realização das ações, garantia das referências para diagnóstico e tratamento, e a instituição de mecanismos de coordenação e comunicação que permitam o caminho dos pacientes ao longo da linha de cuidado para o controle da doença da forma mais rápida possível. Para assegurar que os recursos sejam utilizados da maneira mais eficaz, o monitoramento é essencial tanto para avaliação do impacto das intervenções em curso como para o planejamento do processo de melhoria.

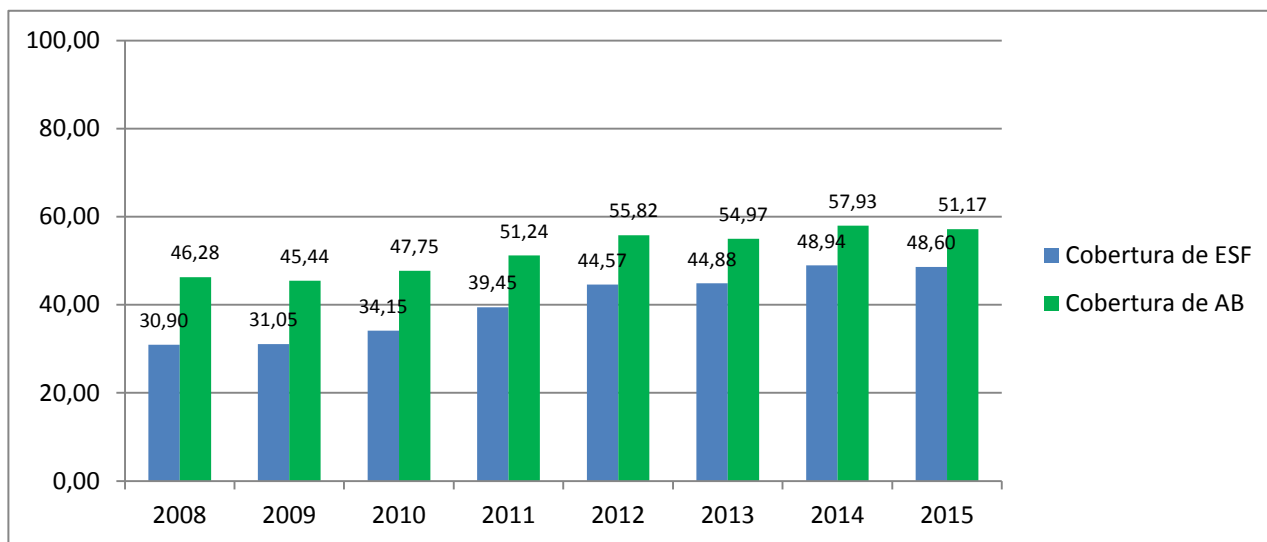
A Atenção Básica (AB) é caracterizada como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, sendo responsável por responder às demandas de maior prevalência e relevância de uma população. Preconiza-se que os serviços de Atenção Básica sejam o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Seu objetivo é ofertar atenção à saúde das pessoas, atuando também sobre os determinantes da situação de saúde e, para isso, deve ser desenvolvida com alto grau de descentralização nos territórios onde as pessoas vivem. Atualmente, a ESF é considerada como a principal orientação para organização da Atenção Básica no país, pois está baseada em princípios como adscrição da população em dado território, responsabilidade sanitária, vínculo entre profissionais de saúde e comunidade e o cuidado mais próximo dos determinantes e das condições de vida das pessoas.

No Brasil, o Ministério da Saúde definiu as diretrizes e os parâmetros para organização dos serviços de AB, bem como metas e indicadores de pactuação nacional. A “cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica” foi um indicador pactuado nacionalmente entre 2012 e 2015 e deve ser entendido como uma estimativa da

capacidade de ofertar cuidado na Atenção Básica para uma dada população. O indicador atualiza e incorpora o que tradicionalmente era pactuado como “Cobertura estimada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF)”, incluindo as horas médicas trabalhadas em unidades básicas de saúde que não seguem o modelo da ESF. O parâmetro considerado para este indicador é o de 3.000 pessoas para cada Equipe de Atenção Básica. Na definição de ambos os indicadores o termo “estimado” não pode ser negligenciado, uma vez que se trabalha com parâmetros e não com o número de pessoas, de fato, acompanhadas por uma equipe.

O gráfico 5 evidencia a contínua expansão da Atenção Básica no estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2008 e 2015. O patamar de 57,17% de cobertura alcançada ao final de 2015 revela ainda baixos níveis de população coberta. Observa-se que apenas no ano de 2011 foi alcançada a estimativa de 50% da população coberta por um serviço de Atenção Básica. Outra observação importante é a redução da diferença entre a cobertura de ESF em comparação com a de Atenção Básica, indicando a implantação de novas equipes de ESF em detrimento do investimento em equipes que não seguem esse modelo.

Gráfico 5 - Cobertura estimada por equipes de Atenção Básica e por equipes de Estratégia de Saúde da Família no estado do Rio de Janeiro (2008 – 2015)



Fontes: Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB – acesso em 09/09/2016.

A partir de 2016 a “cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica” não será mais um indicador pactuado nacionalmente. Isto causa preocupação no Estado do Rio de Janeiro, visto a importância de uma alta cobertura de Atenção Básica qualificada para o bom funcionamento de toda Rede de Atenção à Saúde e o fato do Estado possuir hoje

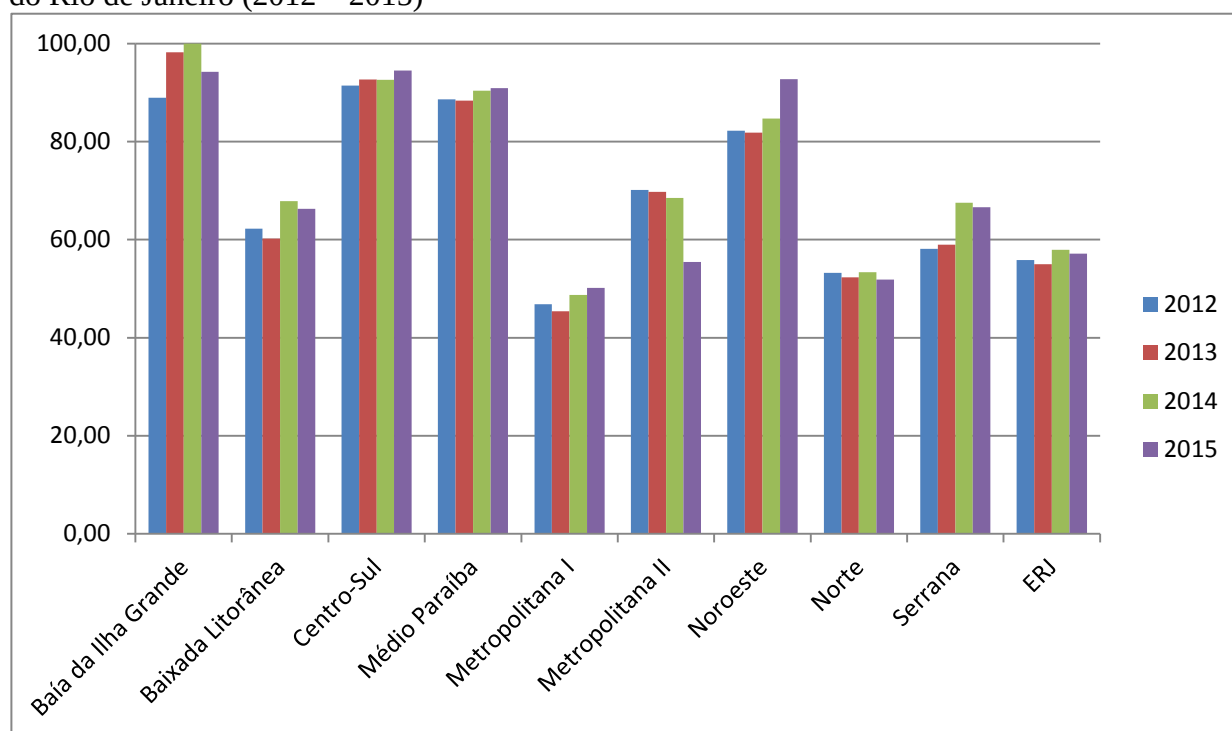
(set/2016) uma cobertura de apenas 59,99%. Neste sentido, o Estado do Rio de Janeiro continuará pactuando o indicador com os municípios e incentivando o aumento de cobertura onde os níveis da população coberta ainda são baixos.

No ano de 2015 e até o presente momento de 2016, não houve credenciamento de novas equipes de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde - MS, embora alguns municípios tenham solicitado ampliação significativa de equipes e pactuado a ampliação em CIB. A ausência de novos credenciamentos pelo Ministério da Saúde tem prejudicado a perspectiva de aumento de cobertura no Estado, que tem uma meta de alcance de 65% de cobertura de Atenção Básica até 2018.

Com o objetivo de alcançar esta expansão, o Estado considerou serem necessárias ações específicas de fomento à expansão de equipes Atenção Básica junto aos municípios. Neste sentido, estão sendo propostas as ações de: construir e equipar Unidades Básicas de Saúde em municípios do Estado; Fomentar o provimento de médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil, no âmbito estadual, firmado através de Acordo de Cooperação entre SES-RJ e MS; Elaborar o Plano de criação/expansão de Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, no âmbito estadual; e Apoiar financeiramente os municípios que fizerem adesão ao Programa de Cofinanciamento Estadual da Atenção Básica.

No Gráfico 6 observamos a variação da Cobertura de Atenção Básica entre as regiões de saúde e nas próprias regiões, ao longo dos últimos cinco anos. Deve-se considerar que a região Metropolitana I corresponde a mais de 60% da população do Estado, impactando muito na cobertura alcançada pelo Estado. Embora esta região ainda apresente um percentual de estimativa de população coberta muito baixo, é preciso destacar o esforço crescente de ampliação de cobertura. A capital, por exemplo, vem mantendo seu compromisso de expansão da ESF para reorganizar a Atenção Básica em Saúde, implantando, 250 novas Equipes de Saúde da Família entre janeiro de 2014 e julho de 2016.

Gráfico 6 - Cobertura estimada por equipes de Atenção Básica por região de saúde no Estado do Rio de Janeiro (2012 – 2015)

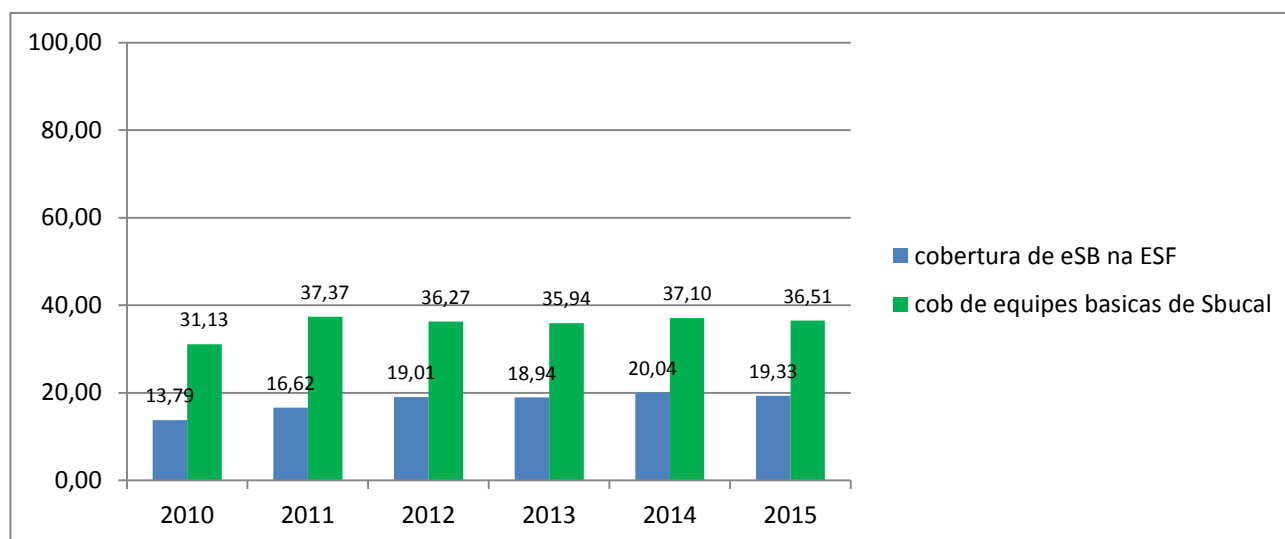


Fonte: Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

Em relação à Política Nacional para a Saúde Bucal, a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal é um indicador que segue regras semelhantes e deve ser compreendido da mesma forma que a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica: uma aproximação da capacidade de oferta de serviços de Saúde Bucal no âmbito da Atenção Básica em Saúde, reunindo no mesmo cálculo as equipes de Saúde Bucal em unidades básicas tradicionais e as que compõem equipes de Saúde da Família. O parâmetro aplicado também é o mesmo: para cada equipe, estima-se que 3.000 pessoas encontrariam acesso para saúde bucal na Atenção Básica.

O gráfico 7 mostra que houve crescimento na cobertura de Equipes Básicas de Saúde Bucal com aumento na oferta dos serviços de odontologia, partindo de 27,52% no ano de 2010 e alcançando em 2015 o percentual de 36,51%. Isto demonstra que houve investimento na cobertura de equipes básicas de Saúde Bucal, no entanto, esta permanece muito abaixo da cobertura de Atenção Básica no Estado.

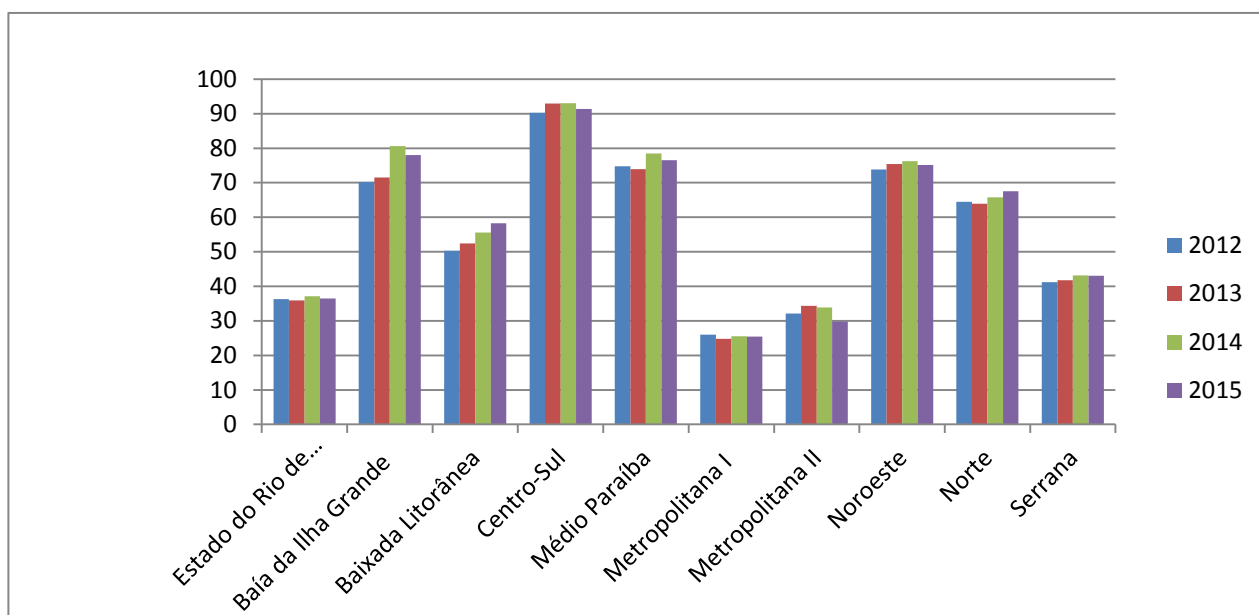
Gráfico 7 - Cobertura estimada por equipes básicas de Saúde Bucal e por equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro (2010 – 2015).



Fontes: Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB – acesso em 09/09/2016.

O gráfico 8 apresenta a cobertura de Saúde Bucal distribuída pelas Regiões de Saúde no estado do Rio de Janeiro no quadriênio 2012-2015. A relevância deste indicador é medir a ampliação do acesso à Saúde Bucal pela população, de forma qualitativa, possibilitando acompanhar e avaliar variações geográficas existentes na cobertura das equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica, das equipes da Estratégia Saúde da Família e tradicionais. Pode-se observar que a região Metropolitana II é a que apresenta maior queda na cobertura e junto com a região Metropolitana I apresenta valores bem abaixo das demais regiões. Ressalta-se que, sendo as regiões mais populosas do Estado, suas baixas coberturas impactam bastante no resultado geral do Estado do Rio de Janeiro. Houve aumento, ainda que pouco expressivo, nas regiões da Baixada Litorânea e Norte no último ano.

Gráfico 8 - Cobertura estimada por equipes básicas de Saúde Bucal por região de saúde no estado do Rio de Janeiro (2012 – 2015)



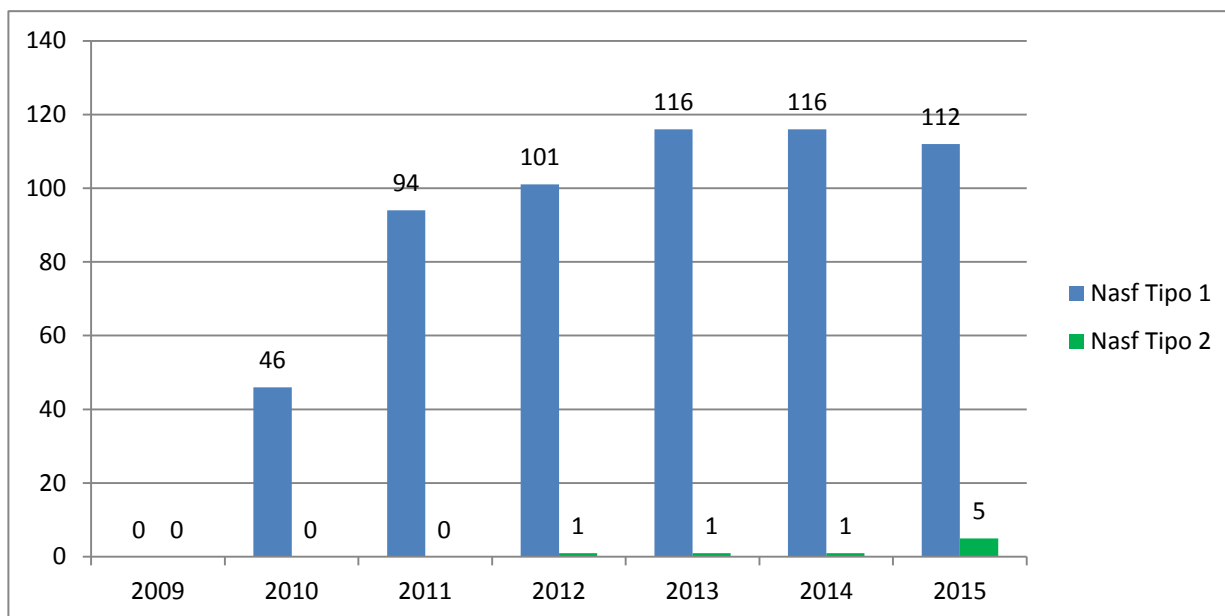
Fonte: Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro– acesso em 09/09/2016.

Além das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Saúde Bucal, merece destaque para fins da construção do Plano de Oncologia no Estado do Rio de Janeiro, a implantação de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil. Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família e equipes de atenção básica para populações específicas, como os Consultórios na Rua.

Os NASF atuam no território compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência e auxiliam no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, assim como agregam práticas na atenção básica que ampliem o seu escopo de ofertas. Esta atuação integrada permite ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais específicos, apontando também para ações intersetoriais com foco na prevenção e promoção da saúde. O Gráfico 9 demonstra a evolução da implantação de NASF Modalidade I (vinculados a 5 a 9 ESF) e Modalidade II (vinculados a 3 a 4 ESF). Como pode ser observada, a implantação de NASF I no Estado se iniciou em 2010 e veio em crescimento ou manutenção até 2014. Em 2015 houve pequena queda no número de NASF I, com

aumento, no entanto, das equipes modalidade II pela implantação de mais 04 NASF II. O Estado encerrou, assim, o ano de 2015 com um total de 117 NASF implantados.

Gráfico 9- Número de NASF Modalidade I e II implantados no Estado do Rio de Janeiro (2009-2015)



Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB – acesso em 09/09/2016.

No ano de 2011 o Ministério da Saúde lançou o programa Academia da Saúde que estimula o desenvolvimento de práticas corporais e atividade física. O principal objetivo do Programa é o de contribuir para promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, constituindo-se desta forma como dispositivo potencial para a prevenção de fatores de risco para o desenvolvimento de diversos tipos de câncer e outros agravos.

No Rio de Janeiro, 59 municípios fizeram adesão ao Programa Academia da Saúde, e o município do Rio de Janeiro, que possui um programa reconhecido como similar pelo Ministério da Saúde, mas que ainda não recebe custeio para o mesmo, totalizando 17 municípios com ações relacionadas aos objetivos do programa. Em funcionamento tem-se um total 103 polos e 178 polos em fase de construção (dados de maio de 2016).

Ainda no que se refere à atuação de equipes de atenção à saúde nos territórios destaca-se a Atenção Domiciliar (AD), uma modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), constituída por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e palição, prestadas em domicílio. A AD

visa proporcionar ao usuário um cuidado dentro de sua rotina e dinâmica familiar, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções e potencializando uma melhor gestão dos leitos hospitalares. Serve desta forma, como "porta de saída" qualificada para a rede de urgência e emergência, diminuindo a superlotação nesses serviços (MS, 2016).

O cuidado no domicílio pode ser realizado pelas Equipes de Atenção Básica em casos mais estáveis e com necessidade de visitas menos frequentes. Para situações mais complexas é necessária a entrada de equipes especializadas, como as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), as quais compõem o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), ou Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde.

No Brasil, tem-se uma crescente e gradual ampliação de cobertura de SAD por meio da adesão dos municípios ao programa Melhor em Casa, especialmente de 2012 a 2014. (MS, 2016) No Estado do Rio de Janeiro existem 59 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e 32 Equipes Multiprofissionais de Apoio implantadas (ref. Nov/2015).

2.2.1.2 Detecção precoce

A detecção precoce é considerada uma forma de prevenção secundária que visa a identificar o câncer em estágios iniciais, buscando um melhor prognóstico para o agravo e consequente, possibilitando a redução da mortalidade pela doença.

As estratégias para detecção precoce do câncer podem ser definidas como ações de rastreamento e diagnóstico precoce, conforme definição da Organização Mundial de Saúde. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

O rastreamento é uma estratégia baseada na realização de exames em pessoas que ainda não apresentam sintomas da doença, com o objetivo de identificar a doença em sua fase pré-clínica enquanto o diagnóstico precoce é pautado na identificação de pessoas com sinais e sintomas iniciais da doença.

Para alguns tipos de câncer a estratégia de rastreamento é altamente recomendada, como no caso da realização do exame citopatológico de **colo uterino**, enquanto que para outras não é recomendada, pois não tem sua eficácia comprovada, tais como **câncer de boca (lábio e cavidade oral)**, **esôfago**, **estômago**, **pele**, **pulmão** e **próstata** (BRASIL, 2010).

Observar que mulheres transexuais e travestis devem ser consideradas enquanto público alvo para orientação e identificação de sinais e sintomas iniciais para câncer de próstata.

2.2.1.2.1 Rastreamento

É importante que associado a qualquer rastreamento sejam realizadas ações de educação em saúde para o autocuidado e detecção precoce. Qualquer exame deve ser acompanhado também de avaliação quanto à qualidade do resultado obtido. Na Atenção Básica, é importante que os profissionais estejam atentos para o retorno dos exames a fim de confrontar achados por exames com avaliação clínica. Importante ressaltar que não raramente trabalha-se com valores preditivos baixos, sendo que a acurácia dos achados por exames torna-se fundamental para seguimento da atenção aos pacientes. Tal prática contribuirá para o constante aprimoramento da Política de Controle de Qualidade Laboratorial.

Em relação ao rastreamento de câncer de **colo de útero**, o exame preventivo do câncer, o “Papanicolau” é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico da doença. Deve ser feito por toda a mulher que tem ou já teve vida sexual e que está entre 25 e 64 anos de idade. Devido à longa evolução da doença, o exame pode ser realizado a cada três anos. Para maior segurança do diagnóstico, os dois primeiros exames devem ser anuais, se os resultados estiverem normais, sua repetição só será necessária após três anos.

Para o **câncer de mama**, o Ministério da Saúde recomenda a mamografia bilateral em mulheres entre 50 a 69 anos a cada 2 anos.

Na população transgênera, é importante considerar a questão do gênero do paciente. Assim, os homens transgênero deverão ser incluídos na população a ser rastreada para câncer de colo de útero, bem como, devem ser público alvo de campanhas de promoção e prevenção.

Câncer colorretal podem ser detectados precocemente através de dois exames principais: pesquisa de sangue oculto nas fezes e endoscopias (colonoscopia ou retossigmoidoscopias). Esses exames devem ser realizados em pessoas com sinais e sintomas sugestivos de câncer colorretal visando seu diagnóstico precoce.

Apesar das evidências, poucos países no mundo contam com programas nacionais de rastreamento populacional para o câncer de cólon e reto. O protocolo de rastreamento para o câncer do intestino mais utilizado por esses poucos é a realização inicial da pesquisa de sangue oculto nas fezes, seguida pela colonoscopia naqueles com resultado positivo.

A Organização Mundial de Saúde aponta que, antes de se disponibilizar o rastreamento para o câncer de cólon e reto a uma população por meio da pesquisa do sangue oculto nas fezes, é necessário levar em consideração os custos de toda a logística e o impacto sobre o número de colonoscopia diagnósticas que advirão dessa implementação. Essa recomendação se torna particularmente importante uma vez que os ensaios clínicos mostraram um valor preditivo positivo relativamente baixo da pesquisa de sangue oculto nas fezes, principalmente nos métodos com reidratação, sugerindo que até 80% de todos os testes positivos possam ser falso-positivos para câncer. Destaca também que, a não ser que se consiga alta taxa de adesão, o benefício para população pode ser bem menor do que o apontado pelos ensaios clínicos e não ser compatível com os custos do rastreamento. Por esses fatos, não se considera viável e custo-efetiva, atualmente, a implantação de programas populacionais de rastreamento para câncer colorretal no Brasil. Recomenda-se fortemente, entretanto, que a estratégia de diagnóstico precoce seja implementada com todos seus componentes: divulgação ampla dos sinais de alerta para a população e profissionais de saúde, acesso imediato aos procedimentos de diagnóstico dos casos suspeitos (o que implica ampliação da oferta de serviços de endoscopia digestiva e demais suportes diagnósticos) e acesso ao tratamento adequado e oportuno. Essa estratégia consolidará as bases necessárias para detecção mais precoce desse tipo de câncer, com vistas a um futuro programa populacional de rastreamento, quando evidências de custo-efetividade e sustentabilidade assim o indicarem.

2.2.1.2.2 Diagnóstico Precoce

O diagnóstico precoce representa a intervenção mais importante no processo de controle do câncer. Sob a ótica da linha de cuidado, pode-se afirmar que não deve haver distinção entre o planejamento do diagnóstico e o planejamento do tratamento, pois ambos estão profundamente interligados: o (planejamento do) tratamento só pode existir com um diagnóstico, e como o câncer consiste em uma patologia “tempo-dependente”, uma vez estabelecido o diagnóstico, o acompanhamento especializado, ou seja, aquele realizado pelos especialistas em oncologia deve ser iniciado imediatamente, preparando o paciente para a melhor opção indicada para o caso.

Deve ser destacado que raramente o paciente terá acompanhamento médico ou iniciará a jornada de investigação diagnóstica já sabendo que tem câncer. Ao contrário, muitas vezes o

câncer não é a primeira hipótese. Trata-se de um achado “acidental” e, mesmo quando suspeitado, é comprovado em uma minoria estatística dos casos, tornando a demanda pela estrutura diagnóstica muito maior do que a “produção de casos” de câncer, ou seja, o desenho dos processos de apoio e investigação diagnóstica para uma população deve levar em conta todas as hipóteses possíveis, sendo o câncer uma delas. No entanto, uma vez estabelecida essa hipótese, uma forte probabilidade ou a certeza diagnóstica propriamente dita, o (a) paciente deve ter rapidamente garantido seu ingresso em uma estrutura de acompanhamento integral e adequada para seu caso.

Quanto ao diagnóstico precoce para o **câncer de mama**, o INCA destaca a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. Orienta que a mulher realize a autopalpação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem nenhuma recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. É necessário que a mulher seja estimulada a procurar esclarecimento médico sempre que houver dúvida em relação aos achados da autopalpação das mamas e a participar das ações de detecção precoce do câncer de mama.

As Unidades Básicas de Saúde precisam adequar-se para acolher, informar e realizar os exames diagnósticos adequados em resposta a essa demanda. Nesse sentido, entende-se que a demanda espontânea de toda a mulher que referir suspeita de nódulo nas mamas deve ter acolhimento com classificação de risco e atendimento no mesmo dia. Mulheres com lesões suspeitas devem ter prioridade na marcação de exames e seu diagnóstico fechado o mais precocemente possível.

Para os casos de **câncer colorretal**, recomenda-se fortemente que a estratégia de diagnóstico precoce seja implementada com todos seus componentes: divulgação ampla dos sinais de alerta para a população e profissionais de saúde, acesso imediato aos procedimentos de diagnóstico dos casos suspeitos (o que implica ampliação da oferta de serviços de endoscopia digestiva e demais suportes diagnósticos) e acesso ao tratamento adequado e oportuno. Situações de alto risco devem merecer abordagens individualizadas.

Para outras faixas a análise de outro conjunto de circunstâncias e patologias torna possível constatar que a investigação diagnóstica não se dá na forma de rastreamento, pois não há comprovação científica do benefício dessa medida. Nesse caso, o processo se dá por meio de investigação diagnóstica, como nos casos de **câncer de estômago e esôfago**, em que a ação se inicia em função de sintomas inespecíficos, o que demandará uma mínima

capacitação e treinamento dos médicos (especialmente da Atenção Básica) para “pensarem” em câncer, assim como o desenho de processos (facilitação do acesso, desenho do fluxo a ser seguido e/ou protocolos mínimos de investigação e apoio à decisão clínica) para que os (as) pacientes tenham acesso imediato à endoscopia digestiva alta com capacidade de realização de biópsias diagnósticas.

Também nos casos de **câncer de pulmão** há, sabidamente, enorme dificuldade na detecção precoce, sendo um simples RX de tórax “casual”, muitas vezes, o primeiro passo de uma investigação que poderá demandar tomografia computadorizada, broncoscopia e necessidade de biópsia por agulha ou pesquisa citológica de câncer, e até mesmo investigação por PET- Scan.

O câncer de **cabeça e pescoço** reúne os tumores malignos que acometem os lábios, a cavidade oral, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe, laringe, cavidade nasal e seios paranasais, glândulas salivares e glândula tireoide.

Segundo estimativas do INCA, entre os homens, dos cânceres de cabeça e pescoço, os tumores malignos da cavidade oral são o 5º mais incidente, os de laringe o oitavo e o de tireoide o 14º tipo mais incidente. Já entre as mulheres os tumores malignos de tireoide são o oitavo tipo mais incidente, os cânceres da cavidade oral o 12º tipo e de laringe 16º tipo mais incidente.

As neoplasias malignas são, de acordo com Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/SUS), a segunda causa de morte no Brasil. E os óbitos por cânceres de cabeça e pescoço representam 6% do total de óbitos por neoplasias malignas.

Nos homens, os tumores malignos de laringe, cavidade oral e orofaringe apresentam as três maiores taxas de mortalidade entre os cânceres de cabeça e pescoço. Já entre as mulheres as três maiores taxas de mortalidade são dos cânceres de cavidade oral, laringe e glândula tireoide.

Os principais fatores de risco para estes cânceres são tabagismo, consumo excessivo de álcool, infecção por vírus ontogênico como, por exemplo, papilomavírus humano (HPV) e vírus Epstein-Barr (EBV), exposição à radiação solar, exposição às radiações ionizantes, exposição ocupacionais, obesidade, gênero e idade.

Ações de prevenção bem como o diagnóstico precoce e início imediato do tratamento dos tumores de cabeça e pescoço são fundamentais não só para diminuir a mortalidade, mas principalmente para garantir uma melhor qualidade de vida aos indivíduos uma vez que os sítios anatômicos envolvidos estão diretamente envolvidos com as funções da fala, deglutição,

respiração e paladar. O tratamento de tumores em estágios muito avançados afeta o prognóstico e compromete o convívio social.

Em relação ao **câncer de boca (lábio e cavidade oral)**, não há evidências científicas de que o autoexame seja efetivo como medida preventiva contra este tipo de câncer. A população em geral tem dificuldade em diferenciar lesões potencialmente malignas de áreas anatômicas normais. Assim, corre o risco de negligenciar as lesões potencialmente malignas, que pode levar ao diagnóstico tardio da doença, entretanto, a atenção ao corpo como forma de autocuidado e recomendada na prevenção de doenças.

As **neoplasias hematológicas** não são “rastreadas” ou “antecipadas”, e sua detecção ou suspeita se dá de maneira mais casual ou acidental, dada a especificidade dos sintomas. Esses tipos de câncer são muitas vezes detectados “acidentalmente” ou em quadros “agudos” nas salas de emergência.

Logo, as propostas de antecipação diagnóstica estão restritas a algumas patologias e, apesar dessas características, não se pode deixar de pensar no processo de diagnóstico em sua especificidade, com estratégias e políticas específicas para algumas patologias, sempre deixando claro que essas recomendações podem mudar com o tempo e o acúmulo de conhecimento e evidências científicas.

Segundo o INCA (2016), o **câncer infantil** corresponde a um grupo de várias doenças, sendo os mais frequentes na infância e na adolescência as leucemias, os do sistema nervoso central e linfomas. Também acometem crianças e adolescentes o neuroblastoma, câncer de Wilms, retinoblastoma, câncer germinativo, osteossarcoma e sarcomas.

Assim como em países desenvolvidos, no Brasil, o câncer já representa uma importante causa de morte (7% do total) por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos para todas as regiões. Para a região Sudeste há uma estimativa de ocorrência de 6.050 novos casos em 2016 e em 2017, sendo a região de maior número de casos novos previstos no país.

Nas últimas quatro décadas, o progresso no tratamento do câncer na infância e na adolescência foi extremamente significativo. Hoje, em torno de 70% das crianças e adolescentes acometidos de câncer podem ser curados, se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados. A maioria deles terá boa qualidade de vida após o tratamento adequado. Para tanto, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro está prevendo a realização de diferentes atividades de qualificação da assistência na Atenção Básica a fim de possibilitar o diagnóstico precoce do câncer infantil.

2.2.2 Atenção Básica e o acompanhamento do paciente e sua família durante o tratamento e reabilitação

Tendo em vista a corresponsabilização dos profissionais da saúde pelos usuários de seu território, e a diretriz de vínculo que a PNAB pressupõe, é fundamental que o usuário que esteja em tratamento em câncer siga sendo acompanhado por sua equipe de Atenção Básica (entendendo aqui todos profissionais que compõem equipes de AB, ESF, ESB, NASF). O vínculo, que em si tem uma função terapêutica, deve ser fortalecido em todos os encontros dos profissionais de saúde com o paciente e sua família. Esses encontros ocorrem no ambiente da UBS em consultas individuais/ abordagem familiar; em grupos de apoio e no domicílio em visitas domiciliares, atividade que deve ser intensificada tendo em vista o momento de fragilidade em que novas e impensadas demandas relacionadas ao processo de saúde-doença são vivenciadas pelo paciente e seus familiares. Sendo assim, é importante que a equipe multiprofissional se empenhe para dar o suporte necessário, visando à minimização das angústias e sofrimento que possivelmente surjam, e trabalhem no esclarecimento de dúvidas, na minimização das barreiras de acesso à saúde, no contato com os serviços especializados e discussão, quando necessário, com profissionais que estejam conduzindo o tratamento, reabilitação e ações de palição nos outros pontos da rede.

Como exemplo, a atuação da AB frente aos sintomas colaterais gástricos provenientes do tratamento oncológico é fundamental. Assim, é importante que a equipe acompanhe o paciente e sua família visando à adequação da alimentação para a manutenção do peso adequado, a orientação nutricional e pensem em estratégias (como oficinas nutricionais) que ativem o paladar e estimulem maior ingestão calórica.

Na Saúde Bucal, deve-se capacitar os profissionais para o cuidado adequado dos pacientes que serão/estão/foram submetidos ao tratamento oncológico. Os usuários deverão passar por adequação do meio bucal, que consiste em avaliação, profilaxia básica, remoção de focos dentários, exodontias, que são ações de rotina da atenção básica em saúde bucal, mas que muitos profissionais podem não se sentir seguros em realizar por se tratar de pacientes em situação de vulnerabilidade clínica, mas que são passíveis de terem esse atendimento na Atenção Básica.

A alta do paciente deve ser uma etapa trabalhada em uma triangulação família, serviço de referência especializado e atenção básica e para isso é importante que haja um meio de

comunicação entre as equipes especializadas e a equipe de Atenção Básica (e Atenção Domiciliar, quando houver), que receberá esse paciente. Nesse sentido, a SES articulará com os serviços hospitalares um sistema de Alta Referenciada visando a não descontinuidade da atenção prestada ao paciente. Essa comunicação deverá conter discussão sobre o seguimento pós-alta, que devem ser assumidos pela equipe de Atenção Básica em parceria com os serviços de referência especializados, e estarem respaldados em protocolos clínicos assistenciais.

A Atenção Básica em Saúde (AB) é o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Cabe a AB integrar verticalmente os serviços que, normalmente, são ofertados de forma fragmentada pelo sistema de saúde convencional.

Reconhece-se que a expansão da AB, na medida em que organiza a porta de entrada, impulsiona o debate em torno da necessidade de organização da rede, da regulação e da coordenação dos cuidados. No entanto, no Estado do Rio, assim como no Brasil, após período de ampla expansão da AB, ainda são incipientes, na maior parte dos municípios, medidas para alcançar melhor coordenação do cuidado.

A integração entre a AB e Atenção Especializada (AE) permanece uma preocupação e um desafio a ser enfrentado. Pois, a ausência de integração da rede assistencial, associada à oferta insuficiente, repercute negativamente no acesso aos serviços especializados, considerados o grande gargalo do SUS. A coordenação dos cuidados sustenta-se na existência de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, de modo que distintas intervenções sejam percebidas e experienciadas pelo usuário de forma contínua e adequada às suas necessidades de atenção em saúde.

Assim, a integração entre níveis assistenciais é considerada relevante e necessária para a construção de uma atenção integral em saúde, ainda que medidas para efetivá-la ainda não estejam plenamente implantadas.

Somente a expansão da AB não é suficiente para garantir a integralidade do cuidado, exigindo a qualificação desta para ampliação de sua resolutividade e articulação com os demais níveis do sistema e com as políticas públicas. Portanto, a possibilidade de redução do número de internações hospitalares, de melhoria do acompanhamento do uso de medicamentos e do autocuidado, do fluxo de informações entre serviços e dos ganhos de eficiência do sistema em geral serão resultados, em médio prazo, de medidas de integração da rede e coordenação do cuidado.

Iniciativas como papel de regulador exercido pelo médico de família nas áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família, territorialização dos serviços de saúde, aproximação entre profissionais da AB e AES, qualificação das ações de AB por meio de matriciamento e discussão de casos com especialistas, adoção de protocolos clínicos consensuados e a implantação de sistemas descentralizados de regulação que permitam acompanhar o percurso dos usuários e as filas de espera são objetivos estratégicos a serem alcançados.

Reiteramos que a estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Os componentes que estruturam a RAS incluem: AB - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

O bom funcionamento das RAS depende primordialmente da existência de um trabalho compartilhado entre os profissionais da atenção básica, da regulação e da atenção especializada. O papel dos pontos de atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar no cuidado às pessoas com doenças crônicas devem ser complementares e integrados à atenção básica, superando a atuação fragmentada e isolada que hoje ocorre na maioria das localidades.

Enfatizamos que o desenho do modelo assistencial deve organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção, garantindo o acesso aos serviços, promovendo o cuidado integral e evitando a fragmentação do cuidado que tanto impacta no diagnóstico precoce das doenças crônicas não infecciosas, particularmente das neoplasias.

Esse se constitui um grande objetivo a ser perseguido, tanto pelo gestor estadual, quanto gestores municipais e que se reflete nas metas e ações propostas neste documento.

2.2.3 Atenção Especializada

Enquanto a rede de serviços de atenção básica deve ser extremamente capilarizada em unidades de pequeno porte, distribuídas o mais próximo possível de onde os usuários vivem e trabalham, na atenção especializada a oferta de serviço deve ser estabelecida, preferencialmente, de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto à qualidade da atenção a ser prestada.

A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde - SAS-MS, no âmbito da atenção especializada, define os procedimentos de média e alta complexidade.

A Atenção Especializada constitui um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência e emergência e ambulatoriais especializados e hospitalares, apoiando e complementando os serviços da Atenção Básica de forma resolutiva e em tempo oportuno.

O subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada constitui um conjunto de ações e serviços eletivos de média e alta densidade tecnológica, com a finalidade de propiciar a continuidade do cuidado.

Compete ao subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada:

I - atuar de forma territorial, sendo referência para uma população definida, a partir do perfil epidemiológico das doenças crônicas e das necessidades de saúde da população de cada região, considerando-se os conceitos de escala, no que se refere à economia e à qualidade do cuidado;

II - prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta densidade tecnológica, de forma multiprofissional, a sua população adstrita que se enquadra nos critérios de encaminhamento para esse ponto de atenção, de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional;

III - prestar apoio matricial às equipes da Atenção Básica, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleeducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações;

IV - realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de Atenção Básica, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento;

V - orientar o usuário com relação ao retorno à Atenção Básica e/ ou ao acompanhamento neste ponto de atenção, quando necessário; e

VI - encaminhar para o subcomponente hospitalar da Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação, em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas no subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada.

O subcomponente hospitalar da Atenção Especializada constitui o ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados.

Compete ao subcomponente hospitalar da Atenção Especializada:

I - realizar avaliação e tratamento dos casos referenciados pela Atenção Básica ou pelo subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação e tratamento das complicações decorrentes das doenças crônicas;

II - prestar cuidado integral e multiprofissional às internações eletivas ou de urgência de pessoas com doenças crônicas, encaminhadas ou não de outro ponto de atenção, conforme os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional;

III - programar alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações com foco no autocuidado;

IV - realizar contrarreferência e orientar o retorno dos usuários, em casos de alta, para os serviços da Atenção Básica e/ou do subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; e

V - prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleeducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações.

O subcomponente de urgência e emergência da Atenção Especializada constitui o conjunto de ações e serviços voltados aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento aos pacientes que apresentam agudização das condições crônicas.

Compete ao subcomponente urgência e emergência da Atenção Especializada:

I - prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento dos indivíduos com complicações agudas decorrentes das doenças crônicas a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento e classificação de riscos e vulnerabilidades; e

II - realizar referência ou contrarreferência para os demais pontos de atenção à saúde, de acordo com cada caso.

Os Sistemas de Apoio constituem sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, tais como patologia clínica e imagens e de assistência farmacêutica.

Compete aos Sistemas de Apoio:

I - realizar apoio diagnóstico e terapêutico das solicitações provenientes de todos os pontos de atenção, de acordo com as pactuações locais ou regionais definidas com base nos

protocolos e nas diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional; e

II - prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico das pessoas com doenças crônicas, considerando-se a forma de organização da gestão local e regional, as necessidades de saúde locais e a RENAME.

2.2.3.1 Média Complexidade Ambulatorial

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento.

A Média Complexidade (MC) se define como verdadeiro anteparo para o bom desempenho do sistema de saúde. Dessa forma, pode avançar na qualidade da atenção, como pode constituir-se em nó crítico dos mais complexos. Nesse sentido, o acesso aos serviços da MC se apresenta como um desafio para todos os gestores do SUS que, no entanto, assume diferentes dimensões, na dependência das características de cada estado, região, ou município. Estamos falando, do acesso às consultas especializadas e os métodos diagnósticos.

A maioria dos procedimentos classificados pelo Ministério da Saúde na MC subsidia o esclarecimento do diagnóstico das doenças, o que justifica seu caráter estratégico tanto para aumentar a resolutividade da Atenção Básica, quanto para viabilizar e garantir a integralidade da atenção em serviços com especialização e tecnologias de alta densidade no sistema.

2.2.3.2 Diagnóstico em oncologia

Dado o caráter e especificidade das recomendações no atendimento ao paciente com suspeita ou diagnóstico de câncer que envolve profissionais de saúde especializados nos diversos tipos de cuidados e tecnologias para detecção precoce e confirmação diagnóstica, é necessário que a RAS siga cuidadosamente os fundamentos de economia de escala e escopo, acesso, eficiência clínica e sanitária e níveis de atenção. A partir dessa compreensão, é importante destacar que a disponibilização de tecnologias e procedimentos que possuem maior densidade tecnológica, invariavelmente, depende da existência de profissionais

especializados. Tal lógica conduz os gestores do SUS à organização e ao uso racional dos recursos locais disponíveis, seja na atenção primária ou na atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

Para garantir uma estrutura de suporte com o objetivo de alcançar a integralidade da atenção à saúde, faz-se necessário investir no redesenho da rede de atenção ao usuário do sistema com suspeita ou diagnóstico definido de câncer, melhor dizendo, investir numa rede com desenho único e processos de trabalho transparentes e padronizados.

Enfrentar esse desafio significa identificarmos os diversos pontos de saúde considerados essenciais, que tem início na atenção básica com suspeição precoce dos tumores mais prevalentes, no diagnóstico definitivo do câncer na média complexidade e por fim na alta complexidade, recebendo o tratamento e acompanhamento especializado em oncologia.

A detecção precoce se baseia na seguinte premissa: quanto mais cedo diagnosticado o câncer, maiores as chances de cura, de sobrevida e qualidade de vida do paciente, além de mais favoráveis em relação efetividade/custo. O objetivo é que a detecção de lesões pré-cancerígenas ou do câncer seja feita, quando ainda localizado no órgão de origem, sem invasão de tecidos vizinhos ou outras estruturas. Nesse sentido, os procedimentos de média complexidade ganham importância envolvendo a coleta de material por meio de aspirados e/ou biópsias, bem como métodos diagnósticos de imagem e outros.

Acompanhando os princípios de detecção precoce estabelecidos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) ficam definidos como prioritários os tumores de mama, colo de útero, intestino, próstata, pele e cabeça e pescoço.

Apesar das altas taxas de incidência, o câncer de pele não melanoma apresenta altos índices de cura, principalmente devido à facilidade do diagnóstico precoce e cujo diagnóstico e tratamento são essencialmente ambulatoriais. As medidas para o controle e redução no número de casos novos, conforme estudo da Agência de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde, tem sido as Campanhas Educativas e a capacitação dos profissionais de saúde no diagnóstico precoce que estão no âmbito da Atenção Básica.

Por isso, neste item de análise, do grupo prioritário para detecção precoce, foi dado destaque aos tumores de mama, colo de útero, intestino, próstata e cabeça e pescoço. Os primeiros quatro sendo também os mais incidentes no estado, com exceção do câncer de pele não melanoma. Foram incluídos também o câncer de estômago e de pulmão, por suas incidências.

Para análise situacional da capacidade diagnóstica de neoplasia na Rede Assistencial do SUS utilizou-se os relatórios de produção do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-

SUS). Foram identificados os procedimentos relacionados às ações diagnósticas dos tipos de câncer mencionados no parágrafo acima, os quais se infere que tem seu início de tratamento postergado nas unidades de referencia (UNACONs) por uma possível falta de oferta de procedimentos diagnósticos.

Vale ressaltar que o SIA-SUS foi elaborado numa lógica de pagamento de procedimentos realizados ao SUS, o que o faz incompleto para análise de tendências e estudos epidemiológicos, e ainda traz o viés do faturamento, justamente pela lógica da informação gerada para pagamento, conforme mencionado. Entretanto, dentre os sistemas de informação do SUS disponíveis, estes são os que trazem dados mais atualizados relativos à realização desses procedimentos no SUS para todos os tipos de câncer.

A confirmação de tais informações pelos gestores locais é fundamental para ratificar a inferência de que o acesso aos serviços diagnósticos é um nó crítico para assistência oncológica.

Uma lei em vigor desde 2012 (Lei 12.732/12) assegura aos pacientes com câncer o início do tratamento pelo SUS em no máximo 60 dias após a inclusão da doença em seu prontuário. No entanto, o diagnóstico precoce e a demora no acesso ao tratamento ainda são os maiores desafios no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro. Dados do INCA estimam que 60% dos diagnósticos de câncer só são dados em estágios avançados da doença, o que diminui as chances de cura.

No Quadro 1, a seguir, são apresentados os números de incidência estimada dos tumores de mama, colo de útero, pulmão, estômago, intestino, próstata e cabeça e pescoço para o estado do Rio de Janeiro no ano de 2016, servindo de base para avaliação de desempenho, bem como os dados de produção no âmbito da média complexidade relacionados ao diagnóstico definitivo do câncer: coleta de material/biópsia, endoscopias e exame de imagem.

Quadro 1 – Incidência estimada por tipo de câncer no estado do Rio de Janeiro – ano 2016

Localização	Estimativa de casos novos de Câncer	Estimativa de casos novos (80% pop cobertura)	Coleta de material (biopsia e endoscopia) realizado no ano de 2015
Mama	8.020	6.416	2.646
Próstata	5.970	4.776	5.077
Cólon e reto	4.660	3.728	14.559
Pulmão	2.920	2.336	-
Estômago	1.780	1.424	44.552
Colo do útero	1.490	1.192	7.527
Cabeça e pescoço	1.310	1.048	11.106

Fonte: INCA/MS, 2016. SIA-SUS, 2016.

Os parágrafos a seguir apresentam os dados de produção do SIA-SUS de diferentes procedimentos relacionados ao diagnóstico definitivo dos tipos de câncer relacionados acima, destacando os procedimentos de biópsia, os quais se infere uma oferta insuficiente para a demanda no estado.

2.2.3.2.1 CÂNCER DE MAMA

As estratégias para a detecção precoce do câncer de mama são o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença) e o rastreamento. No Quadro 2 são apresentados os dados sobre procedimentos de mamografias diagnósticas informadas no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro.

O exame de mamografia tem como finalidades o rastreamento, diagnóstico e a avaliação da evolução da doença.

Segundo os parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama – Recomendações para gestores Estaduais e Municipais – 2010, é esperado que 12% das mulheres entre 50 e 69 anos e 10% entre 40 e 49 anos submetidas ao Exame Clínico das Mamas (ECM) tenham resultados alterados, tendo então indicação para realização da **Mamografia Diagnóstica**. Com base na Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade do ano de 2015, realizada pelo IBGE e considerando uma população usuária do SUS de 80%, estima-se que o Estado do Rio de Janeiro tenha 1.479.934 mulheres entre 50 e 69 anos e 94.254 entre 40 e 49 anos. Desta forma, é estimado que 271.846 mulheres tenham indicação para realizar mamografia diagnóstica no ano de 2015.

Quadro 2 – Mamografias diagnósticas por residência região de saúde - 2015

Região de Saúde	Total
Baía da Ilha Grande	46
Baixada Litorânea	1.125
Centro-Sul	282
Médio Paraíba	1.960
Metropolitana I	18.417
Metropolitana II	1.471
Noroeste	588
Norte	514
Serrana	1.458
TOTAL	25.861

Fonte: SIA-SUS, 2016.

Os dados de produção apresentam números bem inferiores à necessidade estimada.

Segundo os parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama – Recomendações para gestores Estaduais e Municipais – 2010, é esperado que 0,6%, 0,4% e 1,2% das mulheres entre 40 e 49 anos e 0,7%, 0,5% e 1,5% entre 50 e 69 anos sejam submetidas, respectivamente, a biopsia cirúrgica da mama, punção aspirativa por agulha fina e punção por agulha grossa. Sendo assim, a quantidade estimada desses exames considerando a projeção da população de 2015 e 80% dessa população usuária do SUS, seria de 16.015 biopsias, 11.170 punções aspirativas por agulha fina e 33.509 punções por agulha grossa.

No Quadro 3 estão descritos os números dos procedimentos de coleta para biópsia da mama em 2015.

Quadro 3- Procedimentos de coleta para biopsia de mama – 2015

Região de Saúde	Biopsia/Exerese De Nódulo De Mama	Punção Aspirativa De Mama Por Agulha Fina	Punção De Mama Por Agulha Grossa	Total
Baía da Ilha Grande	25	7	-	32
Baixada Litorânea	22	1	42	65
Centro-Sul	3	-	-	3
Médio Paraíba	6	42	257	305
Metropolitana I	14	820	1.194	2.028
Metropolitana II	2	7	-	9
Noroeste	25	-	-	25
Norte	31	9	1	41
Serrana	89	47	2	138
Total	217	933	1.496	2.646

Fonte: SIA-SUS, 2016.

Os procedimentos, acima descritos, fazem parte da investigação de lesão suspeita de câncer de mama. A produção por região de saúde, no ano de 2015, comparada ao número da estimativa de necessidade para os procedimentos e mesmo à estimativa de casos (8.020 casos novos, INCA) no estado do Rio de Janeiro no ano de 2016, leva a inferir que há deficiência de cobertura da rede para detecção precoce do câncer de mama pela baixa produção. O conhecimento de dados de demanda reprimida também é fundamental para o dimensionamento da ampliação de serviços.

2.2.3.2.2 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Este é um tipo de câncer em que as lesões precursoras podem ser diagnosticadas, por meio do exame citopatológico cervico vaginal, e tratadas. A coleta do material deste exame é considerada um procedimento de atenção primária. Já a análise deste material é feita em laboratório especializado, que deve seguir os critérios e se habilitar na Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (Qualicito) do Ministério da Saúde. Atualmente existem 16 laboratórios habilitados no estado, sendo um deles também habilitado para controle externo de qualidade (INCA-SITEC).

A ampliação da cobertura da coleta bem como a qualificação dos laboratórios de citopatologia constitui-se ainda um desafio aos gestores de saúde no estado do Rio de Janeiro.

Quando alterações são detectadas nos exames citopatológicos, é fundamental a garantia ao acesso aos serviços de diagnóstico confirmatório e tratamento das lesões precursoras.

O quadro abaixo mostra a quantidade de exames realizados, segundo o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS, por município de residência, no ano de 2015.

Quadro 4- Procedimentos de exame citopatológico cervico-vaginal – 2015

Região de Saúde residência	Quantidade aprovada
Baía da Ilha Grande	11.466
Baixada Litorânea	40.023
Centro-Sul	17.385
Médio Paraíba	49.298
Metropolitana I	96.991
Metropolitana II	40.909
Noroeste	10.036
Norte	32.912
Serrana	28.179
Fora do estado do Rio de Janeiro	884
Total	328.083

Fonte: SIA-SUS, 2016.

Segundo o Caderno de Atenção Primária nº 29 – Rastreamento, do Ministério da Saúde, de 2010, a rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano em mulheres com idade entre 25 e 64 anos. Desta forma, a estimativa de exames pro Estado do Rio de Janeiro seria de 1.544.895 exames no ano de 2015. Considerando 80% de população SUS dependente, seriam esperados 1.235.916 exames.

No Quadro 5, estão descritos os números de procedimentos realizados de coleta para biópsia de colo do útero em 2015.

Quadro 5 - Procedimentos de coleta para biopsia de colo do útero – 2015

Região de Saúde de residência	Colposcopia*	Biopsia Do Colo Uterino	Exerese da Zona de Transformação do Colo Uterino	Total de Coletas (não soma colposcopia)
Baía da Ilha Grande	194	74	3	77
Baixada Litorânea	544	58	9	67
Centro-Sul	63	24	0	24
Médio Paraíba	133	81	1	82
Metropolitana I	3.277	656	302	958
Metropolitana II	260	81	0	81
Noroeste	181	32	21	53
Norte	380	77	75	152
Serrana	865	128	8	136
Total	5.897	1.211	419	1.630

Fonte: SIA-SUS, 2016.

**Não incluído no total, pois se trata do meio para realização do procedimento, que pode ou não resultar em uma coleta para exame.*

O quadro acima apresentou a produção dos procedimentos para investigação de lesão suspeita de câncer de colo de útero, por região de saúde de residência, no ano de 2015, comparado à estimativa de casos (1.490 casos novos, INCA) no estado do Rio de Janeiro no ano de 2016.

Neste caso é importante destacar que, ainda que os números sugiram que o número de biópsias realizadas se aproxima do número de casos esperados, não temos o registro no Sistema de Informação Ambulatorial do tipo de lesão avaliada, se mais precocemente ou avançada. O módulo de seguimento do SISCOLO, que traria tal especificação, tem sido pouco alimentado.

Além disso, outras patologias podem ter indicação para esses procedimentos e, portanto, concorrem com aqueles indicados para diagnóstico de câncer, o que apontaria para uma necessidade de ampliação dessa oferta.

A expectativa é de que, ampliando a cobertura dos procedimentos de coleta de exames citopatológicos, a demanda para colposcopias, tratamento de lesões precursoras e de biópsia para confirmação de câncer também aumente.

Ressaltamos que o quantitativo de produção de colposcopia não está incluído no total dos procedimentos de coleta de material, pois este se trata de procedimento que permite a visualização do colo de útero para realização da biópsia.

2.2.3.2.3 CÂNCER DE PRÓSTATA

Para diagnóstico dos casos de câncer de próstata é indicada a ultrassonografia pélvica (ou prostática transretal, se disponível). O resultado da ultrassonografia, por sua vez, poderá mostrar a necessidade de biópsia prostática transretal. O diagnóstico definitivo do câncer é feito pelo estudo histopatológico do tecido obtido pela biópsia da próstata.

O Quadro 6 mostra o número de procedimentos de coleta para biópsia de próstata realizados no ano de 2015.

Quadro 6 - Procedimentos de coleta para biópsia de próstata – 2015

Região de Saúde	Biópsia De Próstata	Ultrassom Transretal
Baía da Ilha Grande	45	72
Baixada Litorânea	17	132
Centro-Sul	8	1
Médio Paraíba	328	475
Metropolitana I	4.413	2.046
Metropolitana II	95	233
Noroeste	-	18
Norte	156	974
Serrana	15	778
Total	5.077	4.729

Fonte: SIA-SUS, 2016.

Ainda que o número estimado de casos novos de câncer de próstata para 2016 tenha sido de 5.970, é precoce afirmar que há oferta suficiente de biópsias de próstata, especialmente se considerarmos as outras patologias benignas e a distribuição da oferta nas diferentes regiões do estado.

De acordo com a Portaria GM/MS 1631 de 2015, que define os parâmetros para necessidade dos principais procedimentos e exames que foram relacionados a um médico especialista, seriam necessárias 37.238 biópsias de próstata, por ano, para atender a necessidade da população SUS dependente estadual.

2.2.3.2.4 CÂNCER DE ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO / COLÓN E RETO

A investigação de lesão suspeita de câncer do tubo gastrointestinal (esôfago, estômago, duodeno, cólon e reto) é realizada por meio dos exames endoscópicos - esofagogastroduodenoscopia, colonoscopia e retossigmoidoscopia – quando são coletadas as amostras de tecido para exame anatomopatológico. Vale ressaltar que as endoscopias em tubo digestivo não trazem a dimensão de necessidade do procedimento para diagnóstico de câncer, uma vez que também são demandados para diagnóstico e acompanhamento de patologias benignas. Não foi possível obter a informação, pelos sistemas oficiais de informação, se a coleta de material para exame anatomopatológico está sendo realizada durante o exame endoscópico.

No Quadro 7 estão descritos o número de procedimentos endoscópicos e de coleta para biópsia de cólon e reto efetuados no ano de 2015.

Quadro 7 - Procedimentos de colonoscopia, retossigmoidoscopia e de coleta para biopsia de cólon e reto – 2015

Região de Saúde	Colonoscopia	Retossigmoidoscopia	Biopsia de Anus e Canal Anal	Total
Baía da Ilha Grande	183	1	1	185
Baixada Litorânea	53	-	-	53
Centro-Sul	287	23	2	312
Médio Paraíba	2.412	298	55	2.765
Metropolitana I	6.165	1.295	7	7.467
Metropolitana II	927	37	-	966
Noroeste	154	23	-	177
Norte	1.290	146	-	1.437
Serrana	971	224	-	1.197
Total	12.442	2.047	65	14.559

Fonte: SIA-SUS, 2016.

Ainda que, pelo motivo apresentado acima, não possamos avaliar suficiência de oferta para esses procedimentos pelo dado específico de produção do SIA-SUS, chama atenção à baixa produção de algumas regiões do estado.

Especificamente quanto à colonoscopia, é de forma recorrente apontada a dificuldade de acesso e de se identificar serviços que trabalhem pelo valor de tabela do SUS.

Cabe aqui, como nos demais casos, a validação pelos gestores municipais, inclusive para a situação de compra desses serviços na rede privada, que não geram apresentação da produção nos sistemas oficiais de faturamento do SUS.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1631 de 2015, que define os parâmetros para necessidade dos principais procedimentos e exames que foram relacionados a um médico especialista, são necessárias 350 colonoscopias por 100.000 habitantes/ano. De acordo com esse parâmetro, seriam necessárias 43.444 colonoscopias, por ano, para atender a necessidade da população SUS dependente estadual, número bastante inferior ao informado.

No Quadro 8 descreve-se o número de procedimentos realizados de endoscopia digestiva alta em 2015.

Quadro 8 - Procedimentos endoscopia digestiva alta – 2015

Região de Saúde	Endoscopia digestiva alta
Baía da Ilha Grande	1.263
Baixada Litorânea	585
Centro-Sul	1.265
Médio Paraíba	7.872
Metropolitana I	21.542
Metropolitana II	1.240
Noroeste	1.296
Norte	4.592
Serrana	4.897
Total	44.552

Fonte: SIA-SUS, 2016.

Este é um procedimento utilizado para investigação de diferentes patologias, bastante frequentes, como as doenças benignas do trato digestivo, e de identificação de H. Pylori, que provoca alterações na mucosa do estômago e lenta e progressivamente podem gerar a transformação carcinomatosa.

Dessa forma, a demanda por este tipo de procedimento deve ser superior á necessidade de diagnóstico de câncer.

2.2.3.2.5 CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO

Segundo a tabela SUS de procedimentos, fazem parte deste grupo as biópsias de faringe, gânglios linfáticos, glândula salivar, pirâmide nasal, tireoide e paratireoide e tecidos moles da boca.

O Quadro 9 mostra o número de procedimentos de biópsia de cabeça e pescoço realizados por Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro em 2015.

Quadro 9 - Procedimentos de biópsia de cabeça e pescoço – 2015

Região de Saúde	BIOPSIAS DE CABEÇA E PESCOÇO
Baía da Ilha Grande	51
Baixada Litorânea	6
Centro-Sul	25
Médio Paraíba	314
Metropolitana I	779
Metropolitana II	22
Noroeste	237
Norte	57
Serrana	39
Total	1.530

Fonte: SIA-SUS, 2016.

**Excluídos os dados de biópsia de tireoide.*

Considerando que a incidência estimada para o câncer de cabeça e pescoço, segundo o INCA, é de 1.048 casos novos, para uma cobertura de 80% da população total, os dados sugerem que o estado do Rio de Janeiro não possui cobertura para a realização de coleta de material por meio de biópsia, conforme indicam os números de produção ambulatorial acima apresentados.

A investigação de alteração em linfonodo é muito comum na prática médica, já que pode representar um sinal de uma doença sistêmica como neoplasia, doença autoimune ou infecciosa. Devido à grande diversidade de diagnóstico diferencial, a anamnese e o exame físico bem detalhados são fundamentais para o raciocínio clínico e devem direcionar a investigação etiológica

Segundo Dourado ET AL, 2010 e Bazemore ET AL, 2002, a prevalência de neoplasia em pacientes com comprometimento do linfonodo parece ser baixa. A cada 100 pacientes com alteração em linfonodo, 3 serão submetidos à biópsia do mesmo e 1 indicará neoplasia. Porém, o que se observa é o aumento dessa percentagem com o envelhecimento, principalmente após os 40 anos de idade (Habermann ET AL, 2000). Portanto, o número de biópsias realizadas deveria ser, no mínimo, três vezes maior que a apresentada.

As discussões regionais já apontam, de forma recorrente, a deficiência de cobertura para o diagnóstico precoce dos cânceres de cabeça e pescoço, bem como fluxo de referência para o atendimento nas unidades especializadas.

Outro dado importante é a distribuição dos serviços de coleta apresentados nas planilhas acima por Regiões de Saúde, vide Região Metropolitana I que se destaca por

concentrar o maior percentual da produção registrada, tanto pelo fato de possuir a maior população em relação às outras regiões, quanto pelo número de unidades de saúde nesta região, que possui alta densidade tecnológica conveniada ao SUS.

2.2.3.2.6 CÂNCER DE PULMÃO

A estimativa de incidência de câncer de pulmão para o ano de 2016 no Estado do Rio de Janeiro é de 2.920 casos novos (INCA, 2016). Essa é a principal causa de morte por câncer entre homens e mulheres e, a cada ano, morrem mais pessoas de câncer de pulmão do que de câncer colorretal, câncer de mama e câncer de próstata combinados.

A alta incidência aliada à elevada mortalidade fazem do carcinoma broncogênico um problema de saúde pública. Na ausência de programas de rastreamento efetivos e economicamente viáveis para se detectar a doença inicial em fase assintomática e pelo fato de os primeiros sintomas em geral refletirem fase avançada da doença, o câncer de pulmão continua sendo um grande desafio na área médica, pois têm sido frustradas as tentativas terapêuticas de melhorar a sobrevida dos pacientes em cinco anos.

Assim, diante deste cenário, conclui-se que para o câncer de pulmão, a definição de diagnóstico precoce não pode ser aplicada, sendo mais compatível com a realidade desse a definição de “diagnóstico oportuno”.

Os exames para diagnóstico de câncer de pulmão são o exame endoscópico, a broncoscopia e a biópsia de pulmão por aspiração. No Quadro 10 estão descritos os exames broncoscopia para o diagnóstico do câncer de pulmão. Não houve registro de produção da biópsia de pulmão por aspiração no período de 2015.

Devemos destacar que a realização da broncoscopia não significa que a coleta de material/biópsia para o exame anatomopatológico tenha sido realizada. Esta é uma limitação das informações fornecidas pelo Sistema de Informação Ambulatorial do SUS.

Quadro 10 – Procedimentos de Broncoscopia – 2015

Região de Saúde de residência	Broncoscopia
Baía da Ilha Grande	11
Baixada Litorânea	-
Centro-Sul	4
Médio Paraíba	109
Metropolitana I	809
Metropolitana II	313
Noroeste	9
Norte	3
Serrana	58
Total	1316

Fonte: SIA-SUS, 2016.

Os números de produção demonstram a baixa cobertura dos exames no diagnóstico do câncer de pulmão, sendo necessário, o levantamento da capacidade instalada (profissionais médicos, broncoscópio e laboratório de anatomopatologia) para identificar a necessidade de investimento e/ou otimização dos recursos e a organização dos fluxos de referência no atendimento do paciente com sinais e sintomas suspeitos de câncer de pulmão.

2.2.3.2.7 Exames Anatomopatológicos para congelamento / parafina por peça cirúrgica ou por biopsia de colo uterino e mama

Este é um item fundamental na estruturação do fluxo diagnóstico em oncologia. As coletas podem ser realizadas em pontos estratégicos de acesso e os materiais encaminhados para os laboratórios de referência, que podem concentrar essa produção e aumentar sua escala.

No Quadro 11 estão listados os estabelecimentos, por Região de Saúde e município de localização, que apresentaram produção de exame anatomopatológico para congelamento / parafina por peça cirúrgica ou por biopsia de colo uterino e mama no ano de 2015.

Quadro 11 - Exame anatomopatológico para congelamento / parafina por peça cirúrgica ou por biópsia de colo uterino e mama.

Exame Anatomopatológico - Biópsia - Ano 2015				
Região	Município	Estabelecimentos	Colo do Útero	Mama
			Quantidade Aprovada	
Metropolitana I	Rio de Janeiro	2269481 SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE AP 32	173	-
		2269899 HOSPITAL MARIO KROEFF	20	181
		2273284 MS INCA SITEC SERV CITOPATOLOGIA	437	139
		2296594 UFRJ INSTITUTO DE GINECOLOGIA	240	-
		2708353 FIOTEC IFF INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA	4	12
	São Gonçalo	6255736 LABORATORIOS MIGUEZ	28	32
	São João de Meriti	6518893 SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART	-	1.551
Metropolitana II	Itaboraí	2268892 LABORATORIO SAO JOAO BATISTA	22	-
	Niterói	0012505 HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	-	129
Norte	Campos dos Goytacazes	2287447 HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	83	185
Serrana	Teresópolis	2292386 HOSPITAL SAO JOSE	-	6
		2297795 HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESOPOLIS	2	-
Total			1.009	2.235

Fonte: SIA-SUS, 2016.

No Quadro 12 são relacionados os estabelecimentos credenciados ao SUS que apresentaram alguma produção, no ano de 2015, relativo ao procedimento de anatomopatológico para congelamento / parafina por peça cirúrgica ou por biópsia (exceto colo de útero e mama). Este é um dado que deve ser avaliado localmente e redefinidos os fluxos de encaminhamentos.

Quadro 12 – Laboratórios que apresentaram produção no ano 2015

Anatomopatológico para congelamento / parafina por peça cirúrgica ou por biópsia (exceto colo de útero e mama)		
Região	Município	Unidade de Saúde
Baia da Ilha Grande	Angra dos Reis	2280868 HOSPITAL E MATERNIDADE CODRATO DE VILHENA
		2281201 LABORATORIO ANGRALAB
		2281384 HOSPITAL DE PRAIA BRAVA
		6274056 CENTRO DE DIAGNOSTICO BIOMEDICO CDB
Baixada Litorânea	Araruama	2294028 LABORATORIO ARARUAMA
Centro-Sul	Três Rios	2292629 LABORATORIO TINOCO
		2294923 HOSPITAL DE CLINICAS NOSSA SENHORA DA CONCEICAO

Médio Paraíba	Barra do Pirai	2287919 CASA DE CARIDADE SANTA RITA
	Pirai	2267187 HOSPITAL FLAVIO LEAL
	Resende	3820998 LABORATORIO DR FALCAO
	Valença	2292912 HOSPITAL ESCOLA LUIZ GIOSEFFI JANNUZZI
	Volta Redonda	0025135 HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOAO BATISTA
		2815125 LABORATORIO DR FALCAO
Metropolita na I	Duque de Caxias	2277409 CDL CENTRO DE DIAG LABORATORIO DE IMBARIE
	Nova Iguaçu	2281627 LABORATORIO TERRA PEREIRA
		7442246 AAS
	Rio de Janeiro	2269481 SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE AP 32
		2269783 UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO
		2269899 HOSPITAL MARIO KROEFF
		2270064 SMS POLICLINICA NEWTON ALVES CARDOZO AP 31
		2270714 SMS HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES AP 10
		2273284 MS INCA SITEC SERV CITOPATOLOGIA
		2280167 UFRJ HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO
		2295415 HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE
		2296306 SMS HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO AP 32
		3784975 SMS CF ZILDA ARNS AP 31
		5179726 SMS CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS AP 31
		6664075 SMS CF FELIPPE CARDOSO AP 31
		6804209 SMS CF ASSIS VALENTE AP 31
		7185081 SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TRANSPLANTE CANCER E CIR INFANTIL
Metropolita na II	Itaboraí	2268892 LABORATORIO SAO JOAO BATISTA
	Maricá	3150224 VALLAB LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA
	Niterói	0012505 HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO
		0012521 SES RJ HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA
		2273063 LABORATORIO DOM BOSCO
	Rio Bonito	2296241 HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS
Noroeste	São Gonçalo	6255736 LABORATORIOS MIGUEZ
	Itaperuna	2278855 HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI
Norte	Porciúncula	2272369 HOSPITAL DE PORCIUNCULA
		2287250 SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA DE CAMPOS
		2287285 INSTITUTO DE MED NUCLEAR E ENDOCRINOLOGIA
		2287382 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMPOS
Serrana	Campos dos Goytacazes	2287447 HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM
		2275538 CENTRO DE ODONTOLOGIA
		2275562 HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO
		2292386 HOSPITAL SAO JOSE
Serrana	Teresópolis	2297795 HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESOPOLIS

Fonte: SIA-SUS, 2016.

A produção dos exames anatomopatológicos apresentados no SIA/ SUS foi extremamente incoerente com os dados de coleta e com os relatos apresentados nas Comissões Intergestores das Regionais (CIR) no que se refere à oferta destes procedimentos. Portanto, será objeto de análise específica e discutido com os gestores municipais.

2.2.3.3 Projetos de Centros de Diagnóstico em Oncologia

Diante de uma suspeita de câncer, o prognóstico ou plano terapêutico só pode ser discutido após a emissão do diagnóstico, contendo o órgão de origem, o tipo do tumor e seu estadiamento. Outras muitas informações podem ser necessárias para a definição detalhada do tratamento em cada situação.

A anamnese e o exame físico são a base do diagnóstico clínico e constituem os elementos orientadores da indicação de exames complementares.

São múltiplas as finalidades dos exames complementares na área da oncologia. A solicitação destes exames visa a avaliar o tumor primário, as funções orgânicas, a ocorrência simultânea de outras doenças e a extensão da doença neoplásica (estadiamento). Além disso, os exames complementares são indicados para detecção de recidivas, controle da terapêutica e rastreamento em grupos de risco. Os exames utilizados para diagnosticar e estadiar o câncer são, na maioria, os mesmos usados no diagnóstico de outras doenças. Assim é que os exames laboratoriais, de registros gráficos, endoscópicos e radiológicos, inclusive os ultrassonográficos e de medicina nuclear, constituem meios pelos quais se obtêm a avaliação anatômica e funcional do paciente, a avaliação do tumor primário e suas complicações locorregionais e à distância.

Alguns tumores se caracterizam pela produção de substâncias, cuja dosagem é usada como meio diagnóstico, como parâmetro de estadiamento, como controle da terapêutica e como fator prognóstico. Essas substâncias são conhecidas como marcadores tumorais.

Por fim, o laudo anatomopatológico, no caso dos tumores sólidos, ou o laudo da medicina laboratorial no caso das leucemias, é o ponto para onde convergem diversas ações, desde uma suspeita de neoplasia, e a partir do qual partem outras diversas ações no cuidado com o paciente. Sem amostra não há diagnóstico e sem uma amostra representativa também não há diagnóstico.

Uma lei em vigor desde 2012 (Lei 12.732/12) assegura aos pacientes com câncer o início do tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em no máximo 60 dias após a inclusão da doença em seu prontuário.

No entanto, o diagnóstico precoce e a demora no acesso ao tratamento ainda são os desafios no Brasil. Como exemplo, dados mostram que no País, em média, 60% dos diagnósticos de câncer de mama só são dados em estágios avançados da doença, o que diminui as chances de cura e aumenta, em muito, o custo do sistema de saúde (Barros et al, 2012 e Thuler LC, Mendonça GA, 2005).

Convém ressaltar que o controle do câncer apresenta singularidades quando comparado com outras doenças. Suas ações que vão desde a prevenção primária, eliminação de exposição a fatores cancerígenos, até o tratamento da doença, de alto custo, com resultados muitas vezes discutíveis.

A singularidade está em que a incidência da doença não pode ser reduzida de forma realmente efetiva, com a disponibilidade dos conhecimentos atuais, a não ser a custos altíssimos. Isso significa que, no momento atual, não há forma barata de controle do câncer, e ainda são insatisfatórios os seus resultados (Qin, Wang, et AL, 1996).

Por este motivo, recursos materiais e humanos aplicados no controle do câncer devem ser administrados de forma o mais eficiente possível, para não redundar em esforço inútil. A ampliação de oportunidades de diagnóstico precoce tem sido considerada uma ótima forma de investimento neste setor.

Como proposta para ampliar e agilizar o diagnóstico do câncer no ERJ, propomos a criação de Centros Regionais de Diagnóstico em Oncologia, onde os pacientes com suspeita da doença possam encontrar, no mesmo local, todos os tipos de exames necessários para o diagnóstico: exames de análises clínicas, biópsias, endoscopia, colonoscopia, broncoscopia, mamografia digital, raios-x, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, cintilografia, densitometria, radiologia intervencionista e medicina nuclear.

Os Centros Regionais de diagnóstico em Oncologia deverão, preferencialmente, ser instalados em Unidades de Saúde públicas e/ou conveniadas ao SUS, atualmente existentes nas regiões de saúde do ERJ, nas quais existam estrutura física, equipamentos, mobiliário, insumos e recursos humanos suficientes para atender integralmente as necessidades no diagnóstico do câncer.

Os estabelecimentos que se credenciarem para serem Centros de Diagnóstico em Oncologia deverão apresentar o seu plano de atenção e sua capacidade de atendimento regional para aprovação nas reuniões das Comissões Intergestores Regionais, respectivas. As formas de financiamento, tanto de custeio, quanto de investimento, dos Centros de Diagnóstico Regionais serão objeto de discussão e pactuação nas Comissões Intergestores

Bipartite Regionais do Estado, de acordo com projeto básico elaborado pelo Grupo Técnico de Trabalho em Oncologia composto por técnicos do COSEMS-RJ E SES/RJ.

2.2.3.4 Alta Complexidade

Constitui num conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde, atenção básica e de média complexidade. Possui um elenco de procedimentos de alto custo que se organiza no formato de redes, com crescente inclusão de novas tecnologias.

No caso da Rede de Atenção Oncológica, temos a prestação de atenção especializada de alta complexidade, compreendendo as consultas e exames para acompanhamento, o diagnóstico diferencial e definitivo de câncer e o tratamento por cirurgia, radioterapia, oncologia clínica e cuidados paliativos.

2.2.3.4.1 Unidades de referência de alta complexidade

A Rede de Oncologia no estado do Rio de Janeiro é composta por 25 UNACONs/CACONs, 03 serviços de radioterapia isolados em funcionamento, 02 hospitais de cirurgia oncológica, distribuídos em 12 municípios que estão localizados em 08 das 09 Regiões de Saúde do Estado.

Possui como uma importante característica a interdependência entre regiões na oferta do atendimento oncológico integral, ou seja, nenhuma região de saúde possui suficiência na oferta de serviços, seja nas especialidades ou modalidades de tratamento, ou no quantitativo de procedimento. Dessa forma, cada região, de acordo com a especificidade de sua rede assistencial local, possui necessidades complementares que são atendidas em outras regiões de saúde. Esse formato de Rede é resultado de um planejamento com base em oportunidades de ofertas de serviço.

No estado do Rio de Janeiro a Rede de Alta Complexidade Oncológica está pactuada por meio da Deliberação CIB-RJ nº 2.883 de 12 de maio de 2014, ocorrida na 3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite realizada em 10 de Abril de 2014, que estabelece as referências dos municípios para Alta Complexidade Oncológica, dentro de cada Região de Saúde.

Identifica-se a necessidade de atualização da Deliberação CIB que pactua a Rede, considerando novas habilitações e referência que foram redefinidas pelos fluxos migratórios e de regulação.

Na Figura 5 descreve-se a quantidade de estabelecimentos habilitados por Região de Saúde/Município e o tipo de Habilitação existente, em 2016, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Note-se que o número de serviços de radioterapia isolados com habilitação é inferior ao descrito acima, pois dos 5 ainda habilitados, apenas 3 deles estão em efetivo funcionamento. Os serviços de radioterapia de complexo hospitalar somam aos UNACONs os quais estão associados, contando como um serviço apenas, apesar da classificação em separado no CNES.

Em 2016, foi habilitado o serviço de Volta Redonda como UNACON com radioterapia, mudando sua classificação, que era inicialmente de UNACON com serviço de radioterapia de complexo hospitalar (conforme o quadro abaixo).

Figura 5 - Quantidade de estabelecimentos e tipo de habilitação por Região de Saúde/Município em 2016

Região de Saúde/Município	Serviço isolado radioterapia	Serviço de radioterapia de complexo hospitalar	Unacon	Unacon com Serviço de radioterapia	Unacon com Serviço de hematologia	Unacon com Serviço de oncologia pediátrica	Unacon com Serviço de radioterapia e hematologia	Unacon com Serviço de radioterapia e oncologia pediátrica	Unacon exclusiva de hematologia	Cacon	Cacon com Serviço de oncologia pediátrica	Hospital geral com cirurgia oncológica	Total
Baixada Litorânea													1
Cabo Frio			1										1
Centro-Sul													1
Vassouras			1										1
Médio Paraíba													3
Barra Mansa							1						1
Volta Redonda		1	1										2
Metropolitana I													17
Nova Iguaçu	1												1
Rio de Janeiro	2		4	2	1	1	2		1	1	1	1	16
Metropolitana II													5
Niterói	2				1							1	4
Rio Bonito			1										1
Noroeste													1
Itaperuna								1					1
Norte													3
Campos dos Goytacazes			1	2									3
Serrana													3
Petrópolis		1	1										2
Teresópolis			1										1
Total	5	2	11	4	2	1	3	1	1	1	1	2	34

Fonte: CNES, agosto/2016.

Na Figura 6 abaixo estão descritos os estabelecimentos habilitados por município e por tipo de habilitação em 2016.

Figura 6 - Estabelecimentos Habilitados por Município e tipo de Habilitação, 2016.

Habilitações	CNES	Estabelecimento	Município
CACON	2280167	UFRJ HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	RIO DE JANEIRO
CACON COM SERVICO DE ONCOLOGIA PEDIATRICA E ONCOLOGIA	2273454	MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	RIO DE JANEIRO
HOSPITAL GERAL COM CIRURGIA ONCOLOGICA	12556	HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS	NITEROI
HOSPITAL GERAL COM CIRURGIA ONCOLOGICA	2269775	MS HOSPITAL DE IPANEMA	RIO DE JANEIRO
SERVICO DE RADIOTERAPIA DE COMPLEXO HOSPITALAR	2268779	CENTRO DE TERAPIA ONCOLOGICA SC LTDA	PETROPOLIS
SERVICO DE RADIOTERAPIA DE COMPLEXO HOSPITALAR	3502651	RADICLIN SUL FLUMINENSE	VOLTA REDONDA
SERVICO ISOLADO DE RADIOTERAPIA	3477371	CRI CLINICA DE RADIOTERAPIA INGA	NITEROI
SERVICO ISOLADO DE RADIOTERAPIA	2272962	RADIOISOTOPOS	NITEROI
SERVICO ISOLADO DE RADIOTERAPIA	2281821	INSTITUTO ONCOLOGICO	NOVA IGUACU
SERVICO ISOLADO DE RADIOTERAPIA	2269457	CLINICA DE RADIOTERAPIA OSOLANDO J MACHADO CATETE	RIO DE JANEIRO
SERVICO ISOLADO DE RADIOTERAPIA	2269422	CLINICA DE RADIOTERAPIA OSOLANDO J MACHADO SANTO CRISTO	RIO DE JANEIRO
UNACON	2278286	HOSPITAL SANTA IZABEL	CABO FRIO
UNACON	2287250	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA DE CAMPOS	CAMPOS DOS GOYTACAZES
UNACON	2275562	HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	PETROPOLIS
UNACON	2296241	HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	RIO BONITO
UNACON	2269384	HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	RIO DE JANEIRO
UNACON	2295415	HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	RIO DE JANEIRO
UNACON	2295423	MS HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES	RIO DE JANEIRO
UNACON	2292386	HOSPITAL SAO JOSE	TERESOPOLIS
UNACON	2273748	HUSF HOSPITAL UNIVERSITARIO SUL FLUMINENSE	VASSOURAS
UNACON	25186	HINJA	VOLTA REDONDA
UNACON COM SERVICO DE HEMATOLOGIA	12505	HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	NITEROI
UNACON COM SERVICO DE HEMATOLOGIA	2269880	MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVICO DE ONCOLOGIA PEDIATRICA	2273659	MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA	2287285	HOSPITAL DR BEDA	CAMPOS DOS
UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA	2287447	HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	CAMPOS DOS
UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA E HEMATOLOGIA	2280051	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	BARRA MANSA
UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA E HEMATOLOGIA	2269783	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA E ONCOLOGIA CIRÚRGICA HOSPITAL PORTE A	2269899	HOSPITAL MARIO KROEFF	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA E ONCOLOGIA CIRÚRGICA HOSPITAL PORTE A	2273462	MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA e ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	2278855	HOSPITAL SAO JOSE DO AVAÍ	ITAPERUNA
UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA, HEMATOLOGIA E CIRURGIA PEDIÁTRICA	2269988	MS HSE HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	RIO DE JANEIRO
UNACON E ONCOLOGIA CIRÚRGICA HOSPITAL PORTE A	2269821	MS INCA HOSPITAL DO CANCER II	RIO DE JANEIRO
UNACON EXCLUSIVA DE HEMATOLOGIA	2295067	SES RJ INST ESTADUAL DE HEMAT ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	RIO DE JANEIRO

Fonte: CNES, agosto/2016.

2.2.3.4.1.1 Região Metropolitana I

Figura 7 - Estabelecimentos Habilitados por Município da região e tipo de Habilitação, 2016.

Habilitações	CNES	Estabelecimento	Município
SERVICO ISOLADO DE RADIOTERAPIA	2281821	INSTITUTO ONCOLOGICO	NOVA IGUAÇU
CACON	2280167	UFRJ HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO	RIO DE JANEIRO
CACON COM SERVICO DE ONCOLOGIA PEDIATRICA E ONCOLOGIA CIRÚRGICA HOSPITAL PORTE A	2273454	MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	RIO DE JANEIRO
HOSPITAL GERAL COM CIRURGIA ONCOLOGICA	2269775	MS HOSPITAL DE IPANEMA	RIO DE JANEIRO
SERVICO ISOLADO DE RADIOTERAPIA	2269457	CLINICA DE RADIOTERAPIA OSOLANDO J	RIO DE JANEIRO
SERVICO ISOLADO DE RADIOTERAPIA	2269422	CLINICA DE RADIOTERAPIA OSOLANDO J	RIO DE JANEIRO
UNACON	2269384	HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	RIO DE JANEIRO
UNACON	2295415	HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	RIO DE JANEIRO
UNACON	2295423	MS HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVICO DE HEMATOLOGIA	2269880	MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVICO DE ONCOLOGIA PEDIATRICA	2273659	MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA E HEMATOLOGIA	2269783	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA E ONCOLOGIA CIRÚRGICA HOSPITAL PORTE A	2269899	HOSPITAL MARIO KROEFF	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA E ONCOLOGIA CIRÚRGICA HOSPITAL PORTE A	2273462	MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	RIO DE JANEIRO
UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA, HEMATOLOGIA E CIRURGIA PEDIÁTRICA	2269988	MS HSE HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	RIO DE JANEIRO
UNACON E ONCOLOGIA CIRÚRGICA HOSPITAL PORTE A	2269821	MS INCA HOSPITAL DO CANCER II	RIO DE JANEIRO
UNACON EXCLUSIVA DE HEMATOLOGIA	2295067	SES RJ INST ESTADUAL DE HEMAT ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	RIO DE JANEIRO

Fonte: CNES, agosto/2016.

A Região Metropolitana I é composta por 12 municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica que totalizam, segundo estimativa populacional do IBGE 2015, 10.118.003 habitantes. A Região possui 17 unidades habilitadas em oncologia, sendo 16 delas na capital, Rio de Janeiro e, 01 no município de Nova Iguaçu, o Instituto Oncológico, habilitado como Serviço Isolado de Radioterapia (01 equipamento de radioterapia).

Entre as 16 unidades do município do Rio de Janeiro, 02 delas são habilitadas como CACON, o INCA Hospital do Câncer I, com 06 aparelhos de Radioterapia, 03 aceleradores lineares, 02 equipamentos de cobalto e 01 de braquiterapia, e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ, com 02 aparelhos de Radioterapia, 01 acelerador linear e 01 de braquiterapia.

As unidades habilitadas como UNACON com serviço de Radioterapia são o Hospital Mario Kroeff, com 03 aparelhos de Radioterapia (02 aceleradores lineares e 01 de braquiterapia), o Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ, com 02 aparelhos de Radioterapia, 01 acelerador linear e 01 braquiterapia, o INCA/Hospital do Câncer III, com 02

aparelhos, 01 acelerador linear e 01 braquiterapia, e o Hospital Federal dos Servidores do Estado, com o serviço de Radioterapia interrompido devido a problemas com o aparelho.

São habilitados como UNACON (sem radioterapia) o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, o INCA/Hospital do Câncer II, o Hospital Federal Cardoso Fontes e Hospital Federal do Andaraí. Na Região existe 01 unidade habilitada como UNACON com Serviço de Oncologia Pediátrica, o Hospital Federal da Lagoa.

Há ainda 03 unidades habilitadas como Serviço Isolado de Radioterapia. Duas no Município do Rio de Janeiro, a Clínica de Radioterapia Osolando J Machado Santo Cristo (desativada) e a Clínica de Radioterapia Osolando J Machado – Catete, com 01 aparelho de Radioterapia e o Instituto Oncológico, em Nova Iguaçu, com 01 equipamento.

Para Cirurgia Oncológica, o Hospital de Ipanema é habilitado atualmente como Hospital Geral com Cirurgia Oncológica.

Quanto ao Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, o INCA, o Hospital Geral de Bonsucesso, o Hospital Universitário Pedro Ernesto e o Hospital Mário Kroeff oferecem o serviço. Estes são atualmente as referências estaduais para estes procedimentos.

São habilitadas na Região Metropolitana I como UNACON com Hematologia: o Hospital Geral de Bonsucesso, o Hospital Federal dos Servidores do Estado, o Hospital Universitário Pedro Ernesto e como UNACON exclusiva de Hematologia, o Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti (HEMORIO).

O Município do Rio de Janeiro (MRJ) é a referência em Cirurgia Oncológica e para todos os municípios da Região Metropolitana I. A Hematologia Oncológica é referência para Baía da Ilha grande, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I e Serrana. Para Oncologia Pediátrica, é referência para todas as regiões, exceto Norte e Noroeste.

Apesar dos serviços habilitados na Região Metropolitana II, a avaliação do estudo da produção de procedimentos de oncologia verificamos importante migração da população da Região Metropolitana II para o MRJ. Como exemplo podemos citar que cerca de 65% da cirurgia oncológica e 43% da Hematologia oncológica desta região foram realizadas no MRJ.

No ano de 2015, o MRJ apresentou a seguinte produção referente ao atendimento de pacientes não residentes nas Regiões Metropolitanas I e II: quimioterapia de 5.417 pacientes (representando 12.6% do total de atendimentos de não residentes nas Metropolitanas) e 281 tratamentos na modalidade de radioterapia (considerando 70 campos por tratamento) o que representa 9% dos atendimentos para os não residentes em Metropolitanas.

De acordo com a produção informada, para o mesmo período, nas demais Regiões de Saúde do Estado (exceto Regiões Metropolitanas I e II), foram realizados 37.590 tratamentos

na modalidade de quimioterapia, representando 87.4% dos atendimentos aos munícipes dessas regiões. Na modalidade de radioterapia foram realizados 2.861 atendimentos (considerando 70 campos por tratamento) representando 91% do total de atendimentos para os munícipes dessas regiões.

O serviço de radioterapia isolado de Nova Iguaçu é referência para toda a Baixada Fluminense composta por todos os municípios da Região Metropolitana I, exceto o município do Rio de Janeiro. Cerca de 90% de sua produção foi realizado para munícipes de Baixada Fluminense.

2.2.3.4.1.2 Região da Baía da Ilha Grande

A Região da Baía da Ilha Grande é formada pelos municípios de Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty e possui uma população de 269.533 habitantes (IBGE, 2015). É a única região que, atualmente, não possui nenhum estabelecimento de saúde habilitado como UNACON ou CACON. Suas referências são os serviços habilitados na Região do Médio Paraíba.

2.2.3.4.1.3 Região Metropolitana II

Figura 8 - Estabelecimentos Habilitados por Município da região e tipo de Habilitação, 2016

Habilitações	CNES	Estabelecimento	Município
HOSPITAL GERAL COM CIRURGIA ONCOLOGICA	12556	HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS	NITEROI
SERVICO ISOLADO DE RADIOTERAPIA	3477371	CRI CLINICA DE RADIOTERAPIA INGA	NITEROI
SERVICO ISOLADO DE RADIOTERAPIA	2272962	RADIOISOTOPOS	NITEROI
UNACON COM SERVICO DE HEMATOLOGIA	12505	HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	NITEROI
UNACON	2296241	HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	RIO BONITO

Fonte: CNES, agosto/2016.

Os municípios de Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá compõem a Região Metropolitana II, totalizando 2.021.681 habitantes (IBGE, 2015) que possui, atualmente, 05 unidades habilitadas em oncologia.

No município de Rio Bonito está localizada uma UNACON, o Hospital Regional Darcy Vargas. No município de Niterói, encontra-se uma UNACON com Hematologia, o Hospital Universitário Antônio Pedro, 01 unidade habilitada como Hospital Geral com Cirurgia Oncológica, o Hospital Municipal Orêncio de Freitas (que não vem apresentado

produção cirúrgica), e 02 unidades habilitadas como Serviço Isolado de Radioterapia, a CRI - Clínica de Radioterapia Ingá, com 01 aparelho de Radioterapia e a Radioisótopos, que encontra-se desativada.

Efetivamente, a região conta com 2 UNACONs e um serviço de radioterapia isolado.

Os municípios de Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá tem como referência para Oncologia Clínica e Cirurgia Oncológica o município de Rio Bonito, apesar de haver uma importante migração para outros municípios. Nesse contexto, é possível visualizar que 18% dos procedimentos de oncologia clínica de residentes dos municípios mencionados foram realizados no município do Rio de Janeiro e 12% em Niterói. Já nos procedimentos de cirurgia oncológica, observa-se uma migração de 56% para o município do Rio de Janeiro e 10% para Niterói.

O município de Niterói pactou que atenderia sua própria população para Oncologia Clínica e Cirurgia Oncológica, no entanto, cerca de 56% dos procedimentos de cirurgia oncológica e 27% de oncologia clínica dos munícipes de Niterói foram realizados no município do Rio de Janeiro.

O município de São Gonçalo tem sua demanda de Oncologia Clínica e Cirurgia Oncológica referenciada para Rio Bonito e Niterói. Entretanto, observa-se uma migração para o município do Rio de Janeiro de cerca de 76% no total dos procedimentos de cirurgia oncológica e 37% de oncologia clínica.

Quanto à Radioterapia, todos os municípios da Região Metropolitana II tem como referência o município de Niterói. Todavia, ao analisar o estudo de migração, observamos que a demanda de Radioterapia da Região é atendida, em cerca de 75% no município de Niterói e 25% no MRJ.

Para os serviços de Hematologia, apesar de Niterói ser a referência da região, 43% dos procedimentos foram realizadas no MRJ. Os serviços de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Oncologia Pediátrica são referenciados para o município do Rio de Janeiro, considerando a ausência das especialidades nos demais municípios.

Esta análise corrobora a necessidade de revisão da atual Deliberação de Rede e do papel do município do Rio de Janeiro como Polo de toda a Região Metropolitana, em face dos fluxos migratórios vigentes.

2.2.3.4.1.4 Região da Baixada Litorânea

Figura 9 - Estabelecimentos Habilitados por Município da região e tipo de Habilitação, 2016

Habilitações	CNES	Estabelecimento	Município
UNACON	2278286	HOSPITAL SANTA IZABEL	CABO FRIO

Fonte: CNES, agosto/2016.

A Região da Baixada Litorânea é formada pelos municípios de Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema, totalizando 768.941 habitantes (IBGE, 2015). Possui 01 prestador habilitado como UNACON - o Hospital Santa Izabel, localizado no município de Cabo Frio. É a referência em cirurgia oncológica e quimioterapia para toda região. Não oferece serviços de oncologia pediátrica, cirurgia de cabeça e pescoço e radioterapia.

Para o tratamento de Radioterapia, a Baixada Litorânea é referenciada para serviço de Campos dos Goytacazes, localizado na região Norte.

Para os serviços de oncologia pediátrica e cirurgia de cabeça e pescoço, a referência é o município do Rio de Janeiro. E para a especialidade de oncologia hematológica, toda a região é referenciada para Niterói, na Região Metropolitana II.

Durante o ano de 2015, o Hospital Santa Izabel inaugurou o serviço de radioterapia com 01 acelerador linear e solicitou alteração de habilitação para UNACON com Serviço de Radioterapia. A pactuação da proposta em CIB depende ainda de publicação de Portaria pelo Ministério da Saúde.

2.2.3.4.1.5 Região Centro Sul

Figura 10 - Estabelecimentos Habilitados por Município da região e tipo de Habilitação, 2016

Habilitações	CNES	Estabelecimento	Município
UNACON	2273748	HUSF HOSPITAL UNIVERSITARIO SUL	VASSOURAS

Fonte: CNES, agosto/2016.

Os municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e

Vassouras compõem a Região Centro Sul, totalizando 327.784 habitantes (IBGE, 2015). Atualmente a referência regional é o Hospital Universitário Sul Fluminense, UNACON situado no município de Vassouras, que é referência em Cirurgia Oncológica para toda a região e em Oncologia Clínica para 60% da população de Areal, 70% da população de Três Rios e 100% do restante dos municípios, totalizando uma população referenciada de 299.217 habitantes (IBGE, 2015). O UNACON Hospital Universitário Sul Fluminense, possui um serviço de oncologia clínica adicional, fora de suas próprias instalações e situado no município de Três Rios.

Para o tratamento de Radioterapia, os municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia e Três Rios tem como referência, considerando a facilidade do acesso, o município de Petrópolis, na Região Serrana. Os municípios de Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paty do Alferes, e Vassouras são referenciados para o município de Volta Redonda, na Região do Médio Paraíba.

Para as especialidades de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Oncologia Pediátrica e Hematologia, a referência de toda a região é o município do Rio de Janeiro.

O Hospital Universitário Sul Fluminense está solicitando habilitação do serviço de hematologia, para referência regional e de parte da região serrana.

O Hospital Sul Fluminense foi uma das três unidades contempladas no Estado do Rio de Janeiro pelo Plano de Expansão da Radioterapia, do Ministério da Saúde. O início das obras estava previsto para outubro de 2016 e de operação para março de 2018.

2.2.3.4.1.6 Região do Médio Paraíba

Figura 11 - Estabelecimentos Habilitados por Município da região e tipo de Habilitação, 2016

Habilitações	CNES	Estabelecimento	Município
SERVICO DE RADIOTERAPIA DE COMPLEXO HOSPITALAR	3502651	RADICLIN SUL FLUMINENSE	VOLTA REDONDA
UNACON	25186	HINJA	VOLTA REDONDA
A UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA E HEMATOLOGIA	2280051	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	BARRA MANSA

Fonte: CNES, agosto/2016.

A Região do Médio Paraíba é constituída por 12 municípios: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda, com 879.181 habitantes (IBGE, 2015).

Possui, atualmente, 02 unidades habilitada como UNACON: o HINJA, que formava complexo com a RADICLIN, habilitado como Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar, ambos localizados no município de Volta Redonda e, a Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, habilitada como UNACON com radioterapia e serviço de hematologia, além da oferta do serviço de cabeça e pescoço. Este último serviço, habilitado em 2016, recebeu recursos de custeio federal que correspondem a 60% do cálculo da necessidade para o funcionamento pleno do serviço.

O complexo HINJA e RADICLIN era referência em Oncologia Clínica, Cirurgia Oncológica e Radioterapia para as Regiões do Médio Paraíba e da Baía de Ilha Grande. Juntas, as duas regiões, somam uma população de 1.148.714 habitantes (IBGE, 2015). No entanto, o HINJA construiu seu próprio serviço de Radioterapia, com 01 equipamento, e solicitou alteração de habilitação para UNACON com Radioterapia, não apresentando interesse em manter a RADICLIN como Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar. A proposta foi pactuada na CIB de dezembro de 2015. O descredenciamento e desabilitação da RADICLIN foram pactuados na CIB de setembro de 2016.

Para os serviços de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Oncologia Pediátrica e Hematologia, o município de referência para as duas regiões ainda é o Rio de Janeiro. A proposta de remanejamento de recursos e referências está sendo avaliada para pactuação da nova referência, no serviço de Barra Mansa.

Habilitações	CNES	Estabelecimento	Município
UNACON COM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA e ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	2278855	HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI	ITAPERUNA

2.2.3.4.1.7 Região Noroeste

Figura 12 - Estabelecimentos Habilitados por Município da região e tipo de Habilitação, 2016

A Região Noroeste é composta pelos municípios de Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai, totalizando 336.571 habitantes (IBGE, 2015). Possui uma unidade habilitada como UNACON com Serviço de Radioterapia e Oncologia Pediátrica, o Hospital São José do Avaí, localizado no município de Itaperuna. A unidade possui 03 aparelhos de Radioterapia (02 aceleradores e Braquiterapia). A UNACON no município de Itaperuna é referência para Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica, Oncologia Pediátrica e Radioterapia para toda a Região Noroeste. Para Oncologia Pediátrica, também é referência para a região Norte.

Não possui disponíveis os serviços de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Hematologia, necessitando referenciar seus habitantes para o município do Rio de Janeiro. Alguns procedimentos de cirurgia de cabeça e pescoço são absorvidos.

A região, por ocupar uma área geográfica extensa e distante de demais centros de referência, necessita garantir a oferta de serviços para a população local. Entretanto, por sua baixa densidade populacional, alguns serviços possuem ociosidade de vagas, como a radioterapia. Estando localizada há uma distância de 314 km da capital, caracterizado como um local de difícil acesso para pacientes de outras regiões do Estado do Rio de Janeiro existe a dificuldade de remanejamento de referências para estas vagas, especialmente para realização de um tratamento que requer deslocamento diário.

2.2.3.4.1.8 Região Norte

Figura 13 - Estabelecimentos Habilitados por Município da região e tipo de Habilitação, 2016

Habilitações	CNES	Estabelecimento	Município
UNACON	2287250	SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA DE CAMPOS	CAMPOS DOS GOYTACAZES
UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA	2287285	HOSPITAL DR BEDA	CAMPOS DOS GOYTACAZES
UNACON COM SERVICO DE RADIOTERAPIA	2287447	HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	CAMPOS DOS GOYTACAZES

Fonte: CNES, agosto/2016.

Os municípios de Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra compõem a Região Norte, totalizando 892.046 habitantes (IBGE, 2015). A Região possui três unidades de oncologia habilitadas. Todas no município de Campos dos Goytacazes: o Hospital Escola Álvaro Alvim, com 01 equipamento de radioterapia, e o Hospital Dr. Beda (IMNE) como

UNACON com Radioterapia, com 02 equipamentos, 01 acelerador linear e 01 braquiterapia, e a Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, como UNACON.

Com exceção do município de São Fidélis, que tem como referência para Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica e Radioterapia o município de Itaperuna, todos os demais municípios são referenciados, quanto aos serviços citados, para Campos dos Goytacazes. Para o serviço de Hematologia, todos os municípios da região têm Campos dos Goytacazes como referência. Em Cirurgia de Cabeça e Pescoço a referência é somente o município do Rio de Janeiro e para Oncologia Pediátrica a referência é Itaperuna.

2.2.3.4.1.9 Região Serrana

Figura 14 - Estabelecimentos Habilitados por Município da região e tipo de Habilitação, 2016

Habilitações	CNES	Estabelecimento	Município
UNACON	2292386	HOSPITAL SAO JOSE	TERESOPOLIS
SERVICO DE RADIOTERAPIA DE COMPLEXO HOSPITALAR	2268779	CENTRO DE TERAPIA ONCOLOGICA SC LTDA	PETROPOLIS
UNACON	2275562	HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	PETROPOLIS

Fonte: CNES, agosto/2016.

A Região Serrana é composta por 16 municípios: Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis e Trajano de Moraes, com 936.284 habitantes (IBGE, 2015).

Nesta região estão localizadas duas unidades de Oncologia habilitadas: o Hospital São José, no município de Teresópolis, atualmente habilitado como UNACON; O Hospital Alcides Carneiro, localizado em Petrópolis, habilitado como UNACON que forma complexo com o Centro de Terapia Oncológica, habilitado como Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar, com 01 equipamento acelerador linear.

A UNACON de Teresópolis é referência em Cirurgia Oncológica para todos os municípios da região, exceto para Petrópolis, que atende sua própria população.

Para Oncologia Clínica, o município de Teresópolis é referência para os municípios de Nova Friburgo, Santa Maria Madalena, São José Vale Rio Preto, São Sebastião Alto, Sumidouro, Trajano de Moraes e Teresópolis.

O município de Petrópolis é referência para seus próprios munícipes, além de Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco e parte das referências de Areal e Três Rios (estes dois últimos, municípios da Região Centro Sul).

No que se refere à Radioterapia, o município de Petrópolis é referência para todos os municípios da região. A região não possui serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Oncologia Pediátrica e Hematologia, tendo o município do Rio de Janeiro como referência para esses serviços.

O Hospital São José/ UNACON de Teresópolis também foi contemplado pelo Plano de Expansão da Radioterapia do Ministério da Saúde, que apresentou previsão de início das obras na unidade para outubro de 2016 e de operação para março de 2018.

O município de Petrópolis solicitou habilitação de um novo prestador de Radioterapia, com 01 acelerador linear. Cabe ressaltar que o município é referência em Radioterapia para os municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia e Três Rios, todos situados na região Centro Sul, totalizando 1.095.730 habitantes como referência para Petrópolis.

Nas diferentes regiões, identifica-se que os recursos de custeio, atualmente alocados, não vêm sendo suficientes para cobrir toda produção informada de procedimentos de oncologia de alta complexidade.

2.2.3.4.2 Parâmetros para avaliação da necessidade de serviços de alta complexidade

Considerando os parâmetros da Portaria SAS/MS nº 140 de 27 de fevereiro de 2014, o número de estabelecimentos de saúde a serem habilitadas como CACON ou UNACON segue a razão de 01 estabelecimento de saúde para cada 500.000 habitantes. Contudo, para os Estados das Regiões Sul e Sudeste, por apresentarem maior contingente de população acima de 50 (cinquenta) anos, são admitidas habilitações para áreas com população inferior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes. Nestes casos, esta população deve ter a estimativa de 900 casos novos anuais de câncer, excetuando-se o câncer de pele (não melanoma).

Assim sendo, considerando que a estimativa INCA/2016 de casos novos para o Estado do Rio de Janeiro é de 44.440 casos novos/ano (excetuando o câncer de pele não melanoma) e que a população estimada para o ano de 2016 é de 16.602.656 habitantes, concluímos que a necessidade de unidades habilitadas no Estado é de 01 unidade pra cada 338.830 habitantes.

Dessa forma, o Estado do Rio de Janeiro comporta até 49 unidades para toda a população e 39 unidades para cobrir a população SUS dependentes (80% de população total).

No Quadro 13 abaixo estão descritas as necessidades de CACON/UNACON, por Região de Saúde, de acordo com os parâmetros da Portaria SAS/MS nº 140 de 27 de fevereiro de 2014.

Quadro 13 – Parâmetros de necessidade de UNACON

Região de Saúde/Município	População Total 2015	População SUS dependente	Parâmetro UNACON/CACON (1/338.830 Hab.)	Parâmetro UNACON/CACON (1/338.830 Hab.)	UNACON/CACON Existentes	Déficit UNACON/CACON
Baía da Ilha Grande	269.533	215.626	0,64	0	0	0
Baixada Litorânea	768.941	615.153	1,82	2	1	(1)
Centro-Sul	327.784	262.227	0,77	1	1	0
Médio Paraíba	879.181	703.345	2,08	2	2	0
Metropolitana I	10.118.003	8.094.402	23,89	24	13	(11)
Metropolitana II	2.021.681	1.617.345	4,77	4	2	(2)
Noroeste	336.571	269.257	0,79	1	1	0
Norte	892.046	713.637	2,11	2	3	0
Serrana	936.284	749.027	2,21	2	2	0
Total	16.550.024	13.240.019	39,08	39	25	(14)

Fonte: SES/RJ de acordo com os Parâmetros da PT 140/2014 e IBGE.

Considerando as UNACONs e CACONs existentes e habilitadas (25), o Estado do Rio de Janeiro apresenta ainda um déficit de 14 unidades (considerando a cobertura de 80% de população SUS dependente).

Dentre as regiões, identifica-se a necessidade de 11 novas unidades na Região Metropolitana I, mais 02 na Região Metropolitana II e 01 na Baixada Litorânea.

Quanto à Radioterapia, atualmente existem habilitados no SUS, considerando também os Serviços Isolados de Radioterapia, 20 equipamentos de teleterapia: 18 aceleradores lineares e 02 cobalto. Também são ofertados 07 equipamentos de braquiterapia. O total dos equipamentos estão distribuídos em 14 unidades. Este tipo de serviço, segundo a Portaria SAS/MS nº 140/2014, é obrigatório para CACONs e facultado para UNACONs.

Considerando os equipamentos de teleterapia, e uma média de 70 campos por paciente com o parâmetro mínimo de produção de 43.000 campos de radioterapia por equipamento, temos uma estimativa de capacidade de oferta de 860.000 campos por ano, atendendo a 12.285 pacientes aproximadamente.

A estimativa de casos novos de câncer para 2016 foi de 44.440 casos novos. Para este cálculo, considera-se 80% da população SUS dependente (35.552 casos). Com o cálculo de necessidade de radioterapia sendo 600 pacientes em cada 1.000 diagnosticados, espera-se que 21.331 pacientes demandassem esse tipo de tratamento. Neste caso, seriam necessários 35 equipamentos no total, ou seja, 15 novos equipamentos.

Ao final de 2014, 05 equipamentos de radioterapia foram contratados por chamamento público pela SES/RJ com a finalidade de diminuir este déficit. Estes equipamentos não estão habilitados.

AVALIAÇÃO DA PRODUÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE

Cada estabelecimento de saúde habilitado como CACON ou UNACON inclusive em complexo hospitalar, que tenha como responsabilidade uma população de 500.000 (quinhentos mil) habitantes ou 900 casos novos de câncer/ano, exceto o câncer não melanótico de pele, observará os seguintes parâmetros mínimos de produção anuais relacionados às modalidades de tratamento do câncer e parâmetros mínimos mensais para ampliação de oferta de procedimentos relacionados a consultas especializadas e exames diagnósticos e de seguimento, por tipo:

Quadro 14 - Parâmetros mínimos de produção anuais relacionados às modalidades de tratamento do câncer e parâmetros mínimos mensais para ampliação de oferta de procedimentos relacionados a consultas especializadas e exames diagnósticos e de seguimento, por tipo.

Portaria 140, de 27 de fevereiro de 2014 - Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia	
Parâmetros para habilitação	A cada 500mil habitantes ou 900 casos novos
	Parâmetro diferente para habilitação em hematologia e oncologia pediátrica (100 CNC/ano)
Parâmetros de Produção mensal para UNACONs e CACON	500 consultas especializadas
	640 exames de ultrassonografia
	160 endoscopias

Parâmetros de Produção anual para UNACONs e CACON	240 colonoscopias e retossigmoidoscopias
	200 exames de anatomia patológica
	650 procedimentos de cirurgia de câncer
	5.300 procedimentos de quimioterapia
	43.000 dos seguintes campos de radioterapia, por equipamento instalado

Fonte: Portaria 140, de 27 de fevereiro de 2014.

Nos quadros 15, 16 e 17 abaixo são apresentadas as produções por UNACON/CACON, para o ano de 2015, segundo os tratamentos de: quimioterapia, cirurgia, hormonioterapia, associação quimioterapia/hormonioterapia, radioterapia e braquiterapia.

Quadro 15 - Hormonioterapia, Quimioterapia, associação quimioterapia/hormonioterapia e Cirurgia Oncológica.

Estabelecimento	Tratamento em oncologia (hormônio)	Tratamento em oncologia (Quimioterapia)	Quimioterapia + Hormonioterapia	Cirurgia Oncológica*
0012505 HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	5.731	4.113	9.844	199
0025186 HINJA	7.843	2.825	10.668	213
2269384 HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	-	-	-	227
2269775 MS HOSPITAL DE IPANEMA	-	-	-	218
2269783 UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	5.750	1.994	7.744	386
2269899 HOSPITAL MARIO KROEFF	19.075	3.517	22.592	775
2269880 MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	-	-	-	149
2269988 MS HSE HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	-	-	-	242
2273659 MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	-	-	-	57
2273454 MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	589	10.012	10.601	1.041

2269821 MS INCA II HOSPITAL DO CANCER II	197	2.545	2.742	862
2273462 MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	16.286	5.602	21.888	952
2273748 HOSPITAL UNIVERSITARIO SUL FLUMINENSE	1.189	631	1.820	74
2275562 HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	6.504	2.698	9.202	200
2278286 HOSPITAL SANTA IZABEL	8.466	3.796	12.262	402
2278855 HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI	3.933	1.804	5.737	179
2280167 UFRJ HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	2.933	3.316	6.249	276
2287250 SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA DE CAMPOS	1.873	1.631	3.504	113
2287285 INSTITUTO DE MED NUCLEAR E ENDOCRINOLOGIA	2.477	1.038	3.515	119
2287447 HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	5.722	2.512	8.234	143
2292386 HOSPITAL SAO JOSE	5.344	1.677	7.021	292
2295067 SES RJ INST DE HEMATOLOGIA HEMORIO	-	9.796	9.796	-
2295415 HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	342	269	611	227
2296241 HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	4.541	2.143	6.684	53
2296616 UFRJ INST DE PUER PED MARTAGAO GESTEIRA	-	423	423	249
Total	98.795	62.342	161.137	7.648

Fonte: DATASUS SIH e SIA, 2015.

**Consideradas também cirurgias gerais com CID oncologia.*

Quadro 16 – Produção de campos de radioterapia em acelerador linear e cobalto, em comparação ao número de campos mínimos e estimativa de pacientes atendidos, segundo número de equipamentos existentes em 2015 e produção no mesmo período.

Estabelecimento	Nº de aparelhos/ Prod. Min.	Radioterapia (Por Campos)	Nº de pacientes 2015 (estimativa com 70 campos por paciente)
2268779 CENTRO DE TERAPIA ONCOLOGICA SC LTDA	1/43.000	63.500	907
2269422 CLINICA DE RADIOTERAPIA OSOLANDO J MACHADO SANTO CRISTO	1/43.000	31.173	445

2269457 CLINICA DE RADIOTERAPIA OSOLANDO J MACHADO CATETE	1/43.000	29.770	425
2269783 UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	1/43.000	30.979	443
2269899 HOSPITAL MARIO KROEFF	2/86.000	57.723	825
2273454 MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	5/215.000	131.478	1878
2273462 MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	1/43.000	15.003	214
2278855 HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI	2/86.000	43.173	617
2280167 UFRJ HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	1/43.000	20.725	296
2281821 INSTITUTO ONCOLOGICO	1/43.000	31.817	455
2287285 INSTITUTO DE MED NUCLEAR E ENDOCRINOLOGIA	1/43.000	70.807	1012
3477371 CRI CLINICA DE RADIOTERAPIA INGA	1/43.000	61.183	874
3502651 RADICLIN SUL FLUMINENSE	1/43.000	10.202	146
Total	19/817.000	545.293	7.790

Fonte: SIA -SUS, 2015.

*Foram utilizados os seguintes códigos de procedimentos: 0304010090 cobaltoterapia (por campo), 0304010286 radioterapia com acelerador linear só de fótons (por campo), 0304010294 radioterapia com acelerador linear de fótons e elétrons (por campo) e para cálculo de pacientes a média de 70 campos.

Os dados de produção referentes ao tratamento dos pacientes oncológicos podem ser analisados a partir dos sistemas de informação do SUS destinados ao pagamento dos prestadores, sendo a parte hospitalar avaliada por meio das cirurgias oncológicas registradas nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e o atendimento ambulatorial pelas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), para quimioterapia e radioterapia.

No ano 2015 os resultados apresentados foram:

Cirurgia Oncológica – Segundo Portaria MS/GM nº 140/2014, a meta mínima é de 650 cirurgias /unidade habilitada/ano - cirurgias oncológicas aprovadas no ano de 2015 totalizaram 7.648 cirurgias para uma expectativa mínima de 16.250 cirurgias, considerando os serviços habilitados. Déficit de 8.602 cirurgias.

Quimioterapia – Segundo Portaria MS/GM nº 140/2014, a meta mínima é de 5.300 procedimentos de quimioterapia/unidade/ano. A produção aprovada em 2015 nas unidades habilitadas totalizou 161.137 procedimentos, para uma expectativa mínima de 132.500. Ressaltamos que os 06 hospitais federais não possuíram produção aprovada no SIA.

Radioterapia – Segundo Portaria MS/GM nº 140/2014, a meta mínima é de 43.000 campos/equipamento/ano. Dos 19 equipamentos de radioterapia (cobalto e acelerador linear) habilitados para o SUS em 2015, aprovaram uma produção de 545.293 campos para uma expectativa mínima de 817.000 campos.

Os sistemas de informação utilizados não possibilitam de maneira imediata que se quantifiquem pacientes, mas sim procedimentos. A quantidade de pacientes é feita por inferência. Este fato limita a análise dos dados, principalmente quando o foco se dá nas APACs de quimioterapia e radioterapia, pois um mesmo paciente estará registrado em várias APAC durante o ano. Além disso, no atendimento ambulatorial quimioterápico, um mesmo paciente pode gerar mais de uma APAC simultaneamente, uma vez que pode estar recebendo tratamento quimioterápico endovenoso, representado por um tipo de APAC e também medicação oral enquanto hormonioterapia, representada por outra.

Apesar dos limites apresentados, que restringem a análise dos dados de produção das instituições, alguns destaques podem ser assinalados. O primeiro diz respeito ao total de cirurgias oncológicas realizadas pelos serviços credenciados para o atendimento oncológico: 7.648 ao ano. Número insuficiente quando analisado à luz do que define o Ministério da Saúde como necessidade de cirurgias oncológicas – 60% dos casos novos estimados de câncer, que no Estado supera 44.000 (todas as topografias, exceto pele não melanoma). O valor resultante ainda não atinge as necessidades definidas pela Política de Atenção Oncológica.

Os serviços habilitados para o tratamento dos pacientes com câncer realizam um número baixo de cirurgias oncológicas. Os dados apresentados mostram estabelecimentos com expressiva produção de cirurgias e de APAC de quimioterapia e radioterapia, ao lado de serviços credenciados com produção pouco significativa. Quando se analisam especificamente os dados de produção das cirurgias oncológicas, nota-se que somente 04 unidades fizeram mais de 650 cirurgias ao longo do ano de 2015.

Na análise da produção de quimioterapia, considerando os procedimentos de quimioterapia e de hormonioterapia, 14 unidades apresentaram APAC de quimioterapia acima do parâmetro mínimo estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Para radioterapia no período analisado, apenas três prestadores atingiram a meta anual de 43.000 campos por equipamento: CTO, em Petrópolis, INME, em Campos dos Goytacazes e CRI, em Niterói.

Uma análise mais detalhada exige informações sobre o número de turnos de funcionamento das máquinas, técnicos para sua operação e fluxo de demanda, para então estabelecer-se a causa da ociosidade ou produção acima do esperado.

No Quadro 17, a seguir, apresenta-se a produção de braquiterapia aprovada no SIA/SUS no ano de 2015 para o procedimento 03.04.01.007-3 - braquiterapia de alta taxa de dose (por inserção) máximo de 04 inserções por tratamento.

Quadro 17 - Quantidade aprovada por Estabelecimento e Ano do processamento - Braquiterapia de Alta Taxa de dose, 2015.

Estabelecimento	Produção
2269899 HOSPITAL MARIO KROEFF	313
2273454 MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	558
2273462 MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	279
2278855 HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI	136
2280167 UFRJ HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	53
2287285 INSTITUTO DE MED NUCLEAR E ENDOCRINOLOGIA	167
Total	1506

Fonte: SIA/SUS, 2016

A braquiterapia é um tipo de radioterapia interna na qual um material radioativo é inserido dentro ou próxima ao órgão a ser tratado. Para tal, são utilizadas fontes radioativas específicas introduzidas por meio de guias, cateteres ou sondas. Esse procedimento é oferecido pelo SUS para os tumores de **vulva, vagina, colo de útero e endométrio**, sendo autorizadas até 04 inserções por paciente/tratamento. Sua oferta de serviço é regulada pela Central de Regulação Estadual (CER).

Segundo informações da Superintendência de Regulação da SES/RJ, existe demanda reprimida para esse tratamento, em razão da irregularidade na oferta de vagas.

Os UNACON e CACON que oferecem esse procedimento no Estado do Rio de Janeiro são:

- Hospital Mario Kroeff – 01 serviço de braquiterapia de alta taxa;
- Instituto Nacional do Câncer I - 01 serviço de braquiterapia de alta taxa e 01 de baixa taxa;
- Instituto Nacional do Câncer III - 01 serviço de braquiterapia de alta taxa;

- Hospital Universitário Pedro Ernesto UERJ - 1 serviço de braquiterapia de alta taxa;
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho UFRJ - 1 serviço de braquiterapia de alta taxa;
- Hospital São José do Avaí – 1 serviço de braquiterapia;
- Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia (ONCOBEDA) - 1 serviço de braquiterapia;
- Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa - 1 serviço de braquiterapia de alta taxa (a iniciar suas operações).

Quanto aos números produzidos em 2015, não dispomos de parâmetros para análise. Desta forma, são necessárias informações quanto à demanda reprimida e a fila de espera para marcação e realização do procedimento junto a Central de Regulação Estadual e aos gestores municipais.

Em 2014, a Secretaria de Estado de Saúde apresentou um edital de chamamento público para serviços de radioterapia (acelerador linear), como uma estratégia para ampliação da oferta do procedimento no estado. Por serem serviços não habilitados no SUS, a produção apresentada no Quadro 18 tem como fonte as informações fornecidas pela Superintendência de Regulação da SES-RJ.

Quadro 18 – Campos de Radioterapia por prestador do Chamamento Público.

Empresa	Campos de Radioterapia
RADIOVITAE	51.901
REDE DOR - GAVEA	9.158
REDE DOR - QUINTA	10.919
RADIOSEIRA	38.216
REDE DOR - CAXIAS	11.359
GERAL	121.553

Fonte: Superintendência de Regulação da SES/RJ, 2016.

Os diferentes dados apresentados sobre a rede credenciada e sua respectiva produção de serviços não trazem elementos suficientes para avaliar em detalhes se o rol de instituições cadastradas para o atendimento oncológico no Estado, em atividade plena, seria suficiente ou não para atender a demanda. Sabe-se que para atender a necessidade estimada os serviços existentes seriam insuficientes.

Dessa forma, necessário se faz ampliar a capacidade de diagnóstico precoce e criar instrumentos que permitam avaliar e quantificar mais detalhadamente a rede cadastrada e os serviços oferecidos.

2.2.3.5 Câncer Infantil

O câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças sendo que os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias, os do sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático). Também acometem crianças e adolescentes o neuroblastoma (câncer de células do sistema nervoso periférico, câncer de Wilms (tipo de câncer renal), retinoblastoma (afeta a retina, fundo do olho), câncer germinativo (das células que vão dar origem aos ovários ou aos testículos), osteossarcoma (câncer ósseo) e sarcomas (tumores de partes moles).

É a primeira causa de morte de crianças e adolescentes na faixa etária entre 5 e 19 anos, se excluídos os óbitos por causas externas. Embora os dados sejam alarmantes, a literatura especializada aponta taxas globais de cura entre 70% e 85%, quando o diagnóstico é precoce e o tratamento é adequado, atendendo aos protocolos cientificamente testados.

Nas últimas quatro décadas, o progresso no tratamento do câncer na infância e na adolescência foi extremamente significativo. Hoje, em torno de 70% das crianças e adolescentes acometidos de câncer podem ser curados, se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados. A maioria deles terá boa qualidade de vida após o tratamento adequado.

Nos tumores da infância e adolescência, até o momento, não existem evidências científicas que deixem clara a associação entre a doença e fatores ambientais. Logo, prevenção é um desafio para o futuro. A ênfase atual deve ser dada ao diagnóstico precoce que pode contribuir para até 80% de chances de cura, bem como a orientação terapêutica de qualidade.

O Programa “**Unidos pela Cura**”, no Estado do Rio de Janeiro, que conta com a participação de gestores do SUS nas três esferas, serviços especializados e a sociedade civil (Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica e Instituto Desiderata), tem o objetivo de promover o diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil, através da capacitação dos profissionais das equipes de Atenção Básica e de alguns profissionais de policlínicas e da regulação.

Para que esta estimativa possa se tornar realidade, o **Unidos pela Cura** vem investindo em um trabalho intensivo de capacitação. A capacitação, que foi iniciada com os profissionais da Capital, foi expandida a partir do ano de 2013 para os municípios da região Metropolitana II, tendo como perspectiva a contínua expansão para outros municípios do estado. De março a setembro de 2015, 682 profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Região Metropolitana II, e 115 da Área Programática 3.2 do município do Rio de Janeiro receberam treinamento para identificar os sinais e sintomas da doença. Coordenado, em cada Município, por profissionais da Educação Permanente, o curso teve como docentes, médicos e enfermeiros do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e enfermeiros da ESF dos municípios capacitados. A coordenação geral ficou por conta do Instituto Desiderata que acompanhou a capacitação em Silva Jardim, Tanguá, Niterói, São Gonçalo e Lins de Vasconcelos.

2.2.3.6 Urgência e Emergência

O Conselho Federal de Medicina, na Resolução 1451/95 define:

URGÊNCIA - “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”.

EMERGÊNCIA - “constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida, ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”.

A Portaria Ministerial Nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), tem por objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de Urgência e Emergência. Busca melhorar a articulação e a comunicação entre os componentes da Rede de Atenção às Urgências, a Central de Regulação do SAMU 192, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h), as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades Hospitalares, fazendo interface principalmente com Atenção Básica e Atenção Domiciliar, tornando o atendimento ainda mais rápido e eficaz, reduzindo o número de mortes ou sequelas ao paciente.

Rede de Atenção às Urgências – Componentes

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; O SAMU 192 foi criado em 2003, e tem como objetivo prestar o socorro imediato à população em casos de emergência de natureza traumática, clínica ou cirúrgica, em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas. São 07

as Centrais de Regulação SAMU e 128 Bases de Unidade Móvel Pré-hospitalar no estado do Rio de Janeiro

- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; no estado do Rio de Janeiro já foram inauguradas 52 UPA, totalizando 208 leitos em salas de cuidados intensivos, 680 em salas de cuidados intermediários e 413 consultórios.

- Atenção Hospitalar, leitos de retaguarda: é constituído pelas portas hospitalares de urgência com 03 Hospitais tipo II de Urgência, 09 Hospitais tipo III de Urgência, pelas 28 enfermarias de retaguarda clínica e 14 unidades de saúde com leitos de longa permanência para enfermidades oncológicas, e pelos leitos de cuidados intensivos.

Em 16 de maio de 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 874, instituindo a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS que tem na Rede de Urgência e Emergência seu Sistema de Apoio no atendimento das intercorrências agudas de natureza clínica ou cirúrgica no paciente oncológico. Deve ser acionado por qualquer ponto de atenção à saúde que utilizará do componente apropriado para o atendimento e tratamento.

2.3 Assistência Farmacêutica

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas é definida pela Portaria GM/MS n. 874 de 16 de maio de 2013. Tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

A assistência deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população que perpassem todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidade) de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Essa assistência abrange as seguintes modalidades: diagnóstico definitivo, cirurgia, radioterapia, quimioterapia, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos. Os tratamentos especializados de alta complexidade e densidade tecnológica para as pessoas

com câncer são oferecidos pelos hospitais habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e ainda pelos hospitais gerais com cirurgia oncológica. Esta organização pode ser feita mediante a constituição de redes estaduais ou regionais de atenção oncológica para atender de forma integral e integrada os pacientes que necessitam de tratamento.

O financiamento de medicamentos oncológicos não se dá por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica. Essa modalidade de financiamento – com foco no paciente e não no medicamento – tem uma lógica diferente dos demais tratamentos oferecidos pelo SUS (INCA, 2009). O Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde não disponibilizam diretamente medicamentos contra o câncer. O fornecimento destes medicamentos ocorre por meio da sua inclusão nos procedimentos quimioterápicos registrados no subsistema Autorização de Procedimento de Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial (APAC-SIA) do SUS, devendo ser oferecidos pelos hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia, sendo ressarcidos pelo Ministério da Saúde conforme o código do procedimento registrado na APAC. A respectiva Secretaria de Saúde gestora é quem repassa o recurso recebido do Ministério da Saúde para o hospital, conforme o código do procedimento informado (Ministério da Saúde, 2014).

Assim, a tabela de procedimentos do SUS não refere medicamentos oncológicos, mas situações tumorais específicas, que orientam a codificação desses procedimentos, que são descritos independentemente de qual esquema terapêutico seja adotado. Os procedimentos são compatíveis com o diagnóstico de câncer em várias localizações, estágios e indicações, organizados por linhas e finalidades terapêuticas, grupos etários e utilização especial. Ou seja, os estabelecimentos habilitados em Oncologia pelo SUS são os responsáveis pelo fornecimento dos medicamentos necessários ao tratamento do câncer que, livremente, padronizam, adquirem e prescrevem, devendo observar protocolos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, quando existentes.

São exceções a essa regra de fornecimento de medicamentos: Trastuzumabe para quimioterapia prévia ou adjuvante do Câncer de Mama; Talidomida para a quimioterapia paliativa do Mieloma Múltiplo; Mesilato de Imatinibe para a quimioterapia paliativa do Câncer do Estroma Gastrointestinal (GIST) do adulto, da Leucemia Mieloide Crônica (LMC) e da Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), Cromossoma Philadelphia Positivo; e L-asparaginase para Leucemia Linfoblástica Aguda. Nessas situações específicas, o Ministério da Saúde realiza compra centralizada e distribuição às Secretarias de Estado da Saúde, para

posterior envio aos CACON e UNACON, conforme demanda e condições exigidas para cada medicamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica do SUS define as diretrizes do processo de seleção e de todas as etapas da gestão para assegurar o fornecimento e o uso racional de medicamentos à população. Atualmente encontrasse organizada em três componentes: básico - medicamentos para o tratamento de doenças mais prevalentes; estratégico - medicamentos para o tratamento de endemias e AIDS; e especializado - medicamentos cuja utilização depende da observação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Apesar de tecnicamente consistente, a Política de Assistência Farmacêutica não tem conseguido atender à demanda e às necessidades de acesso a medicamentos, por uma série de fatores, entre os quais se podem citar o desconhecimento dos prescritores quanto às listas de medicamentos disponíveis ou por não adesão às mesmas, as falhas no SUS na oferta tempestiva dos medicamentos e por pressão do setor produtivo.

Certamente, as dificuldades de acesso explicam, em parte, o recurso ao Poder Judiciário, que se tornou frequente nos últimos anos. A judicialização do acesso a medicamentos tem tomado grande vulto, causando impactos significativos na estruturação, no financiamento e na organização do sistema de saúde, em particular na atenção oncológica.

Os maiores desafios, hoje, são garantir a integralidade assistencial, o uso racional das tecnologias e a aplicação dos recursos nas ações assistenciais de relação custo/benefício demonstrada e de impacto efetivo.

2.4 Cuidados Paliativos

Apesar dos avanços obtidos no diagnóstico precoce e no tratamento dos pacientes oncológicos, estima-se que parte dos acometidos pelo câncer irá morrer por causa da doença. Dessa forma, ao longo da patologia oncológica devem coexistir terapêuticas antineoplásicas e ações de cuidado paliativo, predominando as últimas nas fases terminais. Recomenda-se que um programa de cuidados paliativos inclua desde o controle da dor e de outros sintomas até medidas de suporte e apoio para o paciente e a família. Como em geral as ações de cuidados paliativos referentes ao câncer diferem pouco daquelas outras decorrentes de uma série de doenças crônicas, os programas de cuidados paliativos devem ser pensados e estruturados de modo a incluir uma série de pacientes com transtornos crônicos e potencialmente mortais.

Estudos já realizados apontam que os recursos disponíveis para os cuidados paliativos podem estar localizados em hospitais de pequeno porte. Essa área de cuidado, tão importante e ainda bastante incipiente, deve ser abordada por equipe multidisciplinar, articulada com a o sistema de saúde local.

2.4.1 Cuidados Paliativos e o papel da Atenção Básica

A atenção em saúde deve ser entendida como o cuidado necessário às necessidades do paciente em qualquer etapa da vida em que ele se encontre. É comum enfrentarmos o despreparo dos profissionais quando a realidade encontrada é da inviabilidade de cura tendo em vista que foram formados para “tratar e curar” os pacientes. Nesse momento há muito que ser feito com o paciente, seus familiares e sua comunidade, e a equipe de atenção básica que vem acompanhando a história desse sujeito ao longo de sua vida é um importante fator de promoção de saúde e cuidados nesse momento. Esse trabalho envolve construção de um Projeto Terapêutico Singular e Familiar para o cuidado a fim de apoiar o conforto físico e emocional, dar a proteção e amparo, e prestar esclarecimento sobre a permanência no ambiente familiar, quando possível, apoio à tomada de decisão quanto ao óbito domiciliar e articulação com a rede assistencial para diminuição das barreiras burocráticas.

A equipe de Atenção básica em parceria com a equipe de Atenção Domiciliar (quando disponível) deve ser capacitada para prestar atenção em cuidados paliativos. Esse atendimento deve ser articulado com os UNACON e CACON, e exige atenção especial ao manejo da dor, oportunizando o acesso do paciente a medicamento analgésico opiáceo, se necessário. Um avanço para qualificar a atenção ao paciente oncológico com dor crônica seria a qualificação do acesso ao medicamento, que iniciaria pela prescrição realizada pelos profissionais médicos da Atenção Básica (de acordo com os critérios da Portaria SAS/MS, nº 1083 de 2 de outubro de 2012) e avançando para a administração pelos profissionais da equipe de Atenção Domiciliar AD2 e AD3 em pacientes acamados. Tal ampliação do acesso exige um esforço da gestão em: a) criar a articulação da atenção à saúde com a assistência farmacêutica para ampliação do acesso ao medicamento, b) realizar capacitação dos profissionais médicos a fim de dar a segurança necessária para tal procedimento, b) estabelecer procedimento operacional padrão para acesso ao receituário.

É importante que a família tenha disponível em domicílio uma declaração do Médico responsável pelo tratamento e acompanhamento do paciente (proveniente da atenção

especializada e/ou médico da AB) contendo informações referentes ao diagnóstico e tratamento em vigência a fim de que, caso ocorra o óbito em ambiente domiciliar em horários que não sejam os em que a UBS esteja funcionando, a equipe de profissionais de saúde que venha a atender possa ter subsídio para realizar a declaração de óbito.

2.5 Educação

O acesso à informação e às novas formas de comunicação potencializadas pela internet geram mudanças na relação dos cidadãos com os profissionais e os serviços de saúde, muito em função da intensa interatividade que o ambiente virtual proporciona. Nos processos interativos online as singularidades e necessidades da população são reveladas a partir de seu próprio ponto de vista e de suas experiências e ações práticas.

Nesta perspectiva, é preciso ouvir, esclarecer, debater e perceber as preocupações da população, processo fundamental para construir propostas e ações de educação em saúde para a atenção oncológica, explorando ao máximo a interatividade que a internet possui, para que as estratégias adotadas não se limitem a difusão de mensagens, de forma hierárquica, fechada e vertical.

Deste modo, concomitantemente e articulada a uma estratégia de educação permanente, voltada à capacitação dos profissionais de saúde, é preciso desenvolver também atividades de educação não formal, usando recursos e práticas interativas, que se baseiam nas experiências práticas tanto dos profissionais de saúde quanto da população. A educação em rede é uma estratégia que permite a reunião da comunidade e de profissionais de saúde em ambientes virtuais explorando sua interação como estímulo necessário para a construção coletiva de conhecimento. A proposta pedagógica da educação em rede baseia-se na liberdade, nas relações horizontais e tem foco nos participantes, na comunidade e nas negociações do saber (GOMEZ, 2004).

Nesta perspectiva, deve ser estimulada a criação de grupos em ambientes online, pelas unidades de atenção básica, para compartilhamento de experiências em oncologia por meio de processos interativos em redes sociais virtuais, a fim de criar um ambiente de educação permanente que não fique restrito aos espaços físicos das organizações de saúde e nem apenas aos profissionais da saúde, entendendo que é preciso contemplar também a população (Rocha, 2016), já que é ela que poderá vir a necessitar do cuidado oncológico no futuro.

Ressalta-se também a importância da comunicação feita por canais criados em redes sociais da internet e serviços de mensagem, como o *Whatsapp*, que estimulam a participação cidadã, trazendo autonomia para que de fato ocorra o cuidado à saúde que contemple a comunidade, a partir de práticas mais voltadas aos usuários (Bortolon ET AL, 2016; Santos, 2006), as quais permitem enfrentar determinantes e condicionantes de saúde, exatamente como preconiza a estratégia de Atenção Básica do SUS. Além disso, esta estratégia de comunicação facilita a criação de vínculos e de uma rede de relações que não se restringe à estrutura das instituições de saúde, podendo alcançar toda a comunidade, incluindo neste processo as escolas, creches, o CRAS, etc.

A ideia é criar nestes ambientes virtuais um espaço de troca de informações e compartilhamento de experiências onde profissionais e população aprendem uns com os outros, e também como espaços para esclarecimento de dúvidas, recebimento de informações e mesmo para agendamento de consultas na unidade básica.

No que tange ao debate sobre a Educação Permanente em Saúde, a Portaria Ministerial nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 ocupou as agendas de diferentes fóruns de debate do campo da saúde pública, na medida em que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a revelou como estratégia do Sistema Único de Saúde, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

O marco de publicação da referida Portaria, lançou luz ao debate dos processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, que apesar de já travarem longa estrada de ações nesse campo, carecia de instrumento que apontasse na direção de sua institucionalização e capilaridade para as diferentes regiões do país.

Nesse contexto de debates, a Portaria Ministerial afirma que:

“A Educação permanente é o conceito pedagógico, no setor saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde” (Port.198/2004).

Dessa forma, segundo a publicação Ministerial em tela, a Educação Permanente em Saúde deve realizar a “agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva”. Para tal atuação, deve ser compreendida como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.” (Port.198/2004).

Com o objetivo de definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-as ao então Pacto pela Saúde, o Ministério da Saúde publica nova Portaria, nº 1996 de 20 de agosto de 2007. A Portaria reafirma a Educação Permanente como conceito pedagógico, comprometido com relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde.

A Portaria nº 1996/2007 art. 2º, instrui que a condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve ser regional, por meio dos “Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)”.

Cabe lembrar que a referência às CIES já constava na lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu art. 14º, traduzindo a relevância dessa temática desde as primeiras normativas relativas ao Sistema Único de Saúde do país.

“Deverão ser criadas Comissões Permanentes de Integração entre os Serviços de Saúde e as Instituições de Ensino Profissional e Superior (...) terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições”.

Atualmente o Estado do Rio de Janeiro conta com 9 (nove) CIES regionais, uma para cada região do estado, e 1 (uma) CIES estadual. Consoante com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, as CIES atuam na elaboração dos planos/projetos regionais de educação permanente em saúde, bem como em sua execução e monitoramento, em parceria com a instância estadual. Tais planos/projetos constituem estratégias de mapeamento e descrição das necessidades de capacitação para as regiões.

Diante dessas normativas, debates e formulações, a proposta apontada pelas ações da Educação Permanente em Saúde, enquanto conceito pedagógico direciona as estratégias que não se reduzam apenas a simples atualização de conhecimentos e/ou competências técnicas específicas. A proposta referencia assim, estratégias que estimulem a reflexão sobre os processos de trabalho nos quais os profissionais encontram-se inseridos. Esse movimento busca reconhecer o potencial educativo da situação de trabalho, transformando as situações diárias dos processos de trabalho em aprendizagem.

A proposta de trabalho apresentada neste Plano de Atenção Oncológica do ERJ, para ações de Educação, alinha-se com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, uma vez que busca identificar as principais necessidades de qualificação, além de propor

ações educativas que considerem os casos cotidianos e experiências vivenciadas pelos profissionais, como linhas de referência nas metodologias educacionais elencadas.

Nesse contexto, cabe a Superintendência de Educação em Saúde/ Subsecretaria Geral (SEDS/SG) da Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ), o planejamento e a condução dos processos de formação e qualificação dos profissionais da saúde, em articulação com os setores técnicos responsáveis por cada um dos temas tratados nas ações educativas.

As parcerias com os setores técnicos é um dos pilares essenciais do trabalho, visto que a área de educação tem como principal direção de atuação o suporte, condução das ações educacionais e eleição/proposição de estratégias metodológicas aos conteúdos técnicos elencados.

Para a operacionalização do trabalho, a proposta converge para parcerias com instituições que possuam experiências pedagógicas em ensino a distancia e semipresencial, com o objetivo de oferecer cursos de capacitação e produzir material educativo, para profissionais e usuários do sistema de saúde, com foco na prevenção e detecção precoce do câncer.

Estas parcerias com instituições acadêmicas e de pesquisa, assim como a estabelecida com o Instituto Nacional do Câncer/INCA são fundamentais na elaboração das ações de educação constantes neste Plano. Estas articulações possibilitam a realização de capacitações para os profissionais de saúde do SUS e gestores municipais, com foco na promoção da saúde e prevenção das doenças, além de possibilitar a formação de tutores regionais e estaduais, a produção de vídeo aulas e de web conferências.

Faz-se necessário pensar também na promoção da saúde com um olhar voltado para os usuários. Para isso, torna-se essencial a elaboração de estratégias de informação para a população, assim como a disponibilização de materiais pedagógico-informativos que possibilitem um aumento do conhecimento sobre o tema, e sobre as ações desenvolvidas pela gestão de todas as esferas de governo.

Como diretrizes para a Educação Permanente é previsto o estabelecimento de um fórum de educação permanente em câncer para o estado do rio de janeiro. Considera-se apropriado pautar as ações de educação permanente do Plano de Atenção Oncológica do ERJ em reunião ampliada da Comissão de Integração Ensino e Serviço Estadual (CIES/RJ).

A CIES/RJ é um fórum sobre Educação Permanente em Saúde que contribui para o desenvolvimento da educação em serviço, e conta com a participação de representantes/profissionais municipais, estaduais, instituições formadoras, COSEMS e Conselho Estadual de Saúde. Esse fórum, de forma coletiva, elabora o processo de

planejamento das ações de educação na saúde, além de promover o trabalho articulado entre as várias esferas de gestão, a assistência, o controle social e as instituições formadoras.

As reuniões da CIES/RJ ocorrem mensalmente e contam com a participação dos coordenadores das nove CIES regionais e/ou de seus representantes. A proposta é de que estes profissionais se tornem multiplicadores em suas regiões, das temáticas relativas à Educação em Saúde, tratadas no Plano de Oncologia do ERJ.

Previsto também o desenvolvimento de metodologia e material de educação para os usuários do sistema de saúde em prevenção e detecção precoce. A parceria com o INCA no acesso a diversos materiais elaborados pela equipe do Instituto, com foco nos usuários. Estes materiais podem ser disponibilizados nas unidades de saúde, conselhos de saúde e comitês temáticos que tenham a participação de movimentos sociais. Como exemplo desses materiais, o folder: Câncer do colo do útero: é preciso falar disso.

Outra direção importante é a oferta de capacitações para os profissionais de saúde, prioritariamente da atenção básica, em oncologia.

Para a promoção de capacitações específicas, a proposta versa sobre o planejamento e a oferta de ações educativas, como vídeo aulas e ciclos de *web* conferências, realizadas e elaboradas em parceria da SES/RJ com o INCA/MS e/ou com outras Instituições de Ensino formadoras para o campo da saúde pública do país.

Algumas temáticas, compreendidas como essenciais, a serem abordadas nas ações educativas propostas neste Plano, foram descritas no painel de indicadores e metas. Cabe considerar que esse elenco não impede que outros temas sejam identificados como relevantes e assim abordados nas ações educativas que serão desenvolvidas.

Por fim, o INCA/MS pode ainda contribuir com materiais previamente elaborados, para qualificação/atualização dos profissionais que atuam na rede de atenção à saúde do ERJ, dentre estes materiais, pode-se citar: Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil, Manual de Gestão da Qualidade para Laboratório de Citopatologia e Informativo Detecção Precoce.

2.6 Sistemas logísticos

2.6.1 Registro Hospitalar de Câncer (RHC)

O RHC no Brasil teve por base as orientações e padronizações preconizadas pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) e pelo Programa de Vigilância, Epidemiologia e Resultados Finais (SEER) do Departamento de Saúde dos Estados Unidos da América. Desta forma, sua adaptação, adequação e evolução em nosso meio, ficaram a cargo do INCA, com colaboração e apoio das Secretarias Estaduais de Saúde.

Em 1993, foi implantado no INCA o primeiro RHC no Brasil. Em seguida, foram implantados em Recife, Natal, Rio de Janeiro (1996), Salvador (1996), Curitiba (1997), Santos (1997), Aracaju (1998), Brasília (1998) e Vitória (1998).

Em 1998, a Portaria MS nº 3.535, que regulamentou os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), evidenciou a necessidade dos RHC, nestas instituições, reforçando o papel dos RHC nas instituições de atendimento a pacientes com câncer.

Sua principal função é clínica, sendo valioso recurso para acompanhar e avaliar o trabalho realizado nos hospitais habilitados na Rede de Oncologia do SUS. Cumpre o importante papel de monitorar e avaliar os cuidados prestados aos pacientes com câncer, ajudando os médicos no acompanhamento de seus casos e oferecendo-lhes dados estatísticos sobre o resultado dos tratamentos aplicados.

Sua base de dados permite o desenvolvimento de outras atividades, como a condução de atividades de auditoria médica, pois informações relacionadas à qualidade da atenção recebida e de seguimento dos pacientes constam de sua base de dados. Outros exemplos incluem a monitorização da realização de procedimentos para se chegar ao diagnóstico, ou o atraso entre a primeira visita (ou hospitalização) e o diagnóstico definitivo. A disponibilidade destes dados, por sua vez, permite analisar custos de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e, conjuntamente, com a avaliação de desfechos (sobrevida, recidivas, etc.), a análise de custo-efetividade.

Quadro 19 - Número de casos de câncer informados no RHC, por Ano de consulta e segundo Unidade hospitalar do Estado do Rio de Janeiro no período de 2010 a 2014.

UNIDADES	2010	2011	2012	2013	2014
0012505 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO - UFF	539	492	548	635	0
0025186 HOSPITAL JARDIM AMÁLIA LTDA - HINJA	0	33	0	0	0
2268779 CENTRO DE TERAPIA ONCOLÓGICA SC LTDA	0	980	0	0	0
2269821 HOSPITAL DO CÂNCER - INCA - HC II	1564	1924	1921	1834	0
2269880 HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	0	0	693	0	0
2269899 H MÁRIO KROEFF - ASSOC BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA AO CÂNCER	1700	1442	0	0	0
2269988 HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	0	0	971	0	0
2273454 HOSPITAL DO CÂNCER - INCA - HC I	3978	4658	0	0	0
2273462 HOSPITAL DO CÂNCER - INCA - HC III	1430	1229	0	0	0
2273748 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SEVERINO/FUND EDUC SEVERINO SOMBRA	200	0	0	0	0
2275562 HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	0	236	363	287	428
2278286 HOSPITAL SANTA ISABEL	0	0	435	374	0
2278855 HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ	832	697	601	502	0
2280167 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO-UFRJ	370	530	555	502	161
2287250 SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA DE CAMPOS	276	163	306	274	0
2287447 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ÁLVARO ALVIM	450	600	455	704	0
2292386 HOSPITAL SÃO JOSÉ/ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO DE SANTA CATARINA	364	394	410	414	0
2295067 INSTITUTO DE HEMATOLOGIA DO RJ - HEMORIO	308	400	324	281	0
2296241 HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	0	0	0	244	0
2296616 INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA	0	17	11	17	0
TOTAL	12011	13795	7593	6068	589

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer - Tabulador Hospitalar, 2010 a 2014.

Nota-se que há uma irregularidade na alimentação das notificações. No período observado 2010 – 2014, somente duas unidades tiveram notificações em todos os anos e 09 unidades habilitadas não estão relacionadas por não apresentarem qualquer registro.

2.6.2 Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP)

Os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) são sistemas de informações específicos para a Oncologia que coletam, classificam e analisam os casos novos de câncer diagnosticados em moradores de uma área geográfica bem definida, uma cidade, uma região de saúde ou estado, permitindo desta forma conhecer a incidência de câncer daquela área.

Os dados de incidência de câncer são fundamentais para a definição dos fatores etiológicos relacionados à doença e também servem para definir prioridades nas ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado dos pacientes com câncer.

No Estado do Rio de Janeiro, segundo INCA – Estatísticas do Câncer – Registro de Câncer de Base Populacional, encontramos informação dos municípios do Rio de Janeiro e Angra dos Reis. O primeiro encontra-se desativado e o segundo em fase de implantação.

2.6.3 Sistema de Informação do Câncer – SISCAN

Em março de 2011, foi lançado o Plano de Fortalecimento das Ações de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer do Colo do Útero e de Mama. A melhoria dos sistemas de informação e vigilância do câncer faz parte de um dos eixos de ação desse plano, o que possibilitou o desenvolvimento do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), sistema de informações que integra e substitui os sistemas oficiais de informação dos Programas Nacionais de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (SISCOLO e SISMAMA).

Para atender as necessidades de melhoria nas ações de rastreamento, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.394 de dezembro de 2013 que institui o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de permitir o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasia maligna. O sistema trouxe mudanças essenciais, dentre elas a mudança de um sistema que identifica exames para um sistema que identifica a usuária. Além disso, o SISCAN foi desenvolvido em plataforma web que possibilita que as unidades de saúde informatizadas e com acesso à internet sejam usuárias do sistema para fazer a solicitação de exames, visualizar os resultados e acompanhar as mulheres com exames alterados (seguimento).

O SISCAN é destinado a registrar a suspeita e a confirmação diagnóstica, registrar informações sobre condutas diagnósticas e terapêuticas relativas aos exames

positivo/alterados, fornecer o laudo padronizado, arquivar e sistematizar as informações referentes aos exames de rastreamento e diagnóstico dos cânceres do colo do útero e de mama, selecionar amostras para monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero, dispor as informações para construção dos indicadores do Programa Nacional de Qualidade da Mamografia (PNQM), disponibilizar o módulo opcional de rastreamento para as localidades que estiverem estruturadas para implantar o rastreamento organizado e disponibilizar para prestadores de mamografia exclusivamente privados o módulo componente do Programa Nacional de Qualidade da Mamografia.

O SISCAN avança na capacidade de fornecer subsídios para a avaliação dos serviços que executam os procedimentos referentes ao rastreamento do câncer do colo do útero e de mama, no planejamento das ações de controle, na organização da rede de assistência para diagnóstico e tratamento, na avaliação de necessidade de capacitações e no acompanhamento dos usuários com exames alterados.

No entanto, ainda persistem dificuldades na operacionalização do sistema. É preciso aprimorar o sistema que passa por uma série de dificuldades de implantação, de plataforma, e de acessibilidade de internet de alguns centros de saúde.

Dentre as fragilidades do Sistema podemos apontar: travamento/lentidão, independente da estrutura e qualidade da conexão local, ocasionando retrabalho; problemas e inconsistências na geração do BPA e alimentação do SIA, com o consequente não pagamento aos prestadores; falta de suporte técnico e planejamento adequado na implantação do sistema; falta de acesso das SES e SMS às bases de dados; ausência de relatórios gerenciais; não segue os padrões de interoperabilidade (PT 2.073/2011); problema na integração com a base de dados do Cartão (CADSUS); não tem módulo exportador para o tabwin; rotina de vinculação com erros e perda de dados; não permite exclusão de requisições inadequadas e de laudos antes de sua liberação; impossibilidade de visualização e impressão da requisição/laudo; indisponibilidade de dados no CNS exigidos pelo Sistema SISCAN; não há articulação com o sistema de regulação.

Permanece como desafios o funcionamento efetivo e regular do sistema, a garantia de sua operacionalidade em tempo real nos horários de pico e sua integração aos sistemas de regulação. O Ministério da Saúde vem trabalhando para entender esse problema de forma integrada com os estados e buscar soluções.

2.7 Regulação

Devido à complexidade que permeia toda a assistência oncológica, parece claro que somente através da incorporação de mecanismos de gestão eficientes é que os diferentes setores que trabalham com a atenção oncológica dentro do SUS poderão garantir equidade de acesso, agilidade e qualidade no tratamento do paciente. A regulação do acesso à assistência surge, assim, como o principal mecanismo de gestão a ser implantado, ao lado de ações permanentes de avaliação e controle.

As peculiaridades inerentes ao câncer impõem um modelo de regulação que considere as diferenças topográficas da doença, a capacidade técnica dos serviços credenciados e a necessidade de regionalização da atenção. Necessário se faz que os diferentes níveis de assistência à saúde participem do processo de atenção oncológica, criando uma rede de atenção constituída de diferentes tipos de instituições, que se articulam entre si, tendo sempre como objetivo a regionalização da assistência. Sempre que possível deve-se descentralizar as ações, mas procedimentos complexos ou tratamento de tumores raros deverão ser realizados em centros de referência.

2.7.1 Regulação na Atenção Básica

O trabalho qualificado da Atenção Básica será primordial para que o ordenamento da rede de atenção à saúde seja efetivo. Ter uma atenção básica resolutiva em, pelo menos, 80% dos casos de saúde que afetam à população se torna um dos objetivos principais para os gestores de saúde que busquem uma otimização da capacidade de resposta de saúde da estrutura instalada disponível aos seus cidadãos.

Tão importante quanto a AB atender ao que cabe ser resolvido por ela, é a sua capacidade de suspeição dos agravos que demandem maior complexidade clínica e de realizar os encaminhamentos de forma oportuna e corresponsável dos “pacientes certos para o especialista certo” e para os serviços que melhor responderão às necessidades de cada pessoa. Para essa resposta, é importante que a AB tenha responsabilização clínica e conheça a rede assistencial de referência para sua população, esteja atenta para a resolutividade do serviço de referência diante do problema encaminhado e, num plano posterior, avalie o conforto de deslocamento do paciente, o que comporá a acessibilidade e adesão do paciente ao tratamento.

“A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial à alocação prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde em tempo oportuno. Complementarmente, a regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentem indicação clínica para realizá-los. Essa ação de filtro deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica (AB), evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários (prevenção quaternária). Além disso, aperfeiçoa o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera” (Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada. Ministério da Saúde, 2016).

Por corresponsabilização, entende-se que a Atenção Básica, mesmo que execute a solicitação de encaminhamento, tem a obrigação de manter monitorando o acesso do usuário a seu destino e, em caso de atraso, sinalize à gestão municipal/estadual a necessidade de agilidade em resposta à demanda levantada. Também deve manter o contato com o usuário e obter informações sobre o seguimento do itinerário de cuidado do usuário na Rede de Atenção à Saúde de forma a intervir/apoiar o usuário e sua família em situação de descontinuidade.

A central de regulação, por sua vez, cabe sinalizar situações em que identifique encaminhamentos feitos de forma inadequada pela atenção básica e buscar discutir os casos com os profissionais/gestão a fim de qualificar o processo de regulação.

Os encaminhamentos da AB devem estar de acordo com os protocolos estabelecidos para cada tipo de câncer, considerando as condições clínicas que indicam a necessidade de acesso a serviço de referência de câncer e conter informações provenientes do histórico do paciente, sinais e sintomas, exames disponíveis, tratamento em vigência, etc., de forma a subsidiar o médico regulador à tomada de decisão para seguimento no processo.

Especificamente em relação ao Câncer, é importante que gestão e profissionais de saúde tenham conhecimento dos serviços de saúde disponíveis para Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos contidos na PPI. Também é fundamental que estejam

atentos/qualificados para os protocolos de encaminhamento, prioridades e que monitorem os tempos de espera de acordo com as necessidades. Sendo assim, uma ação que deve ser estimulada é a prática de consulta aos protocolos de acesso/regulação pela Atenção Básica para orientação da prática profissional.

3. CRONOGRAMA, INDICADORES, METAS E PRAZOS

EIXO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	META	INICIATIVAS/AÇÕES	PRAZO
PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	Realizar inquérito sobre fatores de risco e de proteção para DCNT no ERJ.	Inquérito Realizado	01	Elaborar e realizar projeto para realização do inquérito telefônico - Vigitel no ERJ, em parceria com instituições acadêmicas.	Projeto em 2017. Inquérito em 2018. Divulgação de resultados em 2019.
	Potencializar ações que promovam um estilo de vida saudável, de modo a estimular hábitos alimentares saudáveis, incentivar atividade física e combater o tabagismo, o consumo de álcool, e a obesidade			Planejar e executar um Seminário Estadual Anual com foco na ampliação e qualificação das ações que promovam um estilo de vida saudável no Programa Saúde na Escola – PSE; Produzir e distribuir instrutivos, em todas as Academias da Saúde em funcionamento, voltados para ações de prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT e abordagem de fatores de risco; Fomentar a divulgação dos Guias Alimentares, em todos os ciclos de vida, como fomento a escolhas mais saudáveis relacionadas à alimentação, em todos os eventos municipais, em especial, Rede Cegonha, Estratégia Amamenta e Alimenta, Academias da Saúde e PSE; Promover a alimentação saudável através da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação; Ampliar e qualificar os programas de prevenção de câncer baseados na promoção do combate ao tabagismo; Elaborar, em parceria com a SEEDUC, ações de prevenção ao uso do tabaco na rede pública de Educação do Estado do Rio de Janeiro; Ampliar o apoio técnico ao programa de tratamento do tabagismo em municípios identificados como em situação de risco de descontinuidade; Apoiar tecnicamente os polos municipais da Academia da Saúde para a realização de ações de prevenção do uso prejudicial do álcool;	2021

			Disseminar informação sobre o uso prejudicial de álcool como fator de risco para o câncer, utilizando o portal Rio com Saúde e outras mídias disponíveis (Divulgação da temática no portal Rio com Saúde e redes sociais); Monitorar e divulgar tendências no consumo de álcool em escolares (PeNSE) e na população adulta (Vigitel). Inclusão da divulgação dos resultados da PeNSE e Vigitel como pauta dos GTs regionais de Atenção Básica e Vigilância;	
Disseminar os programas de prevenção de câncer com a expansão da cobertura da vacinação contra hepatite B no ERJ;	% de cobertura da vacinação contra hepatite B	90% da população alvo	Fomentar junto aos municípios: - ampliação da oferta mais próxima à comunidade, através da ação de agentes comunitários de saúde e de atividades educacionais; - disseminação de informações mediante campanhas de comunicação de massa, participação de ONGs e orientações por parte dos profissionais de saúde por ocasião de qualquer contato com os serviços de saúde. - modificação das práticas dos serviços de saúde, buscando a melhoria de qualidade com redução dos abandonos e de oportunidades perdidas, usa de lembretes aos pais, visitas domiciliares e outras ações de acompanhamento e monitoramento contínuo. - praticas administrativas inovadoras, incluindo incentivos à vacinação e monitoramento da cobertura mediante a realização de inquéritos periódicos.	2021
Disseminar os programas de prevenção de câncer com a expansão da cobertura da vacinação para o HPV no ERJ;	% de cobertura da vacinação contra HPV	80% da população alvo	Fomentar junto aos municípios: - ampliação da oferta mais próxima à comunidade, através da ação de agentes comunitários de saúde e de atividades educacionais; - disseminação de informações mediante campanhas de comunicação de massa, participação de ONGs e orientações por parte dos profissionais de saúde por ocasião de qualquer contato com os serviços de saúde. - modificação das práticas dos serviços de saúde, buscando a melhoria de	2021

				qualidade com redução dos abandonos e de oportunidades perdidas, usa de lembretes aos pais, visitas domiciliares e outras ações de acompanhamento e monitoramento contínuo. - praticas administrativas inovadoras, incluindo incentivos à vacinação e monitoramento da cobertura mediante a realização de inquéritos periódicos; - a promoção de campanhas de vacinação para HPV nas escolas, visando à ampliação da adesão.	
	Ampliar a oferta de testes rápidos e/ou sorológicos para diagnóstico precoce e tratamento da infecção crônica pelo vírus da Hepatite C	% de UBS com testes rápidos/sorológicos para Hepatite C	90%	Fomentar junto aos municípios a realização de ações educativas que informem os modos de transmissão da Hepatite C, o que possibilitará às pessoas a percepção de sua exposição ao risco de infecção e a busca pela testagem.	2021
	Fortalecer a Vigilância em saúde relacionada ao controle e eliminação de carcinógenos ambientais e ocupacionais	Número de Comitê Intersetorial de redução de exposição a agrotóxicos implantados	Um	Implantar Comitê Intersetorial de redução de exposição a agrotóxicos no ERJ;	2019
		% das análises amostrais (de produtos coletados por municípios prioritários) realizadas.	100%	Realizar análises amostrais de acordo com a sazonalidade e características de cultivo locais (PARA estadual) – VISA/DSTRAB. Parcerias LACEN/UERJ	2021
		Número de projetos junto a trabalhadores agrícolas e outras situações de exposição à carcinógenos executado	Um	Realizar projeto junto a trabalhadores agrícolas e outras situações de exposição à carcinógenos – inicialmente em parceria com a UERJ, onde serão avaliados 100 frentistas e trabalhadores agrícolas. Propõe-se como desdobramento, o seguimento das análises como parte da vigilância em saúde da população exposta a produtos químicos. DSTRAB/CEREST/SVS	2021
		Plano Estadual de Vigilância em Saúde da população exposta a	Um	Implementar o Plano Estadual de Vigilância em Saúde da população exposta a agrotóxicos no estado do Rio de Janeiro. Parcerias: Atenção Básica/SMS (e outros órgãos de âmbito e atuação municipal) dos	2021

		agrotóxicos implementado		municípios definidos pela CIB como prioritários (33 municípios), facultando sua implementação também aos municípios não prioritários, caso desejam participar do Plano Estadual (sem incentivo financeiro).	
EIXO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	META	INICIATIVAS/AÇÕES	PRAZO
DETECÇÃO PRECOCE	Ampliar a oferta de rastreamento do câncer de mama na população alvo	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população* da mesma faixa etária Utilizar população SUS dependente, pois, caso utilize pop. alvo total, não será possível atingir a meta.	0,5	- Divulgar, monitorar e dar retorno junto às gestões municipais do percentual esperado de mulheres a serem rastreadas para CA de mama em cada território. Induzir que trabalhadores tenham acesso a esses números. - Implementar Telediagnóstico com especialistas para obtenção de diagnóstico oportuno	2021
	Ampliar a oferta de rastreamento do câncer de colo de útero na população alvo	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população* da mesma faixa etária *Utilizar população SUS dependente, pois, caso utilize pop. alvo total, não será	0,75	- Divulgar, monitorar e dar retorno junto às gestões municipais o percentual esperado de mulheres a serem rastreadas para CA de câncer de colo uterino em cada território. Induzir que trabalhadores tenham acesso a esses números. - Capacitar a enfermagem para realização do citopatológico de colo uterino	2021

		possível atingir a meta.			
	Apoiar as Regiões de Saúde em ações de divulgação dos principais sinais e sintomas do câncer de boca	% Regiões de Saúde apoiadas	100	- Estimular ações que visem disseminar informações sobre os principais sinais e sintomas do câncer de boca; - Ajudar na distribuição de materiais informativos para população como os disponibilizados pelo INCA	2018
	Estabelecer prioridade para o agendamento dos casos suspeitos de câncer de boca	Protocolo de agendamento elaborado	Um	Fomentar a definição de protocolo para agendamento dos casos suspeitos e/ou encaminhamento para os CEOs ou outras unidades especializadas dos casos suspeitos	2018
	Definir protocolo para realização de biópsias de boca	Protocolo para realização de biópsias, elaborado	Um	Fomentar a definição de protocolo para realização das biópsias de boca (definição de critérios técnicos de realização e condicionamento, proposta de ficha de encaminhamento para o laboratório)	2017
EIXO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	META	INICIATIVAS/AÇÕES	PRAZO
DIAGNÓSTICO	Promover o diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil no estado do Rio de Janeiro	Número de termo de compromisso repactuado com o Unidos pela Cura	Um	Repactuar o termo de compromisso do unidos pela cura para o período de 2016 – 2020, que envolve o ministério da saúde, secretarias estadual e municipal de saúde, hospitais parceiros e organizações da sociedade civil na promoção do diagnóstico precoce e da qualidade de assistência ao câncer infanto-juvenil no estado do rio de janeiro.	2017
	Desenvolver novas ferramentas para qualificar e quantificar com detalhes a rede credenciada e seus serviços oferecidos, garantindo aos gestores informações suficientes para planejamento desta rede e concluir pela suficiência da rede atual ou, pelo contrário, pela necessidade de credenciamento de novas	Número de estudos realizados sobre a rede assistencial oncológica na média complexidade, a oferta de procedimentos de consultas especializadas, biópsia, anatomia patológica.	Um	Avaliar a atual rede assistencial oncológica na média complexidade, a oferta de procedimentos de consultas especializadas, biópsia, anatomia patológica, por meio do levantamento de dados locais, pelos gestores municipais; Organizar a rede diagnóstica considerando os estudos de oferta disponibilizados pelos gestores locais e identificação e referências regionais em unidades públicas especializadas. Incluem-se aqui referências para biópsias, endoscopias e exames de imagem para os tipos de câncer mais incidentes; Atualização da oferta de serviço e produção dos exames de coleta/biópsia e exames anatomopatológicos;	2018

	instituições e/ou ampliação das já cadastradas.			Trabalhar em conjunto com as Regiões de Saúde no sentido de identificação dos municípios que contratam serviços, não conveniados ao SUS, de coleta/biópsia e laboratórios para exames anatomopatológicos e alimentação do sistema de informação com a produção realizada;	
	Aumentar oferta e produção dos exames/procedimentos de Média Complexidade envolvendo, serviços de coleta/biópsia e laboratórios de anatomopatologia no diagnóstico do câncer	% de oferta de média complexidade ampliada anualmente	10%	Incentivar a adesão municipal à portaria 189/2014, para a formação de estabelecimentos SDM e SRC; Trabalhar em conjunto com as Regiões de Saúde/ municípios na identificação dos serviços de coleta/biópsia e laboratório de anatomopatologia no diagnóstico de câncer. (existem no CNES 568 laboratórios de anatomopatologia e citologia SUS e 301 sem convênio SUS). Otimização da oferta de serviço de laboratórios com convênio SUS com visão regionalizada e economia de escala.	2021
EIXO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	META	INICIATIVAS/AÇÕES	PRAZO
TRATAMENTO	Definir diretrizes estaduais para cuidados paliativos em oncologia, de forma a contemplar as diferentes ações necessárias e também as especificidades regionais.	Diretriz Estadual publicada	Uma	Realizar estudos sobre cuidados paliativos no Estado; Desenvolver a diretriz estadual; Publicar a diretriz.	2018
	Identificar causas da baixa de produção, Cirurgia Oncológica, QT e RT nas Unidades Habilitadas considerando	Número de Estudos realizados sobre causas da baixa de produção, Cirurgia	Um	Trabalhar em conjunto com as Regiões de Saúde/municípios: - na identificação dos problemas apresentados pelas Unidades Habilitadas com baixa produção em cada modalidade de atenção	2018

	parâmetros da Portaria MS 140.	Oncológica, QT e RT nas Unidades Habilitadas		oncológica. - na identificação dos problemas apresentados pelas Unidades Habilitadas para não apresentarem produção no SIA – APAC, principalmente pelas unidades federais do ministério da saúde. - para que todas as unidades habilitadas realizem seus contratos de metas e planos operativos anuais. - para a formação das equipes de acompanhamento dos contratos.	
	Redesenhar a Rede/linha de cuidado oncologia-Tratamento	Número de Rede de oncologia republicada	Uma	Habilitar uma nova unidade referência em hematologia no estado, considerando os critérios de necessidade. Habilitar novos UNACONS, considerando o déficit no estado. Habilitar novos serviços de radioterapia Avaliação da viabilidade de redistribuição dos recursos de custeio, da alta complexidade oncológica, alocados no Estado do Rio de Janeiro. Captar de novos recursos, de origem federal, para custeio da alta complexidade oncológica. Rever a Programação Pactuada e Integrada da Assistência e Redesenhar a Rede de Atenção Oncológica do ERJ	2018
	Estimular unidades habilitadas a aderir ao Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON).	Número de Regiões de Saúde que possuem UNACON com Divulgação da PT MS PRONON	Oito	Divulgação da Portaria MS do PRONON para as Regiões de Saúde e municípios que possuem unidades habilitadas em oncologia	2018
	Reduzir os trâmites burocráticos existentes para a declaração de óbito ocorrido em ambiente domiciliar	Formulário pactuado	Um	Criar e Pactuar formulário padrão com informações sobre o paciente necessárias para o subsídio ao preenchimento da declaração de óbito domiciliar pelos médicos socorristas;	2018
		Número de municípios orientados para ocorrência de Óbito	92	Articular com serviços de verificação de óbitos municipais para a realização de atestado de óbito ocorrido em ambiente domiciliar	2018

		domiciliar			
	Criar protocolo de cuidado em saúde bucal para paciente que estão passando ou que irão passar por tratamento oncológico e divulgar em Portal da Secretaria de Estado de Saúde pelos profissionais da Atenção Básica.	Número de Protocolo elaborado	Um	Elaborar o protocolo e divulgar	2018
EIXO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	META	INICIATIVAS/AÇÕES	PRAZO
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Elaborar diretrizes estaduais com vistas à definição de protocolo assistencial para alívio da dor em oncologia, apontando critérios para a dispensação de medicamentos e facilitando o acesso aos mesmos na atenção básica	Número de diretrizes estaduais para alívio da dor em oncologia elaboradas	Uma	Criar Grupo de Trabalho Multiprofissional para elaboração das diretrizes estaduais e protocolo; Disponibilização de Protocolo no site da SES e outras mídias para manejo da dor em oncologia;	2021
EIXO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	META	INICIATIVAS/AÇÕES	PRAZO
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Qualificar os municípios para realização de ações em oncologia	% de regiões de saúde contempladas	100 %	Apresentar e discutir o Plano de Atenção Oncológica do Estado do Rio de Janeiro no Fórum Permanente de Atenção Básica e nos Grupos de Trabalho Regionais da Atenção Básica.	2018
		% de regiões do ERJ contempladas	100%	Pautar as ações de educação permanente do Plano de Atenção Oncológica do ERJ em reunião ampliada da Comissão de Integração Ensino e Serviço Estadual (CIES/RJ); Desenvolver metodologia e material de educação para os usuários do sistema de saúde em prevenção e detecção precoce; Oferecer capacitações prioritariamente para os profissionais da atenção básica em oncologia para as 9 (nove) regiões de saúde do ERJ nas temáticas: Abordagem dos fatores de risco para câncer e doenças crônicas; Capacitação em cuidados paliativos e acesso à analgesia;	2021

				Suspeição, Diagnóstico, Regulação e Acompanhamento do paciente durante o tratamento, reabilitação e seguimento pós-alta em: Câncer de mama; Câncer de próstata; Câncer de colo do útero; Câncer colorretal; Câncer pediátrico; Câncer de boca; Câncer de Pulmão. Capacitação de profissionais para prescrição de opiáceo; Qualificar o acesso à analgesia na atenção domiciliar por meio de capacitação das equipes EMAD 2 para administração de medicação opiácea em domicílio.	
	Capacitar os profissionais da atenção básica na identificação de alterações nos tecidos da boca	% das regiões de saúde capacitadas	100%	- Fazer parcerias com faculdades ou centros formadores; - Utilizar telessaúde	2018
	Disseminar programas de prevenção do câncer, baseados no enfrentamento da obesidade, em consonância com o Plano Estadual de DCNT.	% das regiões de saúde capacitadas para promoção de práticas alimentares	100%	Realizar, em parceria com o INCA, oficinas de capacitação de multiplicadores para a Promoção de práticas alimentares saudáveis e Prevenção de Câncer (2 Oficinas no ano de 2017 e oficinas municipais promovidas por multiplicadores no período de 2018 a 2021)	2021
	Capacitar profissionais para realizar coleta de produtos a serem submetidos à análise (4 compostos químicos carcinógenos) visando o controle e eliminação de carcinógenos ambientais e ocupacionais	Número de municípios prioritários com capacitações realizadas	33	Planejar e executar as capacitações	2021
	Programar atividades de educação em rede	Engajamento do grupo:	4 grupos relativos a 4	1) Criar 1 grupo em rede social virtual para educação em rede por unidade básica de saúde	2018

	para atenção oncológica em unidades básicas de saúde como modelo experimental para as demais unidades básicas do estado	1) número de postagens/ano 2) número de reações nas postagens / número de participantes do grupo x 100	unidades básicas de saúde	2) Convidar profissionais das respectivas unidades básicas de saúde e população adscrita para serem membros dos grupos 3) organizar eventos para postagens de depoimentos sobre situações de atenção oncológica tanto por profissionais de saúde quanto pela população em geral adscrita à unidade de saúde	
EIXO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	META	INICIATIVAS/AÇÕES	PRAZO
SISTEMAS LOGÍSTICOS	Estruturar um RCBP no estado do RJ com expansão progressiva para todas as regiões, iniciando pela capital, RJ.	Número de RCBP estruturados	Um	Definir o modelo de operação que permita a viabilização do RCBP no ERJ (2017); Implantar o RCBP segundo etapas e cronograma previstos no projeto - Qualificação das fontes notificadoras, contratação e capacitação da equipe, implantação da notificação compulsória de casos de câncer, sistematização da coleta, realização de piloto, início das atividades do RCBP – (2018); Realizar Seminário de divulgação e publicar os primeiros resultados (2019-2021)	2021
	Implantar o RHC em todas as unidades habilitadas em oncologia.	% de unidades habilitadas em oncologia com RHC implantado e funcionando	100%	Solicitar que o gestor municipal verifique a implantação do RHC nas unidades habilitadas em oncologia locais. Identificar as causas de ainda não terem implantado o RHC; Solicitar que o gestor municipal verifique as causas do registro irregular do RHC nas unidades com RHC já implantadas; Reuniões técnicas com o INCA, COSEMSRJ E SES; Promover, em parceria com Instituto Nacional do Câncer, encontros dos RHC do RJ para discutir problemas na implantação/coleta de dados, bem como, discutir os dados coletados.	2021
	Definir fluxos do paciente na linha de cuidado da oncologia da atenção básica para média e alta complexidade. Sistema de referências e contrarreferências organizados no seu	Número de Fluxos definidos e publicados	Um	- Inserir a Temática Oncologia como principal nas discussões do GT de Regulação Estadual; Publicar os prestadores, fluxos e referências da rede na página da SES/RJ; Divulgar os fluxos e referências nas Regiões de Saúde/ municípios	2019

	município.				
	Uso de redes sociais da internet para comunicação e informação em oncologia	% de Unidades Básicas de saúde com perfis em redes sociais da internet para comunicação e informação em oncologia	80% das unidades básicas de saúde com acesso a internet deveriam ter perfis em redes sociais online	Criação de grupos em redes sociais da internet para interação entre profissionais das unidades básicas de saúde e a população em geral para comunicação e informação em oncologia e como canal de contato com suas equipes de saúde	2020
	Uso de serviços de mensageria instantânea para atenção oncológica	% de Equipes de Saúde das Unidades Básicas com contato por meio de serviços de mensageria para atenção oncológica	Todas as equipes de unidades de saúde com acesso a internet deveriam ter contato com a população adscrita por meio de serviços de mensageria instantânea	Criação de perfil em aplicativos de mensageria como local para troca de informação/comunicação entre usuários e equipes de saúde para atenção oncológica	2020
EIXO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	META	INICIATIVAS/AÇÕES	PRAZO

REGULAÇÃO	Implantar mecanismos de regulação do acesso à assistência, através de ferramentas de gestão que permitam a operacionalização de centrais de oncologia, coordenadas e articuladas entre si.	Política de Regulação Oncológica criada e publicada	Uma	Qualificar as ações da atenção básica visando o cuidado integral dos pacientes oncológicos nos municípios; Inserir a temática Regulação pela AB em Fórum Permanente de Atenção Básica, nos GTs de Atenção Básica. Estimular que a Atenção Básica acompanhe o Sistema de Regulação para que realize as adequações de pendências apontadas pelos reguladores em tempo oportuno Estabelecer fluxo de comunicação com gestor local para qualificar o processo regulatório Criar fluxo de diálogo diretamente entre profissionais reguladores e profissionais da AB para qualificar o encaminhamento e estimular a utilização dos protocolos de regulação oncológica disponíveis; Fomentar a utilização do Telessaúde (08006446543) para fortalecer o encaminhamento com qualidade por meio da teleconsultoria / segunda opinião; Criar Câmara Técnica de Atenção Oncológica para elaboração da política de regulação; Apresentar itinerário terapêutico da rede Regular o acesso respeitando os tetos físicos e financeiros pactuados na PPI	2018
	Definir protocolo para a regulação dos casos confirmados de câncer de boca	Protocolo de regulação elaborado	Um	Fomentar a construção de um protocolo de regulação dos casos confirmados de câncer de boca que considere as realidades locais e que garanta o fluxo do usuário até o tratamento	2018

EIXO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	META	INICIATIVAS/AÇÕES	PRAZO
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	Realizar processo sistemático de avaliação da Atenção Básica quanto às ações assistenciais oncológicas, segundo a definição do Programa Estadual de Controle do Câncer.	Número de avaliações realizadas	Cinco	Acompanhamento, por meio das avaliações do Programa de Melhoria da Qualidade e Acesso da Atenção Básica — PMAQ, da evolução da atenção oncológica na Atenção Básica; Avaliação dos pacientes dos UNACON/CACON provenientes da Atenção Básica, determinando o tempo de encaminhamento e de início do tratamento do câncer conforme a Lei 12.732.	2021
	Qualificar as ações de controle e avaliação em oncologia nos municípios	% de municípios com controle e avaliação qualificados	60	Apoiar tecnicamente a formalização dos contratos dos gestores municipais com os prestadores da rede; Formalizar nova parceria com o INCA para capacitação dos núcleos municipais de controle e avaliação, com foco no monitoramento de APACS	2018
	Fomentar e monitorar a atualização constante do CNES por parte dos municípios e prestadores	% de unidades com CNES atualizado	100%	Monitorar os prestadores e sinalizar inadequações;	2019
	Acompanhar a produção dos estabelecimentos cuja produção vincula a habilitação (parâmetros definidos na portaria nº 140)	% de Unidades Habilitadas monitoradas semestralmente	100%	Instituir rotina e método de monitoramento na SES; Elaborar relatórios semestrais; Divulgar os relatórios nas CIRs e CIB;	2018
	Avaliar a capacidade instalada para o diagnóstico do câncer de boca	Diagnóstico Realizado	Um	Fazer levantamento; Apresentar o diagnóstico nas Regiões de Saúde; Discutir a importância das unidades de saúde bucal UBS/CEOs para o diagnóstico precoce do câncer de boca;	2017
	Qualificar o monitoramento do diagnóstico precoce das lesões suspeitas da boca	Relatórios anuais elaborados	Dois	Estimular que os municípios acompanhem o indicador proposto no PMAQ sobre câncer de boca; Fomentar o monitoramento do número de casos confirmados de câncer de boca.	2018

4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Os gestores do SUS deverão buscar a implementação de rede de ações e serviços de saúde voltados à promoção, prevenção e tratamento de pacientes oncológicos cujo objetivo é de alcançar os melhores resultados principalmente na perspectiva do diagnóstico “precoce”.

Deverão ser acompanhadas a aplicação das normas técnicas e portarias vigentes quanto às unidades credenciadas em alta complexidade considerando, sistematicamente, sua capacidade instalada, bem como as condições técnicas estabelecidas quando da habilitação/credenciamento, assegurando que todos os requisitos sejam cumpridos continuamente.

Os instrumentos abaixo, que permitem acompanhar os prestadores na execução dos recursos programados, deverão estar atualizados, corretamente alimentados e em funcionamento para subsidiar o controle e avaliação:

- Cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde – CNES
- Cartão nacional de saúde
- Centrais de regulação
- Protocolos clínicos
- Protocolos operacionais
- Fluxos de acesso (referência e contrarreferência)
- Centrais de marcação de consultas e exames
- RHC – registro hospitalar de câncer
- RCBP – registro de câncer de base populacional
- SIM – mortalidade
- SISCAN – sistema de informação sobre câncer (siscolo)
- Inquéritos
- Administrativos e de gestão
- SIH
- SIA
- APAC
- Indicadores e parâmetros

As ações de acompanhamento e avaliação devem ser desencadeadas de forma sistemática, assegurando a eficiência, eficácia e efetividade da assistência oferecida.

As inconsistências encontradas devem ser analisadas e equacionadas de forma proativa e se for o caso desencadear um processo de auditoria.

A avaliação deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas avaliando o impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população.

A avaliação auxiliará os gestores e subsidiará o processo de tomada de decisão. A Avaliação deverá ser anual com possibilidade de repactuação de metas.

REFERÊNCIAS

ALVES, Carla; NETO, Otaliba. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3): 641-654 2015.

Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. *Femina*. 2012;40(1):31-36.

Bazemore AW, Smucker DR. Lymphadenopathy and malignancy. *Am Fam Physician*. 2002;66:2103-13.

Bortolon, PC.; Rocha, R. C. M. ; Santos, N. B. . Unindo as pontas do SUS: um grupo de Facebook que traz articulação entre os que pensam e desenvolvem atividades na interface da saúde com a sociedade. In: 7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2016, Cuiabá. Anais 7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2016.

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ginecologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 22 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 4) Modo de acesso: World Wide Web ISBN 1. Planejamento em saúde. 2. Equidade em saúde 3. Regulação assistencial. I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. Título. III.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 874 de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília*, 17 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Proposta da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (CGAD) para atuação das Secretarias Estaduais de Saúde em relação aos Serviços de Atenção Domiciliar. BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL/Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

BRASIL/Ministério da Saúde. Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004.

BRASIL/Ministério da Saúde. Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007.

Dourado LBK, Boueri FMV. Adenomegalia. In: Nunes MPT, Lin CN, Martins MA, Augusto KL, Pavanelli MC, Souza MRB, ET al. *Clínica médica: grandes temas na prática*. São Paulo: Atheneu; 2010. p181-94.

Gomez, M.; V.; Educação em rede: uma visão emancipadora. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire, 2004. (Guia da escola cidadã, v.11).

Habermann TM, Steensma DP. Lymphadenopathy. Mayo Clin Proc. 2000; 75:723-32

IBGE: Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade: 2000-2030 revisão, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Oncologia no SUS: os caminhos do financiamento. Rede Câncer, Rio de Janeiro, n. 9, nov. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças crônicas. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/813-sas-raiz/daet-raiz/doencas-cronica/12583-financiamento>>. Acesso em: 20 out. 2016.

Qin DX, Wang GO, Zhang XH, Zuo JH, Yuan FL. **New concept for cancer screening**. Eur J Cancer Prev 1996; 5:121-4.

Rocha. R. C. M. Educação em rede e suas possíveis contribuições para a doação de órgãos. 2016. 175 f. Dissertação (mestrado) - Instituto Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2016 (No prelo).

Santos, N.B. dos, 2006. Utilização de Comunidades Virtuais como organizações de base do SUS. , pp.1–31. Disponível em: <http://www.next.wiki.br/repositorio/content/43>

TEIXEIRA, M.B. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. V.38, número especial. Rio de Janeiro, out 2014.

Thuler LC, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. Rev bras ginecol obstet. 2005;27(11):656-660.

WHO/International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012 – Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: Early Detection. Geneva, 2007. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoef_programas/site/home/nobrasil/programa_control_cancer_mama/deteccao_precoco, atualizado em 28/04/2016.