



**REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS NO RIO DE JANEIRO**

**PLANO DE AÇÃO ESTADUAL DE ONCOLOGIA
TRIÊNIO 2025- 2027**

2ª edição

CLAUDIO CASTRO
GOVERNADOR DO ESTADO

CLAUDIA MELLO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

RACHEL RIVELLO ELMOR
SUBSECRETARIA GERAL

MAURICIO CARLOS ARAUJO RIBEIRO
SUBSECRETARIA JURÍDICA

LEONARDO FERREIRA DE SANTANA
SUBSECRETARIA EXECUTIVA
SUBSECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA

WARD DE SOUZA GUSMÃO JUNIOR
SUBSECRETARIA DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE AUDITORIA E CONTROLE

CAIO SOUZA
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

MARIO SERGIO RIBEIRO
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ELABORAÇÃO

GRUPO DE TRABALHO

Ana Luiza Latini de Carvalho e Mello

Ana Paula de Almeida Queiroz

Ariane Fontes dos Santos

Elisabet Pauer

Eralda Ferreira da Silva

Fabiana Oliveira

Fabricio de Souza Oliveira

Felipe da Costa Silva

Jefferson Guimaraes Fernandes

Keli Marini dos Santos Magno

Kitty Crawford

Natane Cristina dos Santos Vieira

Marcelo Rodrigues de Castro

Priscila Mendonça

Renata Alves de Lima

Renata Regis Guimaraes

Apoio:

Cristiane Eliza da Silva

Ivi Costa Santos Flores

Maurício marques Corrêa Dias

Valdemir Inácio da Silva Junior

Vania Lucia Quintaneira

Revisores:

Ana Paula de Almeida Queiroz

Ana Luiza Latini de Carvalho e Mello

Fabricio de Souza Oliveira

Renata Regis Guimaraes

Colaboradores Externos:

Roberto de Almeida Gil

Gelcio Mendes

Carla Andréia Vilanova Marques

ORGANIZAÇÃO / COORDENAÇÃO TÉCNICA

Assessoria de Planejamento em Saúde

Assessoria de Regionalização

Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

Superintendência de Regulação

Superintendência de Vigilância Sanitária – SUVISA

Superintendência de Atenção Primária à Saúde

Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde – SGVS

Superintendência de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde - SIEVS

SUMÁRIO	PÁGINA
1. APRESENTAÇÃO	
2. CONTEXTO DO CÂNCER NO MUNDO	
3. O CÂNCER NO BRASIL	
4. POLÍTICA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER E LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA	
5. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS	
5.1. Dados Demográficos no Estado	
5.2. Diagnóstico do Câncer no Estado	
6. CENÁRIO DO CÂNCER POR REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2023	
6.1.Região da Baía da Ilha Grande (BIG)	
6.2. Região da Baixada Litorânea (BL)	
6.3.Região Centro-Sul (CS)	
6.4.Região do Médio Paraíba (MP)	
6.5. Região Metropolitana I (MI)	
6.6. Região Metropolitana II (MII)	
6.7. Região Noroeste (NO)	
6.8. Região Norte (N)	
6.9. Região Serrana (SER)	
7. NEOPLASIAS MALIGNAS MAIS FREQUENTES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	
7.1. Câncer de Pele	
7.2. Câncer de Mama	
7.3 Câncer de Próstata	
7.4 Câncer de Colo de Útero	
7.5 Câncer Colorretal	
7.6 Câncer de Pulmão	
8. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	
8.1. Plano Estadual de Enfrentamento às Doenças e Agravos não Transmissíveis	
8.2. Monitoramento das DANT	
8.3. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis	
8.4. Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não transmissíveis	
9. Planejamento Regional Integrado	
10. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
10.1. Cobertura da Atenção Primária no estado do Rio de Janeiro	
10.2.Territorialização e determinantes sociais em saúde	
10.3.Equipes de Atenção Primária e a promoção da saúde e prevenção ao câncer	
10.4.ATENÇÃO ESPECIALIZADA	
10.4.1. Média Complexidade Ambulatorial	
10.4.1.1. Exames	
10.4.1.2.Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE	
10.4.2. Alta complexidade	
10.4.2.1 Produção das Unidades de Saúde Habilitadas	
10.4.2.2. Cirurgias Oncológicas	

10.4.2.3. Quimioterapia
10.4.2.4. Radioterapia
11. REGULAÇÃO DO ACESSO ASSISTENCIAL NO ERJ
11.1. Estrutura: Complexo Estadual de Regulação
11.2. Oferta de recursos em Oncologia no estado do Rio de Janeiro
12. NECESSIDADE DE NOVAS HABILITAÇÕES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
13. REABILITAÇÃO EM ONCOLOGIA
13.1. Reabilitação no câncer de mama
13.2. Reabilitação no câncer colorretal
13.3. Reabilitação no câncer de traqueia, brônquios e pulmão
14. CUIDADOS PALIATIVOS
14.1. Controle da Dor Crônica
15. CUIDADOS PROLONGADOS
16. FINANCIAMENTO DA ONCOLOGIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
16.1. Programação Pactuada Integrada (PPI)
16.2. Programa de Cofinanciamento em Oncologia
16.3. Chamamento Público
17. USO DE TECNOLOGIAS INOVADORAS EM ONCOLOGIA
18. MATRIZ SWOT (FOFA) - FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, FRAGILIDADES E AMEAÇAS À REDE DE ONCOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
19. ESTRATÉGIAS E AÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DO CÂNCER
20. CRONOGRAMA, INDICADORES, METAS E PRAZOS
21. CONSIDERAÇÕES FINAIS
22. REFERÊNCIAS

1. APRESENTAÇÃO

A relevância técnica e política dos problemas relacionados com o câncer no estado do Rio de Janeiro foram postuladas como prioridades da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro desde em 2012, quando, com a definição de um grupo de trabalho em parceria com a Fundação do Câncer, se formulou o primeiro Plano Estadual de Atenção Oncológica, publicado em 2013. O Plano foi revisitado em 2016, quando uma nova versão foi apresentada.

No que tange à rede do estado do Rio de Janeiro, a assistência oncológica é organizada de forma regionalizada e hierarquizada, conforme estabelecido pela Deliberação CIB-RJ nº 2.883/2014, que define fluxos de referência para quimioterapia, radioterapia, cirurgias oncológicas, pediatria e hematologia, promovendo a organização do serviço e facilitando o acesso dos usuários aos atendimentos necessários. O Plano Oncológico do Estado foi pactuado por meio da Deliberação CIB-RJ nº 4.609/2017, e posteriormente atualizado pelas Deliberações CIB-RJ nº 5.892/2019, e nº 8.007/2023, que definiram as referências da Rede de Alta Complexidade em Oncologia.

Com o intuito de continuar acompanhando a dinâmica do cenário da saúde pública no estado e no país, se observou a necessidade de uma nova revisão do Plano, tendo 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 de Janeiro.

O Plano Estadual de Atenção Oncológica do Rio de Janeiro (RJ) encontra-se, portanto, em sua segunda revisão, refletindo a dinâmica de constante evolução das tecnologias em saúde, presente na implementação da assistência oncológica ao usuário do SUS, e contempla os principais pontos estabelecidos na Portaria SAES/MS nº 688/2023, assim como é consonante com as diretrizes, objetivos estratégicos e metas prioritárias definidas no Plano Estadual de Saúde. Cumpre destacar que a construção do Plano Estadual de Atenção Oncológica para o triênio 2025/2027 foi um trabalho conjunto, com contribuição de diversas áreas técnicas que compõem esta Secretaria de Estado de Saúde e de especialistas do INCA. Esta construção caracteriza-se como um processo contínuo e dinâmico, retroalimentado pelas ações de monitoramento, controle e avaliação dos entes envolvidos em todas as instâncias da Rede, visando a programação de ações e a estruturação de linhas de cuidado que atendam às demandas do cuidado integral aos pacientes oncológicos do estado do Rio de Janeiro.

Apresenta-se abaixo a versão 2025 do Plano de Atenção para o Diagnóstico e o Tratamento do Câncer.

2. CONTEXTO DO CÂNCER NO MUNDO

A neoplasia é uma proliferação anormal do tecido devido ao crescimento desordenado de células, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o homem. Neoplasias podem ser benignas ou malignas.

As neoplasias benignas ou tumores benignos têm seu crescimento de forma organizada, geralmente lento, expansivo e apresentam limites bem nítidos. Apesar de não invadirem os tecidos vizinhos, podem comprimir os órgãos e tecidos adjacentes (ex. lipoma, mioma, adenoma).

As neoplasias malignas ou tumores malignos manifestam um maior grau de autonomia e são

capazes de invadir tecidos e órgãos vizinhos e provocar metástases, podendo ser resistentes ao tratamento, acarretar transtornos funcionais e causar a morte do hospedeiro.

O câncer é uma neoplasia maligna, e corresponde a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum a perda do controle da divisão celular. (INCA, 2020)

O câncer, junto às doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias crônicas compõem o grupo das principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As DCNT se caracterizam por terem fatores de risco semelhantes, serem as principais causas de mortes no mundo, gerar um elevado número de mortes prematuras e perda de qualidade de vida com alto grau de limitação, além de produzirem impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2021).

Mesmo com o avanço das políticas públicas e do desenvolvimento de novas tecnologias em saúde, o mundo enfrenta o aumento da incidência e mortalidade por câncer. De acordo com as estimativas do Global Cancer Observatory, elaboradas pela International Agency for Research on Cancer (IARC), em 2020, ocorreram 19,3 milhões de casos novos de câncer no mundo, sendo destes, 1,2 milhões de casos de câncer de pele não melanoma. Relatório da IARC aponta que um em cada cinco homens e uma em cada seis mulheres serão diagnosticados com câncer durante a vida e um em cada oito homens e uma em cada 11 mulheres morrerão da doença. Ainda de acordo com a agência, em 2040, serão 28,9 milhões os casos novos de câncer, 9,6 milhões ou quase 50% a mais do que os 19,3 milhões de casos novos contabilizados para 2020. (INCA, 2022)

As transições demográfica e epidemiológica, que ocorrem rapidamente em todos os países, vêm potencializando o impacto do câncer no cenário mundial (SUNG et al. apud INCA, 2022): o envelhecimento da população, conseqüente à diminuição nas taxas de fecundidade e natalidade e da maior expectativa de vida, bem como a substituição gradual da mortalidade por doenças infecciosas pelas mortes relacionadas às doenças crônicas, são fatores que explicam esta contínua ascendência.

Mudanças nas células, que as tornam mais vulneráveis ao câncer, bem como a exposição de muitos anos aos diversos fatores de risco, explicam a maior incidência de câncer entre os mais idosos. Cerca de 80-90% dos cânceres decorrem de fatores externos, como os comportamentais/culturais (tabagismo, uso abusivo de álcool, sedentarismo, dieta inadequada, sobrepeso/obesidade) e ambientais (exposição a poluentes e irradiação), enquanto 10-20% se devem a fatores hereditários, familiares e étnicos.(INCA, 2022)

É importante ressaltar que cerca de um terço dos casos novos de câncer no mundo poderia ser prevenido, evitando-se os fatores de risco, e 30% dos casos poderiam ser curados, havendo detecção precoce e tratamento adequado. (OPAS, <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>)

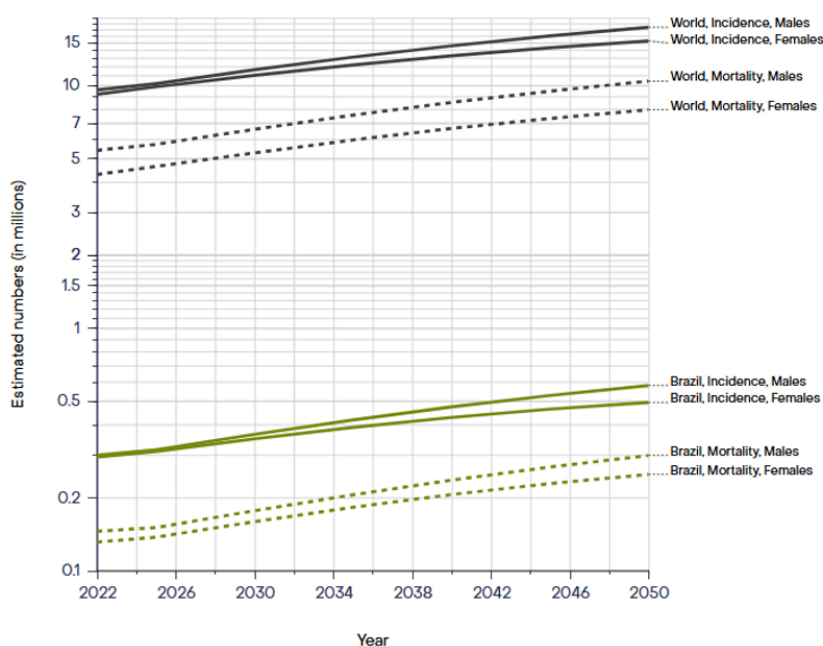
3. O CÂNCER NO BRASIL

De acordo com o INCA, são estimados 704 mil casos novos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025, ou 483 mil, se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma, que é o mais incidente (31,3%). (INCA, 2022)

A Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, 2020) publicou a projeção de novos

casos para todos os tipos de câncer (ambos os sexos) até 2050, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da nação. Para o Brasil, considerando seu IDH alto, a agência projetou um aumento de 56% na incidência das neoplasias malignas até 2040, quando comparada a 2020. Para 2020, a taxa de incidência calculada pelo IARC para o Brasil foi de 295 casos novos de câncer a cada 100 mil pessoas – e foi considerada intermediária e compatível com os demais países em desenvolvimento. A taxa era próxima da média mundial de 248 casos novos a cada 100 mil, e bem inferior às taxas do Japão (813), Austrália (784) e Holanda (770), apesar de ser ligeiramente mais alta que a de países da América Latina, como México (152) e Colômbia (223).

Gráfico 1. Estimativa de casos de câncer, exceto os de pele não melanoma, de ambos os sexos e todas as faixas etárias. Brasil, de 2022 a 2050. (IARC, 2020)



Fonte: Cancer Tomorrow/ IARC – <http://gco.iarc.who.int>
 Versão: Globocan 2022 (versão 1.1) – 08/02/2024

4. POLÍTICA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER E LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA

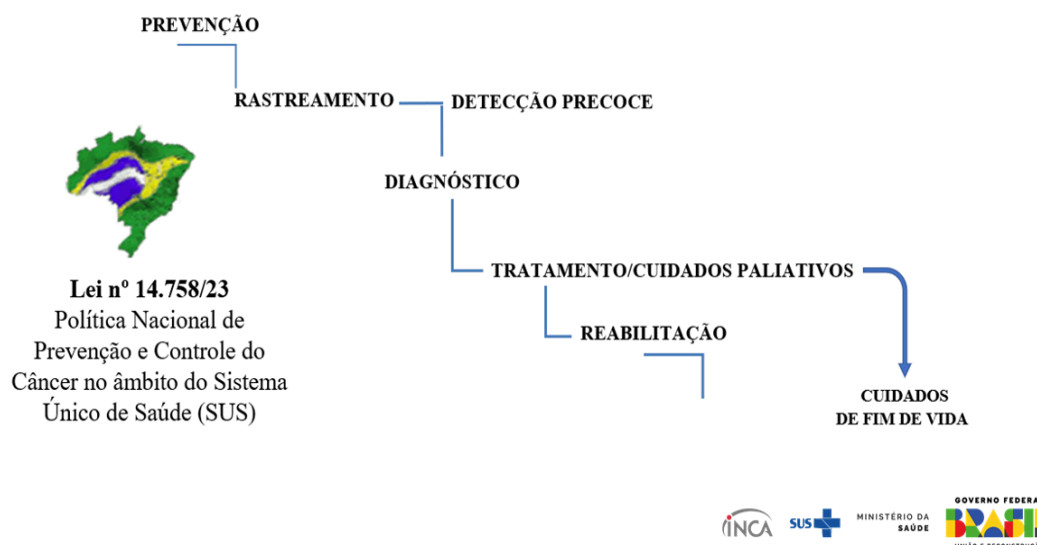
A Portaria GM/MS nº 874 de 21 de maio de 2013 foi publicada visando a maior difusão da prevenção, rastreamento, diagnóstico e controle do câncer e, posteriormente, foi revogada, tendo seu conteúdo inserido na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica. A Política tinha por objetivos reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer, diminuir a incidência de alguns tipos de câncer e 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, 2017).

A Portaria Consolidada GM/MS nº 3 de 2017 estabelece orientações para a organização das linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), estruturadas adequadamente por sistemas de apoio, logística, regulação e governança da rede, e implementadas de maneira articulada. Redes temáticas foram propostas com intuito de nortear a construção das linhas de cuidado na RAS, dentre

as quais a Rede Temática de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, na qual se organizam os cuidados à saúde para pessoas com câncer.

Desde que foi sancionada a Lei 14.758/23 - que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer (BRASIL, 2023) a qual prioriza a prevenção, diagnóstico e tratamento de câncer no SUS, os objetivos centrais da lei incluem a redução da incidência dos diversos tipos de câncer, o acesso garantido ao cuidado integral, a contribuição para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, além da diminuição da mortalidade e das incapacidades causadas pela doença. A legislação também propõe a implementação de um sistema de dados capaz de registrar casos suspeitos e confirmados de câncer, possibilitando a monitorização da fila de espera para consultas, procedimentos de diagnóstico, tratamentos e transplantes.

Figura 1. Esquema proposto para o cuidado integral do câncer conforme a Lei 14.758/23



Fonte: MS

Devido à necessidade da atualização dos critérios e parâmetros assistenciais para a organização das RAS, quanto ao diagnóstico e tratamento do câncer, bem como a importância da integração dos serviços especializados para a assistência de alta complexidade em oncologia no SUS e critérios técnicos, o quais foram redefinidos os critérios para a habilitação de hospitais na alta complexidade em oncologia no SUS, através da Portaria SAES/MS nº 688/2023, que alterou a Portaria de Consolidação nº 01/2022

No que tange à rede do Estado do Rio de Janeiro, a assistência oncológica é organizada de forma regionalizada e hierarquizada, conforme estabelecido pela Deliberação CIB-RJ nº 2.883/2014, que define fluxos de referência para quimioterapia, radioterapia, cirurgias oncológicas, pediatria e hematologia, promovendo a organização do serviço e facilitando o acesso dos usuários aos atendimentos necessários. O Plano Oncológico do Estado foi pactuado por meio da Deliberação CIB-RJ nº 4.609/2017, e posteriormente atualizado pelas Deliberações CIB-RJ nº 5.892/2019, e nº

8.007/2023, que definiram as referências da Rede de Alta Complexidade em Oncologia.

Diante da necessidade de se estabelecer discussões técnicas e propor estudos para embasar a propositura de políticas, legislações, normas, procedimentos, notas técnicas, instruções, atos e ações que afetam, direta ou indiretamente, à atenção oncológica no estado do Rio de Janeiro, foi publicada a Resolução SES nº 1908, de 18 de setembro de 2019, que institui a Câmara Técnica de Oncologia do estado do Rio de Janeiro. e a Resolução SES Nº 1909 de 18 de setembro de 2019, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, o Grupo Condutor da Rede de Atenção Oncológica do Estado do Rio de Janeiro, para a formulação de políticas públicas de saúde, no intuito de conduzir, internamente, o plano estadual de atenção oncológica composto por profissionais das áreas técnicas do nível central da SES, representantes do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e representante do Conselho Estadual de Saúde.

Posteriormente, foi instituída através da Lei N 9384 de 26/08/2021, a Política Estadual para a prevenção e controle da neoplasia maligna no Estado do Rio de Janeiro objetivo reduzir a incidência de alguns tipos de câncer, reduzir a mortalidade e a incapacidade causada por esta doença, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida de pessoas com neoplasia maligna, por meio de ações de promoção de ações elucidativas sobre detecção precoce, tratamento adequado e cuidados paliativos.

Em 2023, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro iniciou a elaboração do Plano Plurianual (PPA) 2024-2027, com metodologia estratégica voltada à gestão de políticas públicas. Entre os objetivos, destaca-se a redução da mortalidade prematura e morbidade, especialmente por câncer e doenças cardiovasculares.

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2024-2027 da SES/RJ prioriza a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) de forma regionalizada, o fortalecimento da atenção em todos os níveis, a descentralização da gestão e a melhoria dos sistemas de apoio. A diretriz principal envolve identificar pontos críticos e planejar ações para reduzir a mortalidade precoce por cânceres prevalentes, como os de mama, colo do útero e próstata.

5. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

A dimensão demográfica é fundamental para o planejamento da atenção em saúde, não somente para o correto dimensionamento dos recursos humanos, financeiros, de suprimentos e infraestrutura necessários, como também para a adequada distribuição desses recursos, a fim de garantir que cada pessoa receba os serviços de saúde de que necessita, com base em suas especificidades de sexo, gênero, raça/cor, idade, perfil socioeconômico e localização espacial.

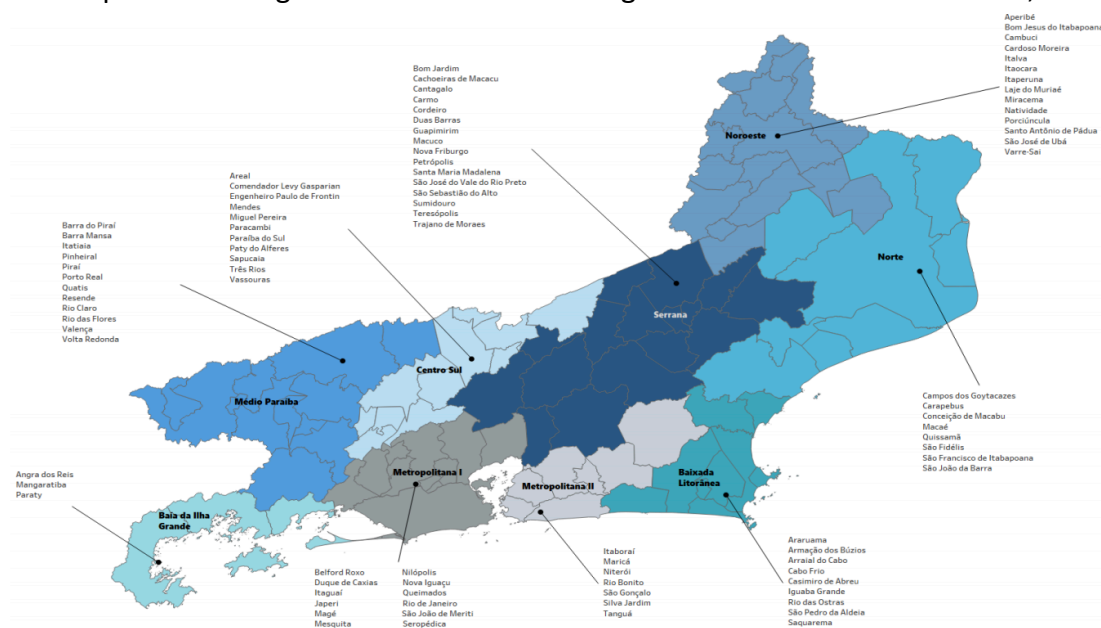
5.1. Dados Demográficos no Estado

O estado do Rio de Janeiro está localizado na região Sudeste brasileira e é o terceiro mais populoso do país, com 17.219.679 milhões de habitantes (IBGE, 2024). Apesar de ser, em termos de território, o terceiro menor estado brasileiro (maior apenas que Alagoas e Sergipe), concentra 8,4% da população do país, sendo o segundo estado com maior densidade demográfica do Brasil - 366,97 habitantes por quilômetro quadrado. Em 2021, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era de

0,762 (IBGE Cidades, 2021) ficando na 8ª posição entre os 27 estados. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pelo IBGE em 2022, o Rio de Janeiro é o terceiro estado mais desigual do Brasil, perdendo somente para Paraíba e Roraima. Além da renda média do trabalhador fluminense ter crescido menos que a média nacional entre 2021 e 2022, a desigualdade envolve dimensões de segregação não somente socioeconômicas, mas raciais. O estado passou ainda por uma reconfiguração socioespacial no período pandêmico e pós pandêmico, visto que o Covid-19 teve impactos dramáticos não apenas sobre a saúde, mas também sobre os indicadores econômicos e sociais do estado do Rio de Janeiro.

A população do estado se distribui em nove regiões e uma macrorregião de saúde, como ilustrado na Figura 2.

Figura 2. Mapa com as Regiões de Saúde e Macrorregiões de Saúde do Estado do RJ, 2024.



Fonte: Elaboração própria.

A distribuição da população no território do estado do Rio de Janeiro não é uniforme. Apesar do processo de interiorização, ocorrido no período da pandemia de COVID-19, a população ainda se encontra concentrada nas regiões de saúde Metropolitana I (60,8%) e Metropolitana II (11,9%), onde são registradas as maiores densidades demográficas. Os 27,3% restantes da população se distribuem nas regiões Norte (5,6%), Serrana (5,6%), Médio Paraíba (5,3%), Baixada Litorânea (5,2%), Noroeste (2,1%), Centro-Sul (2,0%) e Baía da Ilha Grande (1,6%).

Segundo dados do IBGE (2024), dos 92 municípios do estado, 6,5% possuem população menor que 10 mil habitantes (6); 53,3% possuem entre 10 mil e 50 mil habitantes (49); 8,7% possuem de 50 mil a 100 mil habitantes (8); 22,8% possuem de 100 mil a 300 mil habitantes (21); e 8,7% possuem mais de 450 mil habitantes (8), sendo que destes últimos somente a capital possui população superior a 1 milhão habitantes.

Todas as regiões de saúde apresentam um percentual de urbanização superior a 80%, o que significa que mais de 80 em cada 100 habitantes residem em áreas consideradas urbanas pela administração municipal.

Cerca de 29% da população do estado são beneficiários de Planos Privados de Saúde, com assistência hospitalar e ambulatorial. Desta forma, 71% da população do Rio de Janeiro dependem exclusivamente do SUS para os cuidados à saúde. Apenas a região Metropolitana II possui mais de 30% da sua população beneficiária de assistência suplementar, enquanto nas regiões da Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul e Noroeste apenas de 12% a 17% da população têm acesso a planos de saúde privados.

Como preconizado na Portaria MS nº 688/2023 (SAES), para os cálculos das necessidades de serviços para a Rede de Atenção à Saúde, será considerada a população SUS exclusiva de 80% para todo o estado.

Tabela 1. Regiões de saúde, número de municípios e população, estado do Rio de Janeiro, 2024.

Macrorregião	Regiões de Saúde	Nº Municípios	População	% Pop excl. SUS
Estado do Rio de Janeiro	Total ERJ	92	17.219.679	71
	Baía da Ilha Grande	3	270.358	82,1
	Baixada Litorânea	9	903.171	83,1
	Centro-Sul	11	336.061	87,4
	Médio Paraíba	12	918.430	70,6
	Metropolitana I	12	10.462.484	67,7
	Metropolitana II	7	2.043.395	71,8
	Noroeste	14	353.408	85,3
	Norte	8	969.642	72,9
Serrana	16	962.730	79,1	

Fonte: IBGE, projeção 2024.

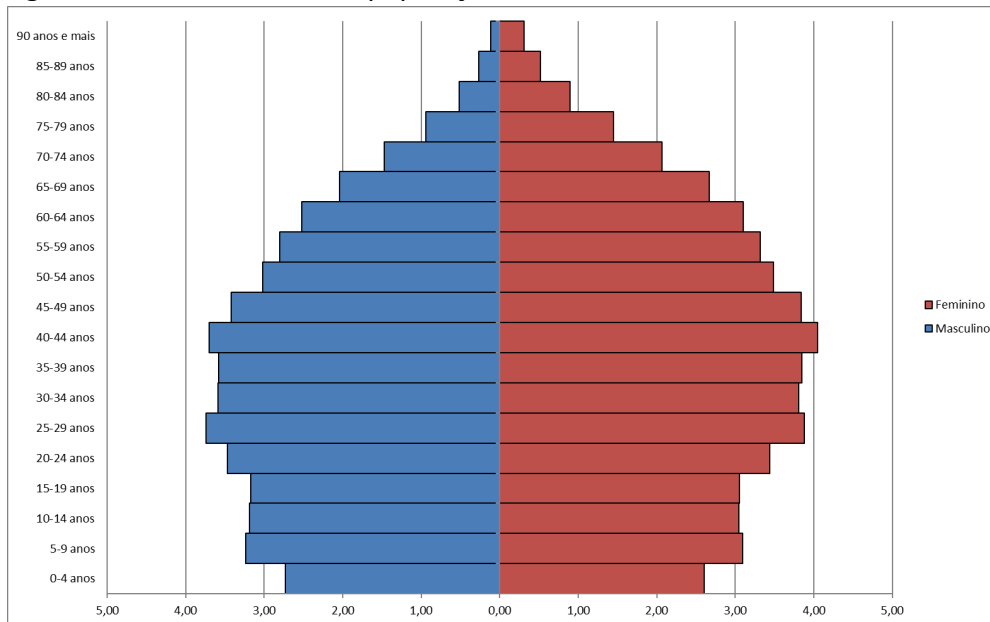
Notas:

1. A distribuição etária e a por sexo das regiões de saúde foram padronizadas segundo a distribuição projetada para o estado do Rio de Janeiro pelo IBGE.

A Região Metropolitana I, onde está localizada a capital - Rio de Janeiro –, é a mais populosa do estado, com 10.462.484 habitantes (IBGE, projeção 2024). A capital concentra 64,32% da população (6.729.894 hab.) da região e 39% da população do estado.

A figura 3 abaixo apresenta a distribuição etária da população do estado, segundo a projeção realizada pelo IBGE (2024)

Figura 3. Pirâmide Etária da população do estado do Rio de Janeiro



Fonte: IBGE: Projeção 2024

Ao se analisar a pirâmide etária do estado, pode-se observar:

- As faixas etárias mais jovens (base da pirâmide) têm uma menor representação, em comparação com as demais faixas etárias, indicando uma diminuição na taxa de natalidade;
- O sexo masculino predomina apenas nas faixas etárias menores que 25 anos, o que evidencia a sobremortalidade masculina, resultando no significativo predomínio do sexo feminino nas demais faixas;
- Os idosos, com 60 anos ou mais, são 18,9% da população, o que corresponde a quase 50% da população de crianças e jovens com menos de 30 anos, que é de 38,7%.

Esse perfil de distribuição populacional corrobora com as tendências demográficas observadas nas últimas décadas em todo o mundo.

A menor representação das faixas etárias jovens, a feminização da população nas idades acima dos 25 anos e o significativo envelhecimento populacional, decorrente do aumento na expectativa de vida ao nascer combinado à redução na taxa de fecundidade, são aspectos cruciais para a adequação do planejamento de políticas públicas e para a formulação de ações que promovam respostas socialmente organizadas, potentes e mais ajustadas às necessidades de saúde e bem estar da população, a serem consolidadas na organização da Rede de Atenção à Saúde.

Importante destacar que o envelhecimento da população se associa ao aumento da

incidência e da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial, das doenças cardiovasculares, das neoplasias e das doenças respiratórias.

A ascensão das DCNT de forma concomitante à persistência ou ao recrudescimento de doenças infecciosas e carenciais, aliados aos danos produzidos pelo ambiente de violência que assola o estado, compõem a tripla carga de doença, desafio maior aos gestores da saúde do Rio de Janeiro.

5.2. Diagnóstico do Câncer no Estado

No contexto do estado do Rio de Janeiro, desde 2003, o câncer representa a segunda causa de mortes, atrás somente das doenças cardiovasculares. Apenas em 2020 e 2021, em função da pandemia de Covid-19, ambas foram superadas pelas doenças infecciosas e parasitárias.

A série histórica dos casos de neoplasia maligna, diagnosticados nas unidades de saúde do SUS no estado na última década, se encontra em anexo. (Anexo)

Em 2022, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) publicou as estimativas de incidência de câncer no Brasil, para o triênio 2023-2025, segundo sexo e localização primária. Na tabela 2 abaixo, podem ser observadas as estimativas por eles realizadas para o estado do Rio de Janeiro.

Tabela 2. Estimativas para os anos de 2023-2025 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária, no estado do Rio de Janeiro*

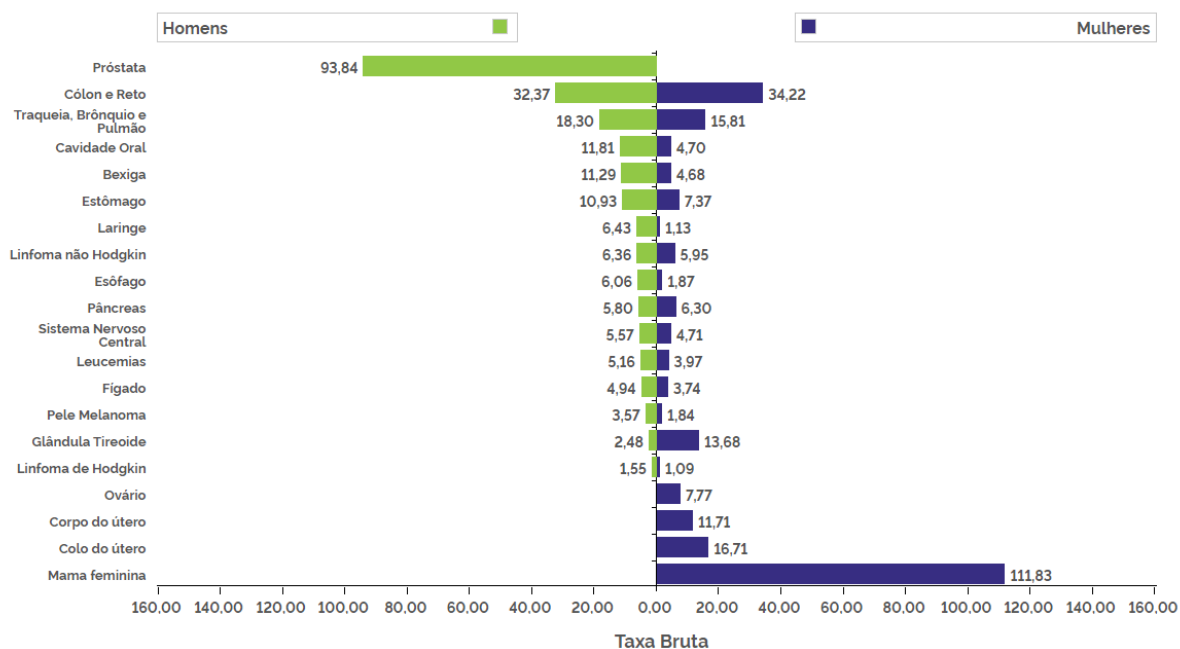
Localização Primária Neoplasia Maligna	Homens		Mulheres		Total	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	-	-	10.290	111,83	10.290	111,83
Próstata	7.930	93,84	-	-	7.930	93,84
Cólon e Reto	2.730	32,37	3.150	34,22	5.880	33,34
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.550	18,3	1.450	15,81	3.000	17
Colo do Útero	-	-	1.540	16,71	1.540	16,71
Estômago	920	10,93	680	7,37	1.600	9,08
Glândula Tireoide	210	2,48	1.260	13,68	1.470	8,32
Cavidade Oral	1.000	11,81	430	4,7	1.430	8,1
Linfoma não Hodgkin	540	6,36	550	5,95	1.090	6,14
Leucemias	440	5,16	370	3,97	810	4,54
Sistema Nervoso Central	470	5,57	430	4,71	900	5,12
Bexiga	950	11,29	430	4,68	1.380	7,85
Esôfago	510	6,06	170	1,87	680	3,87
Pâncreas	490	5,8	580	6,3	1.070	6,06
Fígado	420	4,94	340	3,74	760	4,31
Pele Melanoma	300	3,57	170	1,84	470	2,67
Corpo do útero	-	-	1.080	11,71	1.080	11,71
Laringe	540	6,43	100	1,13	640	3,67
Ovário	-	-	710	7,77	710	7,77
Linfoma de Hodgkin	130	1,55	100	1,09	230	1,31
Outras Localizações	2.950	34,89	2.880	31,28	5.830	33,01

Todas as neoplasias, exceto Pele não melanoma	22.080	261,4	26.710	290,41	48.790	276,52
Pele não Melanoma	12.270	145,26	11.320	123,06	23.590	133,69
Todas as Neoplasias	34.350	406,67	38.030	413,49	72.380	410,22

Fonte: Estimativa 2023 – Incidência de Câncer no Brasil- INCA.

Figura 4: Taxas brutas de incidência para 2023, segundo sexo e localização primária.

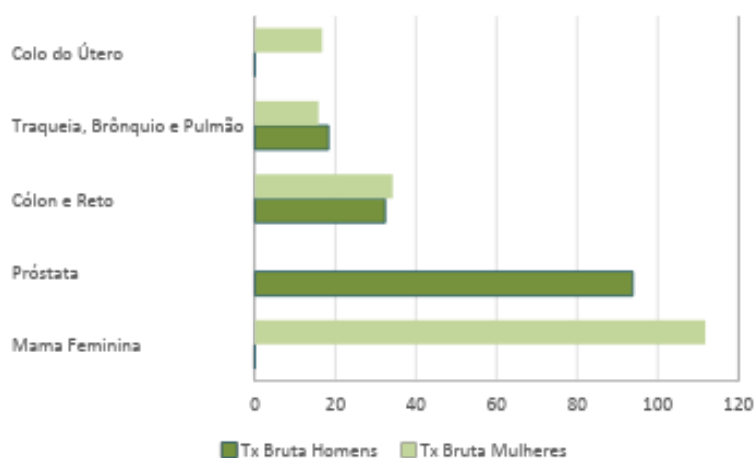
Taxas brutas de incidência estimadas para 2023, segundo sexo e localização primária*



*Valores por 100 mil habitantes

Por ano, segundo as estimativas apresentadas, são esperados cerca de 72.380 casos novos de câncer no estado, sendo 32,6% de cânceres de pele não melanoma e 67,4% dos demais tipos de cânceres. Excluindo-se o câncer não melanoma, as maiores taxas brutas de incidência estimadas, por localização primária da neoplasia maligna, foram o câncer de mama feminino; de próstata; de cólon e reto; de traqueia, brônquios e pulmão; e colo de útero. Estes tipos de câncer, mais frequentes, correspondem a 58,7% de todos os casos incidentes estimados para o ano (excluindo-se os de pele não melanoma). (Gráfico 2)

Gráfico 2: Taxas Brutas de incidência estimadas para os cânceres mais frequentes, segundo sexo e localização primária, estado do Rio de Janeiro, 2023-2025.



Fonte: Estimativa 2023 – Incidência de Câncer no Brasil - INCA, 2022
 Nota: Taxas Brutas calculadas por 100 mil hab.

No quadro 1 abaixo, se encontra a estimativa de incidência de neoplasias malignas (exceto os cânceres de pele não melanoma), distribuídos por regiões de saúde do estado.

Quadro 1. Estimativa de casos novos de câncer, para as regiões de saúde e estado do Rio de Janeiro, 2023-2025.

Região de Saúde	Pop Fem	Pop Masc	Incidência de Câncer FEM 2024 (290,41/ 100.000)	Incidência de Câncer MASC 2024 (261,40/ 100.000)	Total de casos	Total de casos SUS* (80%)
Total ERJ	9.035.062	8.184.617	24.620	19.808	44.428	35.542
Baía da Ilha Grande	141.855	128.503	376	325	701	561
Baixada Litorânea	473.888	429.283	1.278	1.063	2.342	1.873
Centro-Sul	176.329	159.732	487	398	885	708
Médio Paraíba	481.895	436.535	1.320	1.073	2.393	1.915
Metropolitana I	5.489.602	4.972.882	14.973	11.893	26.866	21.493
Metropolitana II	1.072.157	971.238	2.937	2.346	5.283	4.226
Noroeste	185.431	167.977	504	428	931	745
Norte	508.765	460.877	1.367	1.143	2.510	2.008
Serrana	505.139	457.591	1.378	1.139	2.516	2.013

Fontes: População residente segundo projeções do IBGE para 2024.
 Incidência estimada segundo estimativas feitas pelo INCA.

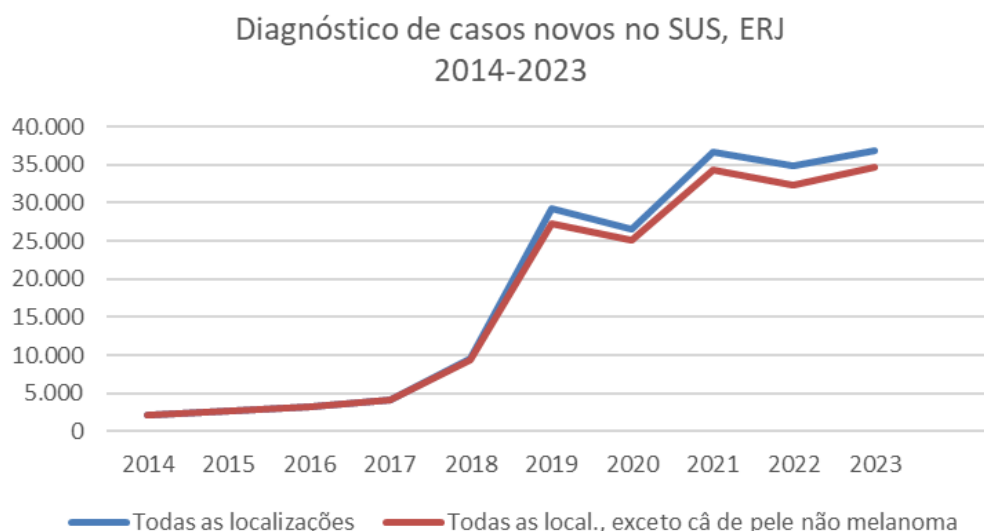
Notas:

01. A distribuição etária e a por sexo dos municípios/regiões de saúde foram padronizadas segundo a distribuição projetada para o estado do Rio de Janeiro pelo IBGE. A estimativa será refeita após a publicação da estratificação etária e por sexo a ser realizada pela RIPSA.
02. Foram considerados casos SUS 80% dos casos novos, conforme recomendado na Portaria 668, para municípios/regiões com mais de 20% da população beneficiária de Planos de Saúde privados (assistência ambulatorial e hospitalar).

No gráfico 3 abaixo, se observa a evolução do diagnóstico do câncer de residentes no estado

do Rio de Janeiro nos estabelecimentos SUS, na qual se destacam: o baixo número de registros de casos registrados entre 2013 e 2017; o importante aumento no registro do diagnóstico do câncer, a partir de 2018; a significativa redução nos diagnósticos devido às restrições impostas pela pandemia de Covid-19, em 2020; o aumento, possivelmente compensatório dos casos não diagnosticados no ano anterior, em 2021.

Gráfico 3: Diagnóstico de casos novos no SUS, ERJ 2014-2023.



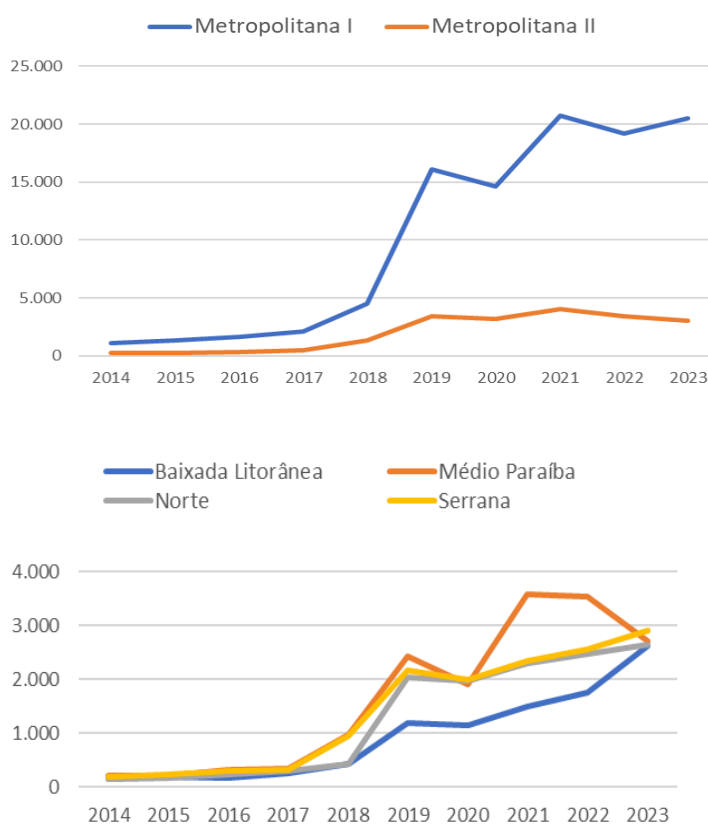
Fonte: Painel-Oncologia, Brasil. Consulta em 09/12/2024

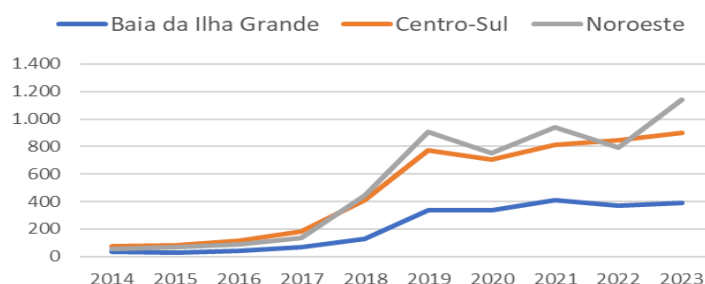
A série temporal 2014-2023 evidencia que, a partir de 2018, houve importante aumento no registro dos casos novos de câncer em residentes do estado diagnosticados no SUS, possivelmente em função da obrigatoriedade, para fins de faturamento, de se informar o CID-O (oncológico) do resultado do laudo anatomopatológico, quando positivos para malignidade (Portaria SAS Nº 643, de 17 de maio de 2018).

A partir de 2019, houve aumento sucessivo no diagnóstico de casos novos em todas as regiões de saúde. Embora este aumento progressivo tenha sido interrompido em 2020, em função dos entraves decorrentes da pandemia de Covid-19 (especialmente, o *lockdown*, o medo do contágio pelo coronavírus e o direcionamento dos serviços de saúde para o combate à pandemia, notadamente ocorridos em 2020), se observou uma elevação ainda maior dos diagnósticos em 2021, possivelmente acumulando casos não diagnosticados no ano anterior, seguido de um pequeno

decrécimo, em 2022. Algumas diferenças neste comportamento podem ser observadas em algumas regiões, como a Serrana, a Centro-Sul e a Baixada Litorânea, que não apresentaram o aumento ‘acumulado’ de casos em 2021, mantendo a progressão consecutiva dos novos diagnósticos. Entre os anos de 2022 e 2023, apenas as regiões do Médio Paraíba, Metropolitana II e Baía da Ilha Grande não apresentaram aumento nos registros dos casos novos de câncer.

Gráfico 4. Casos novos de câncer (exceto pele não melanoma) de residentes diagnosticados no SUS, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2014-2023.





Fontes: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade; Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informações de Câncer (SISCAN). Painel-Oncologia – BRASIL. Data de atualização dos dados: 15/10/2024

Da mesma forma que o diagnóstico de casos novos, os óbitos com causa básica ‘neoplasias malignas’ apresentaram diminuição no ano de 2020, em ambos os sexos. Além disso, esta redução se manteve em 2021, possivelmente pelo recrudescimento dos casos e óbitos por Covid-19. Como se observou padrão semelhante nos demais estados do país, com o aumento concomitante e proporcional da classificação do câncer como comorbidade nos registros de óbitos por Covid-19 no período, é possível que essa redução representa o importante impacto da Covid-19 entre pacientes com câncer. (Migowsk *et al*, 2022).

Se observa a maior frequência de casos de câncer entre as mulheres e uma maior tendência de crescimento dos casos entre elas, quando comparadas aos homens (embora se observe também a tendência de aumento entre eles, em menor escala). Essa diferença pode ser explicada em parte pelo maior número de mulheres na população total do estado (3,4% maior) e principalmente entre os residentes com 40 anos ou mais (10,5% maior), na qual há maior risco de câncer. Outros fatores como a alta mortalidade por câncer de mama entre as mulheres no estado e um possível sub diagnóstico do câncer entre os homens podem contribuir para essa diferença, mas o tema demanda estudos específicos para seu esclarecimento.

Gráfico 5: Série histórica dos óbitos por neoplasia maligna, segundo o sexo, no estado do Rio de Janeiro, 2014-2023.



Na tabela 3 abaixo, se apresenta o comportamento temporal dos óbitos por neoplasia maligna, segundo a categoria da causa básica (CID 10). Entre os anos de 2019 e 2023, se registra um aumento de 5,5% em todos os casos de câncer no estado. Dos 16 grupos de neoplasias malignas (segundo classificação da CID 10), 11 apresentaram aumento no número de óbitos em 2023, quando comparadas a 2019. Dentre os grupos de neoplasias mais frequentes (em negrito), esse aumento variou entre 4,8% e 10,5% e apenas as neoplasias malignas do aparelho respiratório apresentaram uma pequena redução (-2,7%). Destaca-se também o significativo aumento na mortalidade por neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido nos últimos anos.

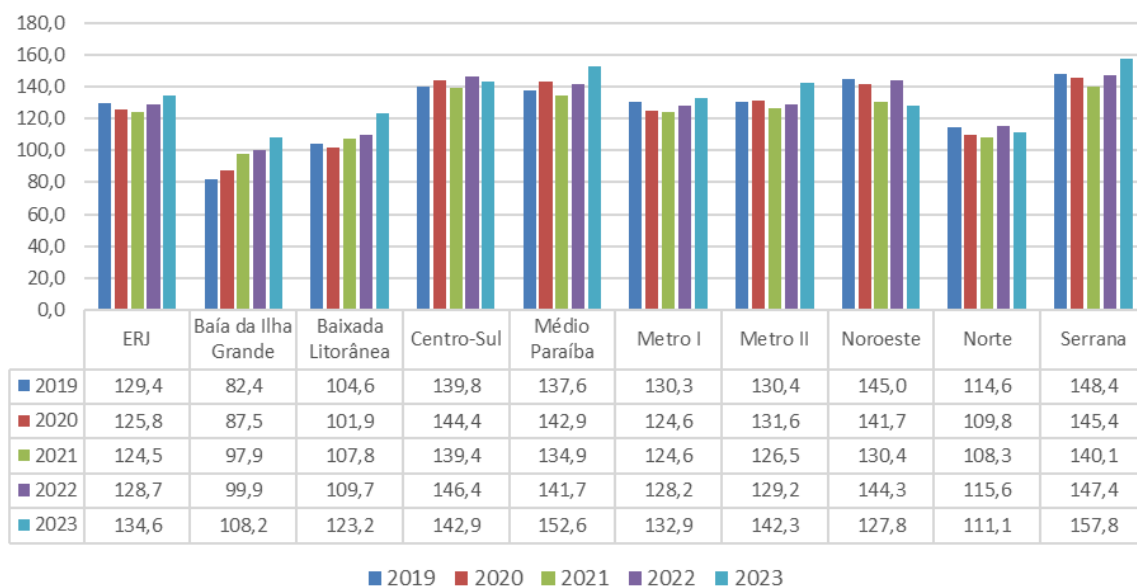
Tabela 3: Mortalidade por neoplasias malignas, de residentes no estado do Rio de Janeiro, 2019-2024

Causa básica - grupo	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Total	22.455	21.986	21.946	22.684	23.683	
C00-C14 Neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe	688	645	650	622	660	
C15-C26 Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	7.383	7.043	7.037	7.279	7.828	
C30-C39 Neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órg intratorácicos	3.194	3.226	3.161	2.975	3.109	
C40-C41 Neoplasias malignas dos ossos e das cartilagens articulares	153	197	137	168	170	
C43-C44 Melanoma e outras(os) neoplasias malignas da pele	338	330	345	352	351	
C45-C49 Neoplasias malignas do tecido mesotelial e tecidos moles	271	262	330	309	322	
C50-C50 Neoplasias malignas da mama	2.291	2.232	2.200	2.395	2.532	
C51-C58 Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos	1.586	1.581	1.595	1.693	1.707	
C60-C63 Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos	1.599	1.569	1.517	1.609	1.675	
C64-C68 Neoplasias malignas do trato urinário	919	907	887	908	994	
C69-C72 Neoplasias malignas dos olhos, do encéf e de outr partes do Sist. Nerv.	849	853	858	847	908	
C73-C75 Neoplasias malignas da tireóide e de outras glândulas endócrinas	154	130	129	131	147	
C76-C80 Neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	1.352	1.429	1.547	1.738	1.616	
C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	1.448	1.329	1.246	1.333	1.369	
C97-C97 Neoplasias malignas de localizações múltiplas independ (primárias)	1	1	1	2	0	
D37-D48 Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido	229	252	306	323	295	

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 29/07/2024.

A taxa de mortalidade específica (TME) por neoplasias malignas voltou a subir em todo o estado após os anos críticos da pandemia de Covid-19. As TME são diferentes entre as regiões de saúde, e variaram de 108,2 a 157,8 por 100 mil habitantes, em 2023. As maiores TME por câncer no estado foram as apresentadas nas regiões Centro-Sul, Médio Paraíba e Serrana, em todo o período avaliado (2019-2023). As regiões da Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Norte apresentaram TME menores que a média estadual em todo o período, mas apenas as regiões Centro-Sul, Noroeste e Norte não apresentaram aumento da TME no último ano da série. A região da Baía da Ilha Grande foi a única a apresentar aumento na TME, mesmo em 2020.

Figura 5. Taxa de Mortalidade Específica por câncer (exceto pele não melanoma), por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2019 a 2023.



Fontes:

Óbitos: Secretaria de Estado de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 29/07/2024.

População: Estimativas da população residente de 2000 a 2021 - pactuada pela SES/RJ, conforme Deliberação CIB-RJ nº 6.250 de 10 de Setembro de 2020.

Notas:

1. Para os anos de 2022 e 2023, adotou-se a população pactuada pela SES/RJ para o ano de 2021, até que sejam disponibilizados novos dados para estes anos.
2. A informação de município/região refere-se ao município/região de residência do falecido.
3. As taxas de mortalidade específica (TME) são apresentadas por 100.000 habitantes; a taxa bruta de mortalidade é apresentada por 1.000 habitantes.

6. CENÁRIO DO CÂNCER POR REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2023

De forma a se delinear o cenário da assistência inicial aos pacientes com câncer no estado, foram extraídos os dados de 2023, no Painel de Oncologia (INCA/MS), sobre o estabelecimento no qual o diagnóstico do câncer foi realizado, o estadiamento do câncer ao ser diagnosticado, o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento e o estabelecimento no qual o paciente foi tratado. Os dados são apresentados abaixo, por região de saúde.

É importante esclarecer que os dados extraídos do Painel de Oncologia (INCA/MS) são obtidos nas bases oficiais de faturamento do SUS (SIA, SIH e SISCAN). O uso de dados destes sistemas para gerar informações para o planejamento em saúde é habitual, no entanto, apresenta limitações que podem resultar em valores subestimados e não corresponder à totalidade da assistência no universo SUS. É possível que dados de produção que excedam o teto financeiro pactuado para cada município não sejam registrados e não estejam, portanto, contabilizados nos totais apresentados. Da mesma forma, chamamentos públicos, contratualização de serviços privados, realizados na esfera estadual ou municipal (e financiados com recursos do tesouro próprio), visando garantir a oferta de serviços de saúde suficientes à população, bem como outros serviços públicos não habilitados pelo Ministério da Saúde, não se encontram registrados nestes sistemas. Há também a possibilidade de serviços do SUS que sejam orçamentados, não registrem atendimentos por APAC nas bases de dados do SUS. Outro fator importante são as possíveis falhas no registro de atendimentos nestas bases.

Estes dados não incluem também diagnósticos e/ou tratamentos realizados na Assistência Suplementar não conveniada ao SUS, bem como aqueles casos sem acesso ao diagnóstico e ao tratamento do câncer.

“Os dados disponíveis no PAINEL-oncologia são oriundos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) - através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) - do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informações de Câncer (SISCAN), geridos pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processado pelo DATASUS - Departamento de Informática do SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Os registros de procedimentos de diagnóstico e de tratamento realizados pelos serviços de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde (estabelecimentos de saúde públicos ou particulares conveniados ao SUS) são consolidados pelo DATASUS, formando as bases de dados dos procedimentos realizados pelo SUS no Brasil.] ... [Os dados apresentados no painel referem-se exclusivamente aos usuários que possuem cartão nacional de saúde master.]...” (Nota Técnica do Painel de Oncologia)

“A qualificação da base do CNS prevê um processo de padronização e correção de dados, que inclui o relacionamento com o banco de dados da Receita Federal. Uma vez aplicados os critérios de qualidade, é atribuído um número “master” ao indivíduo, e a esse número são agregados os demais CNS que ele eventualmente possua. Esse processo, denominado “higienização da base de dados”, é contínuo e realizado exclusivamente pelo DATASUS.” (Atty *et al*, 2019)

Os esforços para se ampliar o rastreamento e o diagnóstico precoce do câncer pode ser dimensionado, compreendendo-se o estadiamento do câncer, que significa avaliar e classificar o tipo de tumor, seu grau de disseminação (ou seja, a extensão da doença no corpo), de forma a orientar as decisões terapêuticas, possibilitar a prevenção de complicações e prever o prognóstico do paciente.

Para o estadiamento, que apresenta algumas especificidades de acordo com o tipo de câncer, leva-se em conta o tamanho do tumor, o quão profundo ele está penetrado, se já invadiu órgãos adjacentes, se e quantos linfonodos entraram em metástase e se ele está espalhado em órgãos distantes. De forma geral, se entende que: no estágio 0, o tumor maligno é pequeno, se localiza na camada superficial de células do órgão afetado e tem chances de cura altíssimas; no estágio I, embora ainda pequeno, o tumor já invadiu camadas mais profundas do órgão, mas sem atingir os linfonodos, havendo boa chance de cura. Nos estágios II e III, o tumor está mais avançado, pode ter invadido linfonodos e/ou órgãos adjacentes, demanda intervenções mais invasivas e agressivas, e as chances de cura diminuem gradativamente com a evolução do estágio. O estágio IV é o mais avançado, com a presença de metástases também para órgãos distantes, com reduzida chance de cura. Neste estágio o foco do tratamento é o controle do tumor, retardando ou interrompendo o seu crescimento, de forma a possibilitar melhor qualidade de vida ao paciente, aliviando dores e demais sintomas.

Nos resultados apresentados abaixo, uma parcela significativa dos casos diagnosticados no SUS não possuía informações sobre estadiamento da doença ao diagnóstico. É importante esclarecer que casos cirúrgicos (registrados como 'não se aplica') não têm informação de estadiamento, seja por não ter sido possível identificar a data de diagnóstico no BPA-I, AIH (o Sistema de Informação Hospitalar - SIH não possui informação de estadiamento) ou Apac-Onco ou pelo fato da data do tratamento cirúrgico ser anterior à data do diagnóstico. Os casos registrados como 'ignorados' não apresentavam informação de estadiamento nas bases oficiais de onde os dados do Painel de Oncologia são extraídos.

O tratamento da neoplasia maligna deve começar em até 60 dias a partir da data em que o médico emite o laudo que comprovou a doença (Portaria MS/GM 1.220, de 3 de junho de 2014). O paciente deve ser encaminhado para uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

Se encontram registradas abaixo na Tabela 4, as incidências anuais de câncer, estimadas segundo parâmetros fornecidos pelo INCA, para os anos de 2023 a 2025. Para fins de análise da incidência dos casos SUS, a população de referência considerada para os cálculos foi de 80% da população geral, como preconizado na Portaria nº 688/2023.

Tabela 4: Incidência de Câncer - estimativas para 2023-2025, por sexo e região de saúde.

	Masculino	Feminino	Total de casos	Total de casos SUS
Região de Saúde	261,40/105	290,41/105	100%	80%
Baía da Ilha Grande	336	412	748	598
Baixada Litorânea	1.122	1.376	2.498	1.999
Centro-Sul	418	512	930	744
Médio Paraíba	1.141	1.399	2.541	2.032
Metropolitana I	12.999	15.942	28.941	23.153
Metropolitana II	2.539	3.114	5.652	4.522
Noroeste	439	539	978	782
Norte	1.205	1.478	2.682	2.146
Serrana	1.196	1.467	2.663	2.130
Total	21.395	26.239	47.633	38.107

Fonte: Instituto Nacional do Câncer, 2022

Observação: Os dados de todas as tabelas a seguir foram extraídos do Painel de Oncologia (INCA).

6.1.Região da Baía da Ilha Grande (BIG)

Foram registrados 254 casos novos de câncer na região em 2023 (dados preliminares, sujeitos à atualização), quando eram esperados 598 casos incidentes no SUS.

A Baía da Ilha Grande (BIG) não conta com serviços de oncologia em seu território. Na BIG, cerca de 78% dos casos de câncer foram diagnosticados no HINJA ou na Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, UNACONS localizados na Região do Médio Paraíba. Os demais diagnósticos foram realizados em outros 14 serviços, localizados no município do Rio de Janeiro, na região Metropolitana I, entre os quais se destacam o SITEC/INCA e o Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Tabela 5. Diagnóstico do Câncer por estabelecimento, segundo o município de residência. Baía da Ilha Grande, 2023.

Estabelecimento	Município de Residência			Total
	ANGRA DOS REIS	MANGARATIBA	PARATY	
0025186-HINJA	84	2	21	107
2269384-HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAI	1	1	0	2
2269783-UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	2	11	0	13
2269899-HOSPITAL MARIO KROEFF	1	0	0	1
2269988-MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	1	0	0	1
2273284-MS INCA SITEC SERV CITOPATOLOGIA	8	8	4	20
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	3	1	1	5
2273659-MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	0	1	0	1
2280051-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	36	37	19	92
2280132-MS INC INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	0	0	0	0
2280167-HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	1	1	0	2
2295067-INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	3	0	0	3
2295415-HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	0	0	1	1
7267975-SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CÉREBRO PAULO NIEMEYER	2	2	2	6
Total	142	64	48	254

Em 2023, do total de 254 de casos de câncer de residentes na BIG registrados no SUS, 64,6% (164) apresentaram informação quanto ao estadiamento ao diagnóstico, sendo que, destes, 60,4% (99) se encontravam no estadiamento 3 ou 4. O estadiamento mais frequente foi o 3. Além dos casos cirúrgicos (que não apresentam a informação de estadiamento nos registros), não há classificação do estadiamento para cerca de 10% dos casos novos diagnosticados.

Tabela 6: Estadiamento do câncer ao diagnóstico, por município de residência. Baía da Ilha Grande, 2023

Estadiamento	ANGRA DOS REIS	MANGARATIBA	PARATY	Total
0	3	0	0	3
1	19	3	6	28
2	27	3	4	34
3	34	19	9	62
4	19	9	9	37
Não se aplica	25	21	18	64
Ignorado	15	9	2	26
Total	142	64	48	254

Mais da metade (55,9%) dos casos diagnosticados da região, iniciaram seus tratamentos em um tempo superior aos 60 dias previstos na Portaria MS nº 1.220/2014.

Tabela 7: Tempo até o primeiro tratamento por município de residência. Baía da Ilha Grande, 2023

Tempo	330010 ANGRA DOS REIS	330260 MANGARATIBA	330380 PARATY	Total
Até 30 dias	37	22	17	76
31 - 60 dias	21	12	3	36
Mais de 60	84	30	28	142

Os dois UNACONS, situados na região do Médio Paraíba, concentraram também cerca de 78% dos tratamentos registrados, realizados pelos municípios com câncer da região. Os dois serviços, Hinja e Santa Casa de Barra Mansa, realizam tratamentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgia, sendo que a Santa Casa possui também serviço de hematologia. Os demais atendimentos foram realizados em nove UNACONS e no Instituto do Cérebro, situados no município do Rio de Janeiro.

Exceto as hemopatias, o tratamento ao câncer da criança e adolescente é realizado nos serviços situados no município do Rio de Janeiro (Hospital da Lagoa, INCA I e Paulo Niemeyer)

Tabela 8: Tratamento do câncer, por prestador e município de residência. Baía da Ilha Grande, 2023

Município de Residência	IGRA	DOS R	ANGARATIE	PARATY	Total
0025186-HINJA	84	2	21		107
2269384-HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	1	1	0		2
2269783-UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	2	11	0		13
2269899-HOSPITAL MARIO KROEFF	1	0	0		1
2269988-MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	1	0	0		1
2273284-MS INCA SITEC SERV CITOPATOLOGIA	8	8	4		20
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	3	1	1		5
2273659-MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	0	1	0		1
2280051-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	36	37	19		92
2280167-HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	1	1	0		2
2295067-INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	3	0	0		3
2295415-HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	0	0	1		1
7267975-SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	2	2	2		6
Total	142	64	48		254

6.2. Região da Baixada Litorânea (BL)

Foram registrados 1.294 casos novos de câncer na região em 2023 (dados preliminares, sujeitos à atualização), que correspondem a 64,6% dos casos novos esperados (1.999) para o ano.

Na Baixada Litorânea, cerca de 71,3% (922) dos casos de câncer foram diagnosticados no Hospital Santa Izabel, UNACON localizado na própria região, e 1,3% (18) em outros serviços também da região. Os demais diagnósticos (27,4%) foram realizados em serviços localizados nas regiões Metropolitana I (18,6%, dos quais 44% nos serviços do INCA e 21,6% no H.U. Pedro Ernesto), Metropolitana II (1,9%) e Norte (6,9%).

Tabela 9: Diagnóstico do Câncer por prestador, segundo o município de residência. Baixada Litorânea, 2023

Prestador	ARARUAMA	ARMACAO DOS BUZIOS	ARRAJAL DO CABO	CABO FRIO	CASIMIRO DE ABREU	IGUABA GRANDE	RIO DAS OSTRAS	SAO PEDRO DA ALDEIA	SAQUAREMA	Total
0012505-HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	3	2	1	1	0	1	2	0	2	12
2269783-UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	8	3	2	14	1	4	7	5	8	52
2269821-MS INCA II HOSPITAL DO CANCER II	0	0	0	1	0	0	0	1	1	3
2269899-HOSPITAL MARIO KROEFF	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3
2269988-MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3
2273284-MS INCA SITE C SERV CITOPATOLOGIA	11	9	8	12	4	2	4	8	7	65
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	4	1	0	4	5	3	1	5	8	31
2273462-MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	0	0	0	2	1	0	2	0	2	7
2273659-MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	0	0	0	1	1	0	0	3	1	6
2278286-HOSPITAL SANTA IZABEL	144	48	50	296	20	51	79	91	143	922
2280167-HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	0	0	1	1	0	0	0	4	0	6
2287285-HOSPITAL DR BEDA	4	1	4	6	5	3	12	2	10	47
2287447-HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	0	0	3	12	4	2	16	0	1	38
2294028-LABORATORIO ARARUAMA	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
2295067-INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	3	1	1	2	1	0	1	3	2	14
2295415-HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	3	0	0	3	0	1	2	0	2	11
2296241-HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	3	0	2	2	2	0	0	1	1	11
2296616-UFRJ IPPMG INST DE PUER PED MARTAGAO GESTEIRA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2696932-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ROBERTO CHABO	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
2697041-HOSPITAL SAO JOAO BATISTA DE MACAE	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
2708353-IFF FIOCRUZ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
3477371-CRI CLINICA DE RADIOTERAPIA INGA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
4089189-HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA	0	0	0	0	0	0	0	0	13	13
5412447-HOSPITAL PUBLICO MUNICIPAL DE MACAE HPM	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
7185081-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TRANSPLANTE CANCER E CIR INFANTIL	0	0	0	1	2	0	0	0	0	3
7267975-SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	4	4	2	7	0	0	8	4	5	34
Total	192	69	74	367	47	68	139	131	207	1294

Em 2023, do total de 1.294 de casos de câncer de residentes na BL, registrados no SUS, 61,8% (800) apresentaram informação quanto ao estadiamento ao diagnóstico, sendo que, destes, 72% (576) se encontravam no estadiamento 3 ou 4. O estadiamento mais frequente foi o 3. Além dos casos cirúrgicos (os NSA, que não apresentam a informação de estadiamento nos registros), não houve classificação do estadiamento para cerca de 11% dos casos novos diagnosticados.

Tabela 10: Estadiamento do câncer ao diagnóstico, por município de residência. Baixada Litorânea, 2023

Estadiamento	ARARUAMA	ARMACAO DOS BUZIOS	ARRAIAL DO CABO	CABO FRIO	CASIMIRO DE ABREU	IGUABA GRANDE	RIO DAS OSTRAS	SAO PEDRO DA ALDEIA	SAQUAREMA	Total
0	1	1	0	2	0	0	2	0	0	6
1	9	3	2	10	3	1	12	3	5	48
2	29	8	11	49	6	10	18	14	25	170
3	51	19	26	96	12	14	38	31	50	337
4	44	12	11	64	8	20	22	26	32	239
Não se aplica	36	17	16	103	10	19	35	37	77	350
Ignorado	22	9	8	43	8	4	12	20	18	144
Total	192	69	74	367	47	68	139	131	207	1.294

Mais da metade (54,3%) dos casos diagnosticados da região, iniciaram seus tratamentos em um tempo superior aos 60 dias previstos na Portaria MS nº 1.220/2014.

Tabela 11: Tempo até o primeiro tratamento, por município de residência. Baixada Litorânea, 2023

Tempo	ARARUAMA	ARMACAO DOS BUZIOS	ARRAIAL DO CABO	CABO FRIO	CASIMIRO DE ABREU	IGUABA GRANDE	RIO DAS OSTRAS	SAO PEDRO DA ALDEIA	SAQUAREMA	Total
Até 30 dias	40	17	16	121	12	17	39	47	85	394
31 - 60 dias	37	11	16	60	8	5	23	16	21	197
Mais de 60	115	41	42	186	27	46	77	68	101	703

O Hospital Santa Izabel, UNACON situado na região da Baixada Litorânea, realizou cerca de 73,8% dos tratamentos registrados, feitos pelos municípios com câncer da região (18 pacientes foram tratados em outros serviços da BL). O serviço realiza tratamentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Não há serviço habilitado para o tratamento das hemopatias ou da oncologia pediátrica na região. Os demais tratamentos (26,2%) foram realizados em serviços localizados nas regiões Metropolitana I (16,9%, dos quais 35,2% nos serviços do INCA, 24,2% no H.U. Pedro Ernesto e 16% no Instituto do Cérebro), Metropolitana II (2,1%) e Norte (5,8%).

Tabela 12: Tratamento do câncer, por prestador, segundo o município de residência. Baixada Litorânea, 2023

Município de Residência	ARARUAMA	ARMAÇAO DOS BUZIOS	ARRAIAL DO CABO	CABO FRIO	CASIMIRO DE ABREU	IGUABA GRANDE	RIO DAS OSTRAS	SAO PEDRO DA ALDEIA	SAQUAREMA	Total
0012505- HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	3	2	1	1	0	1	2	0	2	12
2269384- HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
2269392- POLICLINICA PIQUET CARNEIRO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2269775- MS HOSPITAL DE IPANEMA	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
2269783- UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	8	3	2	15	1	4	7	5	8	53
2269821- MS INCA II HOSPITAL DO CANCER II	4	0	2	4	0	0	0	2	2	14
2269880- MS HGB HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2269899- HOSPITAL MARIO KROEFF	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
2269988- MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3
2273454- MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	7	7	2	7	6	4	1	9	10	53
2273462- MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	0	0	0	3	1	0	2	0	4	10
2273659- MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	1	0	0	2	1	0	0	3	1	8
2278286- HOSPITAL SANTA IZABEL	150	49	54	302	24	54	85	92	145	955
2280167- HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	0	0	1	1	0	0	0	4	0	6
2283395- HOSPITAL SAO JOSE OPERARIO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2287285- HOSPITAL DR BEDA	3	1	4	3	4	2	13	3	7	40
2287447- HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	0	0	3	10	3	2	12	0	1	31
2295067- INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	3	1	1	2	1	0	1	3	2	14
2295415- HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	3	0	0	3	0	1	2	0	2	11
2296241- HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	3	0	2	2	2	0	0	1	2	12
2296616- UFRJ IPPMG INST DE PUER PED MARTAGAO GESTEIRA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2696932- SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ROBERTO CHABO	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
2697041- HOSPITAL SAO JOAO BATISTA DE MACAE	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
3477371- CRI CLINICA DE RADIOTERAPIA INGA	0	0	0	0	1	0	0	1	1	3
4089189- HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE NAZARETH	0	0	0	0	0	0	0	0	15	15
5412447- HOSPITAL PUBLICO MUNICIPAL DE MACAE HPM	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
7185081- SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TRANSPLANTE CANCER E CIR INFANTIL	0	0	0	1	2	0	0	0	0	3
7267975- SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	4	5	2	7	0	0	8	4	5	35
Total	192	69	74	367	47	68	139	131	207	1294

6.3.Região Centro-Sul (CS)

Foram registrados 615 casos novos de câncer na região em 2023 (dados preliminares, sujeitos à atualização), que correspondem a 82,7% dos casos novos esperados (744) para o ano.

Na Centro-Sul, cerca de 78,5% (483) dos casos registrados de câncer foram diagnosticados no Hospital Universitário de Vassouras, UNACON localizado na própria região, e 2,6% (15) em outros serviços da região. Os demais diagnósticos (18,9%, 132 casos) foram realizados em serviços localizados nas regiões Metropolitana I (82,6%, dos quais 35,6% nos serviços do INCA e 15,9% no H.U.

Pedro Ernesto e 10,6% no Hospital do Cérebro), e apenas 7 casos foram diagnosticados nas regiões de saúde Metro II (1), Médio Paraíba (4) e Serrana (2).

Tabela 13. Diagnóstico do câncer por prestador, segundo o município de residência. Região Centro Sul, 2023

Prestador	AREAL	COMENDADOR LEVY GASPARIAN	ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	MENDES	MIGUEL PEREIRA	PARACAMBI	PARAIBA DO SUL	PATY DO ALFERES	SAPUCAIA	TRES RIOS	VASSOURAS	Total
0025186-HINJA	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
2269384-HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3
2269783-UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	1	0	2	1	1	8	2	3	0	2	1	21
2269821-MS INCA II HOSPITAL DO CANCER II	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
2269899-HOSPITAL MARIO KROEFF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
2269988-MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
2273284-MS INCA SITEC SERV CITOLOGIA	1	1	1	6	4	8	5	0	1	7	3	37
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	0	0	1	0	0	1	0	0	1	4	1	8
2273462-MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
2273748-HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS	11	10	28	25	47	60	48	50	20	85	99	483
2275562-HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
2277409-CDL CENTRO DE DIAG LABORATORIO DE IMBARIÉ	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2280051-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
2280167-HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3
2294923-HOSPITAL DE CLINICAS NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	1	0	0	0	0	0	2	0	0	13	0	16
2295067-INSTITUTO E ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3
2295415-HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	1	1	0	0	0	2	2	1	2	3	0	12
2296241-HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2296616-UFRJ IPPMG INST DE PUER PED MARTAGAO GESTEIRA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
7267975-SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	1	1	0	1	1	3	0	2	0	4	1	14
Total	19	13	34	33	58	84	61	61	24	123	105	615

Em 2023, do total de 615 de casos de câncer de residentes na CS, registrados no SUS, 69,9% (414) apresentaram informação quanto ao estadiamento ao diagnóstico, sendo que, destes, 80,9% (335) se encontravam no estadiamento 3 ou 4. O estadiamento mais frequente foi o 3 (68,8%). Além dos casos cirúrgicos (os NSA, que não apresentam a informação de estadiamento nos registros), não há classificação do estadiamento para cerca de 5,5% dos casos novos diagnosticados.

Tabela 14. Estadiamento do câncer ao diagnóstico, por município de residência. Região Centro Sul, 2023

Estadiamento	AREAL	COMENDADOR LEVY GASPARIAN	ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	MENDES	MIGUEL PEREIRA	PARACAMBI	PARAIBA DO SUL	PATY DO ALFERES	SAPUCAIA	TRES RIOS	VASSOURAS	Total
0	0	1	1	0	3	0	0	4	2	4	1	16
1	0	0	2	3	6	7	1	2	1	1	8	31
2	0	1	5	3	2	7	4	4	2	12	8	48
3	5	7	13	16	29	39	37	30	14	57	38	285
4	2	0	3	2	4	7	5	4	2	12	9	50
Não se aplica	11	4	7	8	12	20	12	11	2	32	32	151
Ignorado	1	0	3	1	2	4	2	6	1	5	9	34
Total	19	13	34	33	58	84	61	61	24	123	105	615

Cerca de 62,1% dos casos diagnosticados da região Centro-Sul, iniciaram seus tratamentos em um tempo igual ou inferior aos 60 dias, previstos na Portaria MS nº 1.220/2014.

Tabela 15. Tempo até o primeiro tratamento, por município de residência. Região Centro Sul, 2023

Tempo	AREAL	COMENDADOR LEVY GASPARIAN	ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	MENDES	MIGUEL PEREIRA	PARACAMBI	PARAIBA DO SUL	PATY DO ALFERES	SAPUCAIA	TRES RIOS	VASSOURAS	Total
Até 30 dias	10	5	14	17	18	39	24	34	6	47	61	275
31 - 60 dias	5	4	9	6	10	14	10	7	6	21	15	107
Mais de 60	4	4	11	10	30	31	27	20	12	55	29	233
Total	19	13	34	33	58	84	61	61	24	123	105	615

O Hospital Universitário de Vassouras, UNACON com Serviço de Hematologia situado na região Centro-Sul, realizou cerca de 81,1% dos tratamentos registrados, feitos pelos munícipes com câncer da região (16 pacientes foram tratados em outros serviços da CS). O serviço realiza tratamentos de quimioterapia e cirurgia. Não há serviço habilitado para radioterapia ou oncologia pediátrica na região. Os demais tratamentos (16,3%, 100 casos) foram realizados em serviços localizados nas regiões Metropolitana I (98%, dos quais 32% nos serviços do INCA, 23% no H.U. Pedro Ernesto e 15% no Instituto do Cérebro), Médio Paraíba (3 casos) e Serrana (1 caso).

Tabela 16: Tratamento do câncer, por prestador e município de residência. Região Centro Sul, 2023

Município de Residência	AREAL	COMENDADOR LEVY GASPARIAN	ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	MENDES	MIGUEL PEREIRA	PARACAMBI	PARAIBA DO SUL	PATY DO ALFERES	SAPUCAIA	TRES RIOS	VASSOURAS	Total
0025186-HINJA	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
2269384-HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	4
2269783-UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	1	0	3	2	1	7	2	3	0	3	1	23
2269821-MS INCA II HOSPITAL DO CANCER II	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2	1	6
2269899-HOSPITAL MARIO KROEFF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
2269988-MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	0	1	0	2	2	5	2	0	2	8	2	24
2273462-MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
2273748-HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS	12	10	29	28	49	64	51	51	20	86	99	499
2275562-HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2280051-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
2280167-HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	4
2294923-HOSPITAL DE CLINICAS NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	1	0	0	0	0	0	1	0	0	14	0	16
2295067-INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3
2295415-HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	1	1	0	0	0	2	1	1	2	2	0	10
2295423-MS HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
2296616-UFRJ IPPMG INST DE PUER PED MARTAGAO GESTEIRA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
7267975-SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	2	1	0	1	1	3	0	2	0	4	1	15
Total	19	13	34	33	58	84	61	61	24	123	105	615

6.4.Região do Médio Paraíba (MP)

Foram registrados 1.574 casos novos de câncer na região em 2023 (dados preliminares, sujeitos à atualização), que correspondem a 77,5% dos casos novos esperados (2.032) para o ano.

Na Médio Paraíba, cerca de 87,7% (1.380) dos casos registrados de câncer foram diagnosticados no HINJA (464) e na Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa (916), UNACONS localizados na própria região, e 5,8% (91) em outros serviços da MP. Os demais diagnósticos (6,5%, 103 casos) foram realizados em serviços localizados nas regiões Metropolitana I (96,1%, dos quais 43,7% nos serviços do INCA e 15,5% no H.U. Pedro Ernesto e 18,4% no Hospital do Cérebro), e apenas 4 casos foram diagnosticados na região de saúde Centro-Sul.

Tabela 17: Diagnóstico do câncer por prestador, segundo o município de residência. Médio Paraíba, 2023

Município de Residência	BARRA DO PIRAI	BARRA MANSÁ	ITATAIA	PINHEIRAL	PIRAI	PORTO REAL	QUATIS	RESENDE	RIO CLARO	RIO DAS FLORES	VALÊNCIA	VOLTA REDONDA	Total
0025135-HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOAO BATISTA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	26	27
0025143-HOSPITAL MUNICIPAL DR MUNIR RAFFUL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
0025186-HINJA	74	3	2	25	31	1	1	3	6	6	55	257	464
2269384-HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3
2269783-UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	1	1	0	0	1	0	0	5	0	0	3	5	16
2269821-MS INCA II HOSPITAL DO CANCER II	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3
2269899-HOSPITAL MARIO KROEFF	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2269988-MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
2273276-MS INST NACIONAL DE TRAUMATO ORTOPEDIA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2273284-MS INCA SITEC SERV CITOPATOLOGIA	8	1	0	1	0	4	1	3	2	1	4	3	28
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	2	0	1	0	2	0	0	3	0	0	0	5	13
2273462-MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
2273659-MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2273748-HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4
2277409-CDL CENTRO DE DIAG LABORATORIO DE IMBARIÉ	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2280051-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSÁ	17	439	41	16	12	50	19	167	32	5	23	95	916
2280167-HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
2287927-HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA DE NAZARÉ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2288494-AMBULATORIO ESPECIALIZADO DA MULHER DR A ZILDA ARNS NEUMANN	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	6
2288885-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RESENDE	0	1	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0	16
2288893-HOSPITAL MUNICIPAL HENRIQUE SERGIO GREGORI	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4
2292912-HOSPITAL ESCOLA LUIZ GIOSEFFI JANNUZZI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	21	0	24
2295067-INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
2295415-HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFRE E GUINLE	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3
2296616-UFRRJ IPPMG INST DE PUER PED MARTAGAO GESTEIRA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2856344-BIOMEGA VOLTA REDONDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9
7267975-SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	5	2	1	1	1	1	0	2	1	0	2	3	19
Total	114	451	45	45	49	56	21	212	42	15	115	409	1.574

Em 2023, do total de 1.574 de casos de câncer de residentes na região do Médio Paraíba, registrados no SUS, 59,3% (933) apresentaram informação quanto ao estadiamento ao diagnóstico, sendo que, destes, 68% (634) se encontravam no estadiamento 3 ou 4. O estadiamento mais frequente foi o 3 (38,9%). Além dos casos cirúrgicos (os NSA, que não apresentam a informação de estadiamento nos registros), não há classificação do estadiamento para cerca de 7,1% dos casos novos diagnosticados.

Tabela 18: Estadiamento do câncer ao diagnóstico, por município de residência. Médio Paraíba, 2023

Estadiamento	BARRA DO PIRAI	BARRA MANSÁ	ITATIAIA	PINHEIRAL	PIRAI	PORTO REAL	QUATIS	RESENDE	RIO CLARO	RIO DAS FLORES	VALENÇA	VOLTA REDONDA	Total
0	1	8	1	1	1	1	2	4	0	0	4	6	29
1	9	32	4	1	4	4	0	8	4	1	3	30	100
2	18	37	5	6	10	0	0	19	5	0	7	63	170
3	35	90	13	15	8	15	6	52	10	7	22	90	363
4	17	70	7	8	7	10	8	43	9	2	30	60	271
Não se aplica	28	191	14	11	14	23	4	66	14	5	37	122	529
Ignorado	6	23	1	3	5	3	1	20	0	0	12	38	112
Total	114	451	45	45	49	56	21	212	42	15	115	409	1.574

Cerca de 54,8% dos casos diagnosticados da região do Médio Paraíba, iniciaram seus tratamentos em um tempo igual ou inferior aos 60 dias, previstos na Portaria MS nº 1.220/2014.

Tabela 19. Tempo até o primeiro tratamento, por município de residência. Médio Paraíba, 2023

Tempo	BARRA DO PIRAI	BARRA MANSÁ	ITATIAIA	PINHEIRAL	PIRAI	PORTO REAL	QUATIS	RESENDE	RIO CLARO	RIO DAS FLORES	VALENÇA	VOLTA REDONDA	Total
Até 30 dias	30	259	19	12	13	28	6	92	19	4	43	145	670
31 - 60 dias	13	55	6	7	5	7	5	26	5	5	12	46	192
Mais de 60	71	137	20	26	31	21	10	94	18	6	60	218	712
Total	114	451	45	45	49	56	21	212	42	15	115	409	1.574

A Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa (912) e o Hinja (484), situados na região do Médio Paraíba, realizaram cerca de 89% dos tratamentos aos munícipes com câncer da região (83 pacientes foram tratados em outros serviços da Médio Paraíba). Estes serviços realizam tratamentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Não há serviço habilitado para oncologia pediátrica na região. Os demais tratamentos (6%, 95 casos) foram realizados em serviços localizados na região Metropolitana I (dos quais 35,8% nos serviços do INCA, 16,8% no H.U. Pedro Ernesto e 20% no Instituto do Cérebro).

Tabela 20: Tratamento do câncer, por prestador e município de residência. Médio Paraíba, 2023

Município de Residência	BARRA DO PIRAI	BARRA MANSA	ITATIAIA	PINHEIRAL	PIRAI	PORTO REAL	QUATIS	RESENDE	RIO CLARO	RIO DAS FLORES	VALENÇA	VOLTA REDONDA	Total
0025135-HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOAO BATISTA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	26	27
0025143-HOSPITAL MUNICIPAL DR MUNIR RAFFUL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
0025186-HINJA	74	3	2	25	31	1	1	3	6	6	55	257	464
2265884-HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3
2269783-UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	1	1	0	0	1	0	0	5	0	0	3	5	16
2269821-MS INCA HOSPITAL DO CANCER II	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3
2269899-HOSPITAL MARIO KROEFF	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2269988-MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
2273276-MS INST NACIONAL DE TRAUMATO ORTOPEDIA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2273284-MS INCA SITEC SERV CITOLOGIA	8	1	0	1	0	4	1	3	2	1	4	3	28
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	2	0	1	0	2	0	0	3	0	0	0	5	13
2273462-MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
2273659-MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2273748-HUV HOSPITAL UNIVER SITARIO DE VASSOURAS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4
2277409-CDL CENTRO DE DIAG LABORATORIO DE IMBARIÉ	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2280051-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	17	439	41	16	12	50	19	167	32	5	23	95	916
2280167-HOSPITAL UNIVER SITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
2281927-HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA DE NAZARÉ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2288494-AMBULATORIO ESPECIALIZADO DA MULHER DRA ZILDA ARNS NEUMANN	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	6
2288885-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RESENDE	0	1	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0	16
2288893-HOSPITAL MUNICIPAL HENRIQUE SERGIO GREGORI	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4
2292912-HOSPITAL ESCOLA LUIZ GIOSEFFI JANNUZZI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	21	0	24
2295067- INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
2295415-HOSPITAL UNIVER SITARIO GAFFRÉE E GUINLE	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3
2296616-UFRJ IPPMG INST DE PUER PED MAR TAGAD GESTEIRA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2856344-BIDMEGA VOLTA REDONDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9
7267975-SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAUL NEMEYER	5	2	1	1	1	1	0	2	1	0	2	3	19
Total	114	451	45	45	49	56	21	212	42	15	115	409	1.574

6.5. Região Metropolitana I (MI)

Em 2023, 8.196 casos novos de câncer em residentes da região Metropolitana I foram registrados, por 50 serviços de saúde, dentre eles 28 UNACONS e 02 CACONS, e corresponderam a 35,4% dos casos novos esperados (23.153) para o ano

Na região, dos 31 serviços (incluindo 14 UNACONS e 2 CACONS) que realizaram o diagnóstico dos casos de câncer, 26 são sediados no município do Rio de Janeiro e 5 são de outros 3 municípios da Metro I.

Sete serviços, sediados no município do Rio de Janeiro, registraram 79,4% dos casos novos. São eles: Hospital Universitário Pedro Ernesto (17,9), Hospital Mário Kroeff (20,1), INCA SITEC (24,7%), Hospital do Câncer I (7,9%), Hospital do Câncer II (1,5%), Hospital do Câncer III (1,7%) e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (5,6%). As unidades sediadas nos outros municípios da região registraram 3,6% dos casos novos.

Quanto à gestão dos serviços, os federais registraram 48,5% dos casos novos de câncer da

região, os serviços estaduais 43,4% e os municipais 7,0%.

Localizados nas outras 7 regiões de saúde, 19 serviços (dos quais, 12 UNACONS) registraram 1,1% (92) dos casos novos de câncer em residentes da Metropolitana I.

Tabela 21. Diagnóstico do câncer por prestador, segundo o município de residência. Metropolitana I, 2023

Prestador	BELFORD ROXO	DUQUE DE CAXIAS	ITAGUAI	JAPERI	MAGE	MESQUITA	NILOPOLIS	NOVA IGUAÇU	QUEIMADOS	RIO DE JANEIRO	SAO JOAO DE MERITI	SEROPEDICA	TOTAL
0012505-HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	0	1	0	0	3	0	0	2	0	3	0	0	9
0012521-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
0012556-HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
0025186-HINJA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
0105317-HOSPITAL MUNICIPAL OCEANICO DR GILSON CANTARINO HMOGC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
2209384-HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	10	17	1	1	4	5	2	13	3	169	9	2	236
2209481-SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE AP 32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	16
2209783-UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	55	102	23	13	21	22	24	117	21	992	72	5	1.467
2209821-MS INCA II HOSPITAL DO CANCER II	11	7	2	0	7	2	2	4	0	81	5	0	121
2209880-MS HGB HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	13
2209899-HOSPITAL MARIO KROEFF	49	140	26	6	43	25	13	103	24	1.135	71	9	1.644
2209988-MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	0	3	0	1	1	1	1	2	1	40	7	0	57
2273276-MS INST NACIONAL DE TRAUMATO ORTOPEDIA	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
2273284-MS INCA SITECSERV CITOPATOLOGIA	69	129	22	14	40	21	27	87	24	1.488	92	13	2.026
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	35	58	13	5	14	15	15	49	7	398	30	6	645
2273462-MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	6	7	2	1	2	3	4	11	3	89	10	1	139
2273659-MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	1	11	0	1	2	1	3	7	3	106	8	0	143
2273748-HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3
2275562-HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
2277409-CDL CENTRO DE DIAG LABORATORIO DE IMBARIÉ	0	25	0	0	2	0	0	2	0	4	1	0	34
2278286-HOSPITAL SANTA IZABEL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	5
2278855-HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
2280051-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	0	0	1	1	1	0	1	0	0	3	2	0	9

Tabela 21: Diagnóstico do câncer por prestador, segundo o município de residência. Metropolitana I, 2023 (cont.)

Prestador	BELFORD ROXO	DUQUE DE CAXIAS	ITAGUAI	JAPERI	MAGE	MESQUITA	NILOPOLIS	NOVA IGUAÇU	QUEIMADOS	RIO DE JANEIRO	SÃO JOÃO DE MERITI	SEROPEDICA	TOTAL
2280132-MS INC INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
2280167-HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	12	27	0	4	5	3	5	22	4	343	24	6	455
2280183-SMS HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR AP 10	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	3
2281821-INS TITUTO ONCOLOGICO	22	2	0	6	0	16	8	121	14	9	15	2	215
2287285-HOSPITAL DR BEDA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2287447-HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
2292386-HOSPITAL SAO JOSE	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
2292912-HOSPITAL ESCOLA LUIZ GIOSEFFI JANNUZZI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
2295067-INS TITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	7	10	1	0	4	2	1	8	1	84	8	3	129
2295415-HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	5	13	3	1	5	4	3	13	4	178	4	2	235
2295423-MS HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES	1	5	0	0	3	0	3	3	2	68	1	0	86
2296241-HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	1	9	0	0	2	1	1	6	0	18	6	0	44
2296306-SMS HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO AP 32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	1	0	16
2296616-UFRI IPPMG INST DE PUERPED MARTAGA O GESTEIRA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11	0	0	13
2297795-HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESOPOLIS	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
2708353-IFF FIOCRUZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	2	0	38
2798662-HGNI HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU	3	0	0	0	0	1	2	35	3	0	1	0	45
2856344-BIOMEGA VOLTA REDONDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3477371-CRI CLINICA DE RADIOTERAPIA INGA	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
5476321-SMS COORDENADORIA GERAL DE ATENÇAO PRIMARIA AP 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
5478898-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR MELCHIADES CALAZANS	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
7041624-SMS MATERNIDADE DA MULHER MARISSKA RIBEIRO AP 51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4
7185081-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TRANSPLANTE CANCER E CIRINFANTIL	0	3	3	0	0	1	2	1	0	25	1	0	36
7267975-SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	24	33	3	4	14	0	8	13	3	160	13	3	278
7442246-AAS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
9410449-PORTO GASTRO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
9895124-ERNESTO CHE GUEVARA SMSM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Total	312	604	101	59	182	123	125	626	119	5.506	385	54	8.196

Em 2023, do total de 8.196 de casos de câncer de residentes na Metropolitana I, registrados no SUS, 59,3% (4.859) apresentaram informação quanto ao estadiamento ao diagnóstico, sendo que, destes, 61,8% (3.001) se encontravam no estadiamento 3 ou 4. O estadiamento mais frequente foi o 3 (39,9%). Além dos casos cirúrgicos (os NSA, que não apresentam a informação de estadiamento nos registros), não há classificação do estadiamento para cerca de 9,1% dos casos novos diagnosticados.

Tabela 22. Estadiamento do câncer ao diagnóstico, por município de residência. Metropolitana I, 2023

Estadiamento	BELFORD ROXO	DUQUE DE CAXIAS	ITAGUAI	JAPERI	MAGE	MESQUITA	NILOPOLIS	NOVA IGUAÇU	QUEIMADOS	RIO DE JANEIRO	SÃO JOÃO DE MERITI	SEROPEDICA	TOTAL
0	16	31	2	2	9	5	3	21	2	277	12	5	385
1	15	21	4	2	9	8	7	37	3	241	24	1	372
2	34	78	21	11	30	24	18	88	24	700	63	10	1.101
3	58	156	20	11	46	32	29	142	32	1.327	76	9	1.938
4	42	74	13	8	18	12	18	66	14	725	65	8	1.063
Não se aplica	112	190	32	20	52	30	42	209	33	1.753	105	15	2.593
Ignorado	35	54	9	5	18	12	8	63	11	483	40	6	744
Total	312	604	101	59	182	123	125	626	119	5.506	385	54	8.196

Cerca de 51,2% dos casos diagnosticados da região Metropolitana I, iniciaram seus tratamentos em tempo superior aos 60 dias, previstos na Portaria MS nº 1.220/2014.

Tabela 23: Tempo até o primeiro tratamento, por município de residência. Metropolitana I, 2023

Tempo	BELFORD ROXO	DUQUE DE CAXIAS	ITAGUAI	JAPERI	MAGE	MESQUITA	NILOPOLIS	NOVA IGUAÇU	QUEIMADOS	RIO DE JANEIRO	SAO JOAO DE MERITI	SEROPEDECA	TOTAL
Até 30 dias	132	231	39	18	57	37	55	224	32	1.992	137	20	2.974
31 - 60 dias	30	62	11	9	25	10	18	75	6	732	37	7	1.022
Mais de 60	150	311	51	32	100	76	52	327	81	2.782	211	27	4.200
Total	312	604	101	59	182	123	125	626	119	5.506	385	54	8.196

Em 2023, foram registrados os tratamentos de 8.196 casos novos de câncer em residentes da região Metropolitana I, em 53 serviços de saúde, dentre eles 25 UNACONS, 02 CACONS e 3 serviços habilitados para modalidade específica de tratamento (radioterapia ou cirurgia).

Na região, dos 35 serviços (incluindo 14 UNACONS e 2 CACONS) que realizaram os tratamentos, 33 são sediados no município do Rio de Janeiro e 2 localizam-se em Nova Iguaçu e Nilópolis.

Sete serviços sediados no município do Rio de Janeiro prestaram 79,9% dos tratamentos registrados. São eles: Hospital Universitário Pedro Ernesto (18,9), Hospital Mário Kroeff (21,9%), Hospital do Câncer I (16,3%), Hospital do Câncer II (5,5%), Hospital do Câncer III (8%), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (5,5%) e Hospital do Andaraí (3,8%). As unidades sediadas nos outros municípios da região trataram 0,8% dos casos novos.

Quanto à gestão dos serviços, as unidades federais trataram 45,9% dos casos novos, os estaduais 46,5% e os municipais 6,4%.

Localizados nas outras sete regiões de saúde, 18 serviços (dos quais, 11 UNACONS) trataram 1,2% dos casos novos de câncer da Metro I.

Tabela 24: Tratamento do câncer, por prestador, segundo o município de residência. Metropolitana I, 2023

Prestador	BELFORD ROXO	DUQUE DE CAXIAS	ITAGUAI	JAPERI	MAGE	MESQUITA	NILOPOLIS	NOVA IGUAÇU	QUEIMADOS	RIO DE JANEIRO	SAO JOAO DE MERITI	SEROPEDECA	TOTAL
0012505-HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	0	1	1	0	4	0	0	2	0	3	0	0	11
0012521-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
0012556-HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
0025186-HINJA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	4
2269384-HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	12	19	1	1	6	5	3	16	4	227	11	3	308
2269392-POLICLINICA PIQUET CARNEIRO	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	0	0	6
2269481-SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE AP 32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	13
2269775-MS HOSPITAL DE IPANEMA	3	4	0	0	1	2	1	2	1	46	6	0	66
2269783-UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	53	107	23	13	25	21	25	115	23	1.059	78	8	1.550
2269821-MS INCA II HOSPITAL DO CANCER II	17	38	9	5	14	5	6	19	5	311	18	2	449
2269880-MS HUB HOSPITAL GERAL DE BOMMUCEDO	4	2	0	0	1	0	1	4	0	34	0	0	46
2269899-HOSPITAL MARIO KROEFF	49	154	26	5	47	26	15	108	25	1.253	74	11	1.793
2269988-MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	2	4	0	1	1	1	1	3	2	51	7	0	73
2270234-SESEDEC HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
2270269-SMS HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COU TO AP 21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
2273276-MS INST NACIONAL DE TRAUMATO ORTOPIEDIA	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	4
2273411-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	58	115	23	12	29	21	26	84	15	884	61	11	1.339
2273462-MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	30	36	5	2	10	11	12	34	8	465	38	2	653
2273659-MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	2	13	1	1	3	1	4	9	2	173	10	0	219
2273748-HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	0	0	5
2275562-HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
2278286-HOSPITAL SANTA IZABEL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	0	9
2280051-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	0	0	1	1	1	0	1	0	0	6	2	0	12
2280132-MS INC INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
2280167-HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	12	27	0	4	5	4	5	21	3	342	25	5	453
2280183-SMS HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR AP 10	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	5

Tabela 25: Tratamento do câncer, por prestador, segundo o município de residência. Metropolitana I, 2023 (cont.)

Prestador	BELFORD ROJO	DUQUE DE CARIAS	ITAGUAI	JAPERI	MAGE	MESQUITA	NILOPOLIS	NOVA IGUAÇU	QUEIMADOS	RIO DE JANEIRO	SÃO JOÃO DE MERITI	SEROPEDICA	TOTAL
2280248-SMS MATERNIDADE CARMELA DUTRA AP 32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
2281384-HOSPITAL DE PRAIA BRAVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
2281821-INSTITUTO ONCOLOGICO	21	3	0	6	0	17	7	109	15	8	19	2	207
2287285-HOSPITAL DR BEDA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2287447-HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
2292386-HOSPITAL SAO JOSE	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
2292312-HOSPITAL ESCOLA LUIZ GIOSEFFI JANNUZZI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
2295067-INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	7	11	1	0	4	2	1	8	3	87	8	3	135
2295415-HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	5	13	3	1	4	3	2	13	3	167	3	2	219
2295423-MS HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES	6	8	0	1	3	0	2	3	2	105	2	0	132
2296241-HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	1	10	0	0	2	1	1	4	0	18	4	0	41
2296306-SMS HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO AP 32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	6
2296594-UFRR INSTITUTO DE GINECOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	7
2296616-UFRR IPPM INST DE PUER PED MARTAGAO GESTEIRA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	11	0	0	13
2297795-HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESOPOLIS	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
2697041-HOSPITAL SAO JOAO BATISTA DE MACAE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
2708353-IFF FIOCRUC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
2798662-HGNI HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU	4	0	0	0	0	1	2	52	3	0	0	0	62
2970643-SMS CENTRO CARIOCA DE ESPECIALIDADES AP10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
3477371-CLINICA DE RADIOTERAPIA INGA	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	4
5478898-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR MELCHIADES CALAZANS	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
5717256-SMS HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA AP 33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
7041624-SMS MATERNIDADE DA MULHER MARISKA RIBEIRO AP 51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4
7185081-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TRANSPLANTE CANCER E CIR INFANTIL	0	4	3	0	0	1	2	1	0	25	1	0	37
7267375-SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	25	33	3	5	14	0	8	13	3	162	14	3	283
9895124-ERNESTO CHE GUEVARA SMSM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Total	312	604	101	59	182	123	125	626	119	5.506	385	54	8.196

6.6. Região Metropolitana II (MII)

Em 2023, foram registrados 1.559 casos novos de câncer em residentes da região Metropolitana II, por 32 serviços de saúde, dentre eles, 17 UNACONS, 02 CACONS e 3 outros serviços habilitados para oncologia, que corresponderam a 34,5% dos casos novos esperados para o ano (4.522)

Na região, dos 8 serviços que realizaram os diagnósticos (incluindo 2 UNACONS e 2 serviços habilitados para oncologia), 5 são sediados no município de Niterói e os demais se localizam em Rio Bonito, São Gonçalo e Maricá. Os 8 serviços registraram o diagnóstico de 65,1% dos casos novos, assim distribuídos: Hospital Universitário Antônio Pedro (23,8%), Clínica de Radioterapia do Ingá (19,1%), Hospital Regional Darcy Vargas (11%), Hospital Ernesto Che Guevara (5,8%), Hospital Orêncio de Freitas (3,5%) e outros serviços (1,8%).

Os demais diagnósticos foram registrados em quase sua totalidade por serviços da região Metropolitana I (34,6%), com destaque para os hospitais Pedro Ernesto, INCA I, Mário Kroeff e Instituto do Cérebro.

Tabela 26: Diagnóstico do câncer por prestador, segundo o município de residência. Metropolitana II, 2023

Prestador	ITABORAI	MARICA	NITEROI	RIO BONITO	SAO GONCALO	SILVA JARDIM	TANGUA	Total
0012505-HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	43	40	153	8	119	3	5	371
0012521-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA	0	0	1	0	0	0	0	1
0012556-HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS	2	1	36	1	15	0	0	55
0105317-HOSPITAL MUNICIPAL OCEANICO DR GILSON CANTARINO HMOGC	0	1	14	0	3	1	0	19
2269384-HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	2	1	5	0	9	0	0	17
2269783-UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	15	17	25	3	50	1	2	113
2269821-MS INCA II HOSPITAL DO CANCER II	1	2	0	1	6	0	0	10
2269899-HOSPITAL MARIO KROEFF	10	6	9	1	31	1	2	60
2269988-MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	0	1	0	1	2	0	0	4
2273284-MS INCA SITEC SERV CITOPATOLOGIA	7	22	18	6	60	2	1	116
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	11	10	16	3	39	0	1	80
2273462-MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	0	1	0	0	8	0	0	9
2273659-MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	1	0	1	1	0	0	0	3
2273748-HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS	0	0	0	0	1	0	0	1
2277409-CDL CENTRO DE DIAG LABORATORIO DE IMBARIE	0	1	0	0	0	0	0	1
2278286-HOSPITAL SANTA IZABEL	0	1	0	0	0	0	0	1
2278855-HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI	0	0	0	0	1	0	0	1
2280132-MS INC INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	0	0	0	0	1	0	0	1
2280167-HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	5	2	8	1	15	1	1	33
2281821-INSTITUTO ONCOLOGICO	0	0	0	0	1	0	0	1
2295067-INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	0	1	1	1	3	0	0	6
2295415-HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	2	2	3	1	7	2	0	17
2295423-MS HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES	0	0	0	0	3	0	0	3
2296241-HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	16	23	7	37	78	6	5	172
2298031-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES GERAL SAO GONCALO	0	0	3	0	6	0	0	9
2696932-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ROBERTO CHABO	0	0	1	0	0	0	0	1
2708353-IFF FIOCRUZ	0	0	1	0	1	0	0	2
2798662-HGNI HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU	0	0	1	0	0	0	0	1
3477371-CRI CLINICA DE RADIOTERAPIA INGA	37	35	43	14	160	2	6	297
4089189-HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE NAZARETH	0	0	0	0	1	0	0	1
7267975-SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	8	11	10	2	28	2	1	62
9895124-ERNESTO CHE GUEVARA SMSM	11	68	1	0	6	5	0	91
Total	171	246	357	81	654	26	24	1.559

Do total de 1.559 de casos de câncer de residentes na Metropolitana II, registrados no SUS, 55,1% (859) apresentaram informação quanto ao estadiamento ao diagnóstico, sendo que, destes, 34% (530) se encontravam no estadiamento 3 ou 4. O estadiamento mais frequente foi o 3 (37%). Além dos casos cirúrgicos (os NSA, que não apresentam a informação de estadiamento nos registros), não há classificação do estadiamento para cerca de 10,3% dos casos novos diagnosticados.

Tabela 27: Estadiamento do câncer ao diagnóstico, por município de residência. Metropolitana II, 2023

Estadiamento	ITABORAI	MARICA	NITEROI	RIO BONITO	SAO GONCALO	SILVA JARDIM	TANGUA	Total
0	2	1	4	0	10	1	0	18
1	19	16	23	4	64	2	4	132
2	20	21	34	9	91	1	3	179
3	36	47	94	18	114	5	4	318
4	32	28	48	8	91	3	2	212
Não se aplica	41	121	114	34	208	12	9	539
Ignorado	21	12	40	8	76	2	2	161
Total	171	246	357	81	654	26	24	1.559

Cerca de 50,9% dos casos diagnosticados da região Metropolitana II, iniciaram seus tratamentos em tempo inferior aos 60 dias, previstos na Portaria MS nº 1.220/2014.

Tabela 28: Tempo até o primeiro tratamento, por município de residência. Metropolitana II, 2023

Tempo	ITABORAI	MARICA	NITEROI	RIO BONITO	SAO GONCALO	SILVA JARDIM	TANGUA	Total
Até 30 dias	57	129	154	34	229	15	9	627
31 - 60 dias	14	16	50	10	69	4	3	166
Mais de 60	100	101	153	37	356	7	12	766
Total	171	246	357	81	654	26	24	1.559

Em 2023, foram registrados os tratamentos de 1.559 casos novos de câncer em residentes da região, em 31 serviços de saúde, dentre eles 17 UNACONS, 02 CACONS e 03 serviços habilitados para modalidades específicas de tratamento .

Na região, dos 08 serviços (incluindo, 2 UNACONS, 01 serviço de radioterapia e 01 hospital geral habilitados para oncologia) que realizaram os tratamentos, 05 são sediados no município de Niteroi e 03 se localizam em Rio Bonito, São Gonçalo e Maricá.

Os 04 serviços habilitados da região (Hospital Universitário Antônio Pedro - 27,5%; Hospital Regional Darcy Vargas - 9,7%; Hospital Orêncio de Freitas - 3,7%; e Clínica de Radioterapia Ingá - 19,1%) realizaram 60% dos tratamentos registrados. Foram também significativos os tratamentos realizados pelo Hospital Ernesto Che Guevara (6%), em Maricá.

Os demais tratamentos aos casos novos da Metro II foram quase integralmente realizados por serviços situados na Metropolitana I (33%), dos quais se destacam o INCA I (8,8%), o Hospital Universitário Pedro Ernesto (7.5%), o Instituto do Cérebro (4%) e o Hospital Mário Kroeff (4%). A região não conta com serviço de oncologia pediátrica.

Tabela 29: Tratamento do câncer, por prestador e município de residência. Metropolitana II, 2023

Prestador	ITABORAÍ	MARICÁ	NITERÓI	RIO BONITO	SAO GONCALO	SILVA JARDIM	TANGUÁ	Total
0012505-HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	46	45	178	9	140	5	6	429
0012521-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA	0	0	1	0	0	0	0	1
0012556-HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS	2	1	37	1	16	0	0	57
0105317-HOSPITAL MUNICIPAL OCEANICO DR GILSON CANTARINO HMOGC	0	0	1	0	0	0	0	1
2269384-HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	2	1	5	0	10	0	0	18
2269775-MS HOSPITAL DE IPANEMA	0	0	1	0	1	0	0	2
2269783-UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	14	18	26	5	52	1	1	117
2269821-MS INCA II HOSPITAL DO CANCER II	3	4	0	2	12	0	1	22
2269880-MS HGB HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	0	0	2	1	4	0	0	7
2269899-HOSPITAL MARIO KROEFF	9	7	9	1	33	1	2	62
2269988-MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	1	1	0	1	2	0	0	5
2270269-SMS HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO AP 21	0	0	0	0	1	0	0	1
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	14	19	29	8	64	2	1	137
2273462-MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	0	3	1	0	15	0	0	19
2273659-MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	1	0	2	1	2	0	0	6
2273748-HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS	0	0	0	0	1	0	0	1
2278286-HOSPITAL SANTA IZABEL	0	2	0	0	0	0	0	2
2278855-HOSPITAL SAO JOSE DO AVAÍ	0	0	0	0	1	0	0	1
2280132-MS INC INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA	0	0	0	0	1	0	0	1
2280167-HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	3	3	5	2	15	1	1	30
2281821-INSTITUTO ONCOLOGICO	0	0	0	1	0	0	0	1
2295067-INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	0	1	1	1	3	0	0	6
2295415-HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	3	2	3	0	4	2	0	14
2295423-MS HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES	0	0	0	0	4	0	0	4
2296241-HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	17	21	5	29	69	6	5	152
2298031-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES GERAL SAO GONCALO	0	0	2	0	6	0	0	8
2696932-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ROBERTO CHABO	0	0	1	0	0	0	0	1
3477371-CRI CLINICA DE RADIOTERAPIA INGA	37	38	36	17	162	1	6	297
4089189-HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE NAZARETH	0	0	0	0	1	0	0	1
7267975-SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	8	11	10	2	29	2	1	63
9895124-ERNESTO CHE GUEVARA SMSM	11	69	2	0	6	5	0	93
Total	171	246	357	81	654	26	24	1.559

6.7. Região Noroeste (NO)

No ano de 2023, foram registrados 713 casos novos de câncer entre os munícipes da região Noroeste usuários do SUS, que corresponderam a 91,2% dos esperados (782) para o ano. Os diagnósticos dos casos novos foram quase integralmente realizados pelo Hospital São José do Avaí (96,1%), UNACON com Serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica, localizado no município de Itaperuna. O laboratório CIPA (2,5%), também em Itaperuna, complementou com 2,5% os diagnósticos da região.

Tabela 30: Diagnóstico do Câncer por prestador, segundo o município de residência. Noroeste, 2023

Prestador	APERIBE	BOM JESUS DO ITABAPOANA	CAMBUCI	CARDOSO MOREIRA	ITALVA	ITAOCARA	ITAPERUNA	LAJE DO MURIAE	MIRACEMA	NATIVIDADE	PORCIUNCUCLA	SANTO ANTONIO DE PADUA	SAO JOSE DE UBA	VARRE-SAI	Total
2273284-MS INCA SITEC SERV CITOPATOLOGIA	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	4	0	0	8
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
2275562-HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2278855-HOSPITAL SAO JOSE DO AVAÍ	26	66	30	30	25	73	229	5	46	31	27	62	12	23	685
2279282-LABORATORIO CIPA	0	0	0	0	0	1	17	0	0	0	0	0	0	0	18
Total	26	67	30	30	25	75	247	6	47	31	27	67	12	23	713

Do total de casos novos de câncer da Noroeste, registrados no SUS, 47,7% (340) apresentaram informação quanto ao estadiamento ao diagnóstico, sendo que, destes, 49,7% (169) se encontravam no estadiamento 3 ou 4. O estadiamento mais frequente foi o 2 (28,5%). Além dos casos

cirúrgicos (os NSA, que não apresentam a informação de estadiamento nos registros), não há classificação do estadiamento para cerca de 6,5% dos casos novos diagnosticados.

Tabela 31: Estadiamento do câncer ao diagnóstico, por município de residência. Noroeste, 2023

Estadiamento	APERIBE	BOM JESUS DO ITABAPOANA	CAMBUÇI	CARDOSO MOREIRA	ITALVA	ITAOCARA	ITAPERUNA	LAJE DO MURIAE	MIRACEMA	NATIVIDADE	PORCIUNCUA	SANTO ANTONIO DE PADUA	SÃO JOSE DE UBA	VARRE-SAI	Total
0	0	0	1	0	0	3	8	0	0	1	0	2	1	1	17
1	0	7	5	0	2	4	21	0	6	2	1	5	1	3	57
2	5	7	2	4	7	12	31	2	4	3	4	13	1	2	97
3	5	5	8	5	4	7	26	1	8	3	4	8	4	2	90
4	4	13	3	3	4	4	22	1	4	5	3	10	1	2	79
Não se aplica	12	28	9	18	8	40	118	2	21	16	14	26	4	11	327
Ignorado	0	7	2	0	0	5	21	0	4	1	1	3	0	2	46
Total	26	67	30	30	25	75	247	6	47	31	27	67	12	23	713

Cerca de 64,2% dos casos diagnosticados da região Noroeste, iniciaram seus tratamentos em tempo inferior aos 60 dias, previstos na Portaria MS nº 1.220/2014.

Tabela 32: Tempo até o primeiro tratamento, por município de residência. Noroeste, 2023

Tempo	APERIBE	BOM JESUS DO ITABAPOANA	CAMBUÇI	CARDOSO MOREIRA	ITALVA	ITAOCARA	ITAPERUNA	LAJE DO MURIAE	MIRACEMA	NATIVIDADE	PORCIUNCUA	SANTO ANTONIO DE PADUA	SÃO JOSE DE UBA	VARRE-SAI	Total
Até 30 dias	11	32	12	19	9	45	135	2	24	17	14	33	4	11	368
31 - 60 dias	5	7	5	3	8	5	26	1	7	7	4	6	2	4	90
Mais de 60	10	28	13	8	8	25	86	3	16	7	9	28	6	8	255
Total	26	67	30	30	25	75	247	6	47	31	27	67	12	23	713

Da mesma forma que os diagnósticos dos casos novos, o Hospital São José do Avaí concentrou 99,2% dos tratamentos realizados no SUS para os municípios da região Noroeste.

Tabela 33: Tratamento do câncer, por prestador e município de residência. Noroeste, 2023

Prestador	APERIBE	BOM JESUS DO ITABAPOANA	CAMBUÇI	CARDOSO MOREIRA	ITALVA	ITAOCARA	ITAPERUNA	LAJE DO MURIAE	MIRACEMA	NATIVIDADE	PORCIUNCUA	SANTO ANTONIO DE PADUA	SÃO JOSE DE UBA	VARRE-SAI	Total
2273454-MS-INCA HOSPITAL DO CANCER I	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	4
2273462-MS-INCA HOSPITAL DO CANCER III	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
2275562-HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2278855-HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI	26	66	30	30	25	74	246	5	46	31	27	66	12	23	707
Total	26	67	30	30	25	75	247	6	47	31	27	67	12	23	713

6.8. Região Norte (N)

Em 2023, foram registrados 1.386 casos novos de câncer em residentes da região Norte, por 19 serviços de saúde, dentre eles 13 UNACONS e 1 CACON, que correspondem a 64,6% dos casos novos esperados (2.146) para o ano.

Na região, dos 06 serviços (incluindo 4 UNACONS) que realizaram os diagnósticos, 04 são sediados no município de Campos dos Goytacazes e 02 em Macaé. Estes serviços realizaram 93,1% do total de diagnósticos de casos novos residentes registrados e, destes, 99% foram realizados nos UNACONS da Norte, a saber: Hospital Escola Álvaro Alvim (43,9%), Hospital Dr. Beda (39,1%), Hospital São João Batista de Macaé (8,2%) e Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos (1,1%).

Os demais diagnósticos foram registrados em quase sua totalidade por UNACONS da região Metropolitana I (4,6%) e Noroeste (2%).

Tabela 34: Diagnóstico do câncer por prestador, segundo o município de residência. Norte, 2023

Prestador	CARAPEBUS	CAMPOS DOS GOYTACAZES	CONCEICAO DE MACABU	MACAE	QUISSAMA	SAO FRANCISCO DE ITABAPOANA	SAO FIDELIS	SAO JOAO DA BARRA	Total
0025186-HINJA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2269783-UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	0	5	0	1	0	0	0	0	6
2269821-MS INCA II HOSPITAL DO CANCER II	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2269988-MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	0	2	0	0	0	0	1	0	3
2273284-MS INCA SITEC SERV CITOPATOLOGIA	1	6	2	4	2	0	3	3	21
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	0	6	0	2	1	0	0	2	11
2273462-MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	0	1	0	0	1	0	0	0	2
2273659-MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	1	0	0	0	0	0	0	0	1
2273748-HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2278855-HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI	0	2	0	0	0	0	26	0	28
2287250-SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA DE CAMPOS	0	14	0	0	1	0	0	0	15
2287285-HOSPITAL DR BEDA	6	329	17	59	19	55	4	53	542
2287382-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMPOS	0	1	0	0	0	0	0	0	1
2287447-HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	4	457	6	112	7	4	8	10	608
2295067-INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	0	0	0	1	0	0	1	1	3
2697041-HOSPITAL SAO JOAO BATISTA DE MACAE	0	0	0	113	0	0	0	0	113
5412447-HOSPITAL PUBLICO MUNICIPAL DE MACAE HPM	0	0	0	12	0	0	0	0	12
7185081-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TRANSPLANTE CANCER E CIR INFANTIL	0	0	0	0	1	0	1	0	2
7267975-SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	2	2	1	6	3	0	0	1	15
Total	14	825	26	313	35	59	44	70	1.386

Do total de casos novos de câncer da Norte, registrados no SUS, 63,4% (879) apresentaram informação quanto ao estadiamento ao diagnóstico, sendo que, destes, 74,7% (657) se encontravam no estadiamento 3 ou 4. O estadiamento mais frequente foi o 3 (64,2%). Além dos casos cirúrgicos (os NSA, que não apresentam a informação de estadiamento nos registros), não há classificação do estadiamento para cerca de 12,5% dos casos novos diagnosticados.

Tabela 35: Estadiamento do câncer ao diagnóstico, por município de residência. Norte, 2023

Estadiamento	CARAPEBUS	CAMPOS DOS GOYTACAZES	CONCEICAO DE MACABU	MACAE	QUISSAMA	SAO FRANCISCO DE ITABAPOANA	SAO FIDELIS	SAO JOAO DA BARRA	Total
0	1	10	0	0	0	2	0	1	14
1	0	35	1	22	1	2	0	3	64
2	1	74	5	45	2	7	3	7	144
3	2	293	4	79	9	16	8	11	422
4	1	115	6	75	8	11	8	11	235
Não se aplica	6	189	6	61	10	18	18	26	334
Ignorado	3	109	4	31	5	3	7	11	173
Total	14	825	26	313	35	59	44	70	1.386

Cerca de 55,3% dos casos diagnosticados da região Norte, iniciaram seus tratamentos em tempo superior aos 60 dias, previstos na Portaria MS nº 1.220/2014.

Tabela 36: Tempo até o primeiro tratamento, por município de residência, 2023

Tempo	CARAPEBUS	CAMPOS DOS GOYTACAZES	CONCEICAO DE MACABU	MACAE	QUISSAMA	SAO FRANCISCO DE ITABAPOANA	SAO FIDELIS	SAO JOAO DA BARRA	Total
Até 30 dias	7	274	10	72	14	19	19	22	437
31 - 60 dias	0	115	3	46	4	4	3	7	182
Mais de 60	7	436	13	195	17	36	22	41	767
Total	14	825	26	313	35	59	44	70	1.386

Em 2023, foram registrados os tratamentos de 1.386 casos novos de câncer em residentes da região, em 20 serviços de saúde, dentre eles 15 UNACONS, 01 CACON.

Na região, dos 07 serviços (incluindo, 4 UNACONS) que realizaram os tratamentos, 05 são sediados no município de Campos dos Goytacazes e 2 em Macaé.

Os 04 UNACONS da região (Hospital Escola Álvaro Alvim - 40%, Hospital Dr. Beda - 41,6%, Hospital São João Batista de Macaé - 9,4% e Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos - 1,3%) realizaram 92,3% dos tratamentos registrados e 1,1% foram realizados nos demais serviços da Norte.

Os demais tratamentos aos casos novos da região Norte foram realizados em sua quase totalidade por serviços situados na Metropolitana I (4,4%) e Noroeste (1,3%).

A região não conta com serviços habilitados em hematologia ou oncologia pediátrica.

Tabela 37: Tratamento do câncer, por prestador e município de residência. Norte, 2023

Prestador	CARAPEBUS	CAMPOS DOS GOYTACAZES	CONCEICAO DE MACABU	MACAE	QUISSAMA	SAO FRANCISCO DE ITABAPOANA	SAO FIDELIS	SAO JOAO DA BARRA	Total
0025186-HINJA	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2269775-MS HOSPITAL DE IPANEMA	0	1	0	0	0	0	0	0	1
2269783-UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	0	5	0	1	1	1	0	0	8
2269821-MS INCA II HOSPITAL DO CANCER II	0	3	0	3	0	0	0	0	6
2269988-MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	0	2	0	0	0	0	1	0	3
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	1	8	0	3	2	0	3	4	21
2273462-MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	0	1	0	0	1	0	0	0	2
2273659-MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	1	0	0	0	0	0	0	0	1
2273748-HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2278855-HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI	0	2	0	0	0	0	27	0	29
2287250-SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA DE CAMPOS	0	17	0	0	1	0	0	0	18
2287285-HOSPITAL DR BEDA	6	363	18	58	19	55	4	54	577
2287382-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMPOS	0	1	0	0	0	0	0	0	1
2287447-HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	4	419	7	97	7	3	8	9	554
2295067-INSTITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	0	0	0	1	0	0	1	1	3
2298317-HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA	0	1	0	0	0	0	0	0	1
2697041-HOSPITAL SAO JOAO BATISTA DE MACAE	0	0	0	129	0	0	0	1	130
5412447-HOSPITAL PUBLICO MUNICIPAL DE MACAE HPM	0	0	0	13	0	0	0	0	13
7185081-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TRANSPLANTE CANCER E CIR INFANTIL	0	0	0	0	1	0	0	0	1
7267975-SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAJULO NIEMEYER	2	2	1	6	3	0	0	1	15
Total	14	825	26	313	35	59	44	70	1.386

6.9. Região Serrana (SER)

Em 2023, foram registrados 2.130 casos novos de câncer em residentes da região Serrana, por 33 serviços de saúde, dentre eles, 24 UNACONS, 02 CACONS, que corresponderam a 87,5% dos casos novos esperados (2.130) para o ano.

Na região, 6 serviços realizaram 79,6% destes diagnósticos, destacando-se os 02 UNACONS (Hospital Alcides Carneiro - 45,5% e Hospital São José - 30,9%).

Cerca de 20,4% dos diagnósticos foram realizados nas outras 07 regiões de saúde com serviços de oncologia SUS, sendo 13,9% na região Metropolitana I e 6,5% nas restantes.

Tabela 38: Diagnóstico do câncer por prestador, segundo o município de residência. Serrana, 2023

Prestador	BO MIA RDIM	CACHOEIRAS DE MACICU	CANTAGALO	CARMO	ODRERO	DUAS BARRAS	GUAPIMIRIM	MACUCO	NOVA FRIBURGO	PETROPOLIS	SANTA MARIA MADALENA	SÃO JOSE DO VALE DO RIO PRETO	SÃO SEBASTIAO DO ALTO	SUMIDURO	TERESOPOLIS	TRAIANO DE MOURAS	Total
0012505-HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	0	4	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	9
0025186-HINIA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0490490-SAUDE DIAGNOSTICOS	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2263984-HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
2263783-URJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	2	8	0	2	1	0	6	0	7	6	1	0	0	0	4	1	38
2263821-MS INCA II HOSPITAL DO CANCER	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
2263899-HOSPITAL MARIO KROEFF	0	2	1	0	0	0	2	0	4	1	0	0	0	0	3	1	14
2263988-MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3
2272784-HOSPITAL MUNICIPAL RAUL SERTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
2273284-MS INCA SITEC SERV	3	8	0	1	0	0	11	1	15	22	1	5	1	2	14	0	84
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	4	0	0	1	0	1	3	0	17	7	0	0	1	1	9	0	44
2273462-MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
2273659-MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	0	0	0	0	1	1	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	7
2273748-HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS	0	0	0	5	0	0	0	0	1	1	0	8	0	6	7	0	28
2275562-HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	0	0	1	0	0	0	0	0	0	846	0	0	0	0	1	0	848
2275635-HOSPITAL SANTA TERESA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	13
2278286-HOSPITAL SANTA IZABEL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2278855-HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
2280051-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2280167-HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	6
2282250-SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA DE CAMPOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2282785-HOSPITAL DR BEDA	0	0	4	0	6	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	4	18
2287447-HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	1	0	1	0	2	2	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	12
2292386-HOSPITAL SAO JOSE	20	20	12	6	23	9	25	6	120	2	10	7	3	7	305	1	576
2295067-INSITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	0	1	1	1	0	2	0	0	5	0	0	0	2	0	1	0	13
2295415-HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	1	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	5
2296241-HOSPITAL REGIONAL DARCY	4	8	0	0	0	0	6	0	28	0	0	0	0	0	1	0	47
2296616-UFRR IPPMG INST DE PUER PED MARTAGAO GESTERA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
2297795-HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESOPOLIS	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	42	0	44
2700353-IF FIDUCIUS	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
3477371-CRI CLINICA DE RADIOTERAPIA	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
7185081-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TRANSPLANTE CANCER E CIR INFANTIL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
7267975-SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEBERRO PAULO NEMEYER	1	2	2	0	2	1	2	1	7	8	0	2	0	1	3	1	33
Total	38	60	23	18	39	17	64	12	217	907	16	23	9	17	394	10	1.864

Do total de casos novos de câncer da Serrana, registrados no SUS, apenas 45,4% (846) apresentaram informação quanto ao estadiamento ao diagnóstico, sendo que, destes, 69,5% (588) se encontravam no estadiamento 3 ou 4. O estadiamento mais frequente foi o 3 (56,8%). Além dos casos cirúrgicos (os NSA, que não apresentam a informação de estadiamento nos registros), não há classificação do estadiamento para cerca de 4,8% dos casos novos diagnosticados.

Tabela 39: Estadiamento do câncer ao diagnóstico, por município de residência. Serrana, 2023

Município	Estadiamento							Total
	0	1	2	3	4	Não se	Ignorado	
BOM JARDIM	1	1	3	10	4	18	1	38
CACHOEIRAS DE MACACU	0	2	7	24	10	16	1	60
CANTAGALO	0	0	2	4	7	9	1	23
CARMO	1	2	2	6	0	5	2	18
CORDEIRO	0	1	3	6	6	22	1	39
DUAS BARRAS	0	0	3	1	2	8	3	17
GUAPIMIRIM	1	3	2	15	11	28	4	64
MACUCO	0	0	0	2	2	8	0	12
NOVA FRIBURGO	1	11	23	59	35	73	15	217
PETROPOLIS	3	27	104	125	126	479	43	907
SANTA MARIA MADALENA	0	0	3	7	0	6	0	16
SAO JOSE DO VALE DO RIO PRETO	0	0	7	6	3	7	0	23
SAO SEBASTIAO DO ALTO	0	0	2	1	1	3	2	9
SUMIDOURO	0	0	0	5	3	9	0	17
TERESOPOLIS	1	10	30	62	42	233	16	394
TRAJANO DE MORAES	0	0	2	1	2	4	1	10
Total	8	57	193	334	254	928	90	1.864

Cerca de 68% dos casos diagnosticados da região Serrana, iniciaram seus tratamentos em tempo igual ou inferior aos 60 dias, previstos na Portaria MS nº 1.220/2014.

Tabela 40 : Tempo até o primeiro tratamento, por município de residência. Serrana, 2023

Município	Tempo até o início do tratamento			
	Até 30 dias	31 - 60 dias	Mais de 60	Total
BOM JARDIM	20	6	12	38
CACHOEIRAS DE MACACU	21	3	36	60
CANTAGALO	8	2	13	23
CARMO	9	1	8	18
CORDEIRO	20	3	16	39
DUAS BARRAS	10	1	6	17
GUAPIMIRIM	28	7	29	64
MACUCO	7	0	5	12
NOVA FRIBURGO	94	23	100	217
PETROPOLIS	536	151	220	907
SANTA MARIA MADALENA	8	0	8	16
SAO JOSE DO VALE DO RIO PRETO	7	3	13	23
SAO SEBASTIAO DO ALTO	5	0	4	9
SUMIDOURO	10	2	5	17
TERESOPOLIS	242	34	118	394
TRAJANO DE MORAES	5	1	4	10
Total	1.030	237	597	1.864

Em 2023, foram registrados os tratamentos de 1.864 casos novos de câncer para residentes

da região, em 30 serviços de saúde do estado, dentre eles 23 UNACONS e 02 CACONS.

Os 02 UNACONS, sediados nos municípios de Petrópolis e Teresópolis, realizaram 77,7% dos tratamentos registrados (Hospital Alcides Carneiro - 46,6% e Hospital São José - 31,2%), enquanto outros 03 serviços da Serrana trataram 3,1% dos casos.

Os demais tratamentos (22,3%) foram distribuídos pelas outras regiões de saúde do estado: na Metropolitana I (12,3%), dos quais se destacam as unidades do INCA I (5,7%), o Hospital Universitário Pedro Ernesto (1,9%), e o Instituto do Cérebro (1,8%); na Metropolitana II (3,2%), especialmente no Hospital Regional Darcy Vargas (2,6%); e nas demais regiões (4,6%), exceto na BL.

A região não conta com serviços de hematologia ou de oncologia pediátrica.

Tabela 41 . Tratamento do câncer, por prestador e município de residência. Serrana, 2023

Prestador	BO M JARDIM	CACHOEIRAS DE MACAUCU	CANTAGALO	CAPIBÁ	COQUEIRO	DURAS BARBOS	GUAPIMIRIM	MACAUCU	NOVA FRIBURGO	PETROPOLIS	SANTA MARIA MADALENA	SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO	SÃO SEBASTIÃO DO ALTO	SUMIDOURA	TERESÓPOLIS	TRAIANÓPOLIS	Total
0012505-HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	0	4	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	9
0025186-HINJA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0490490-SAUDE DIAGNOSTICOS	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2269384-HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
2269783-UFRRJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	2	8	0	2	1	0	6	0	7	6	1	0	0	0	4	1	38
2269821-MS INCA II HOSPITAL DO CANCER II	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
2269899-HOSPITAL MARIO KRUEFF	0	2	1	0	0	0	2	0	4	1	0	0	0	0	3	1	14
2269988-MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3
2272784-HOSPITAL MUNICIPAL RAUL SERTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
2273284-MS INCA SITEC SERV	3	8	0	1	0	0	11	1	15	22	1	5	1	2	14	0	84
2273454-MS INCA HOSPITAL DO CANCER I	4	0	0	1	0	1	3	0	17	7	0	0	1	1	9	0	44
2273462-MS INCA HOSPITAL DO CANCER III	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
2273659-MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	0	0	0	0	1	1	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	7
2273748-UFV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS	0	0	0	5	0	0	0	0	1	1	0	8	0	6	7	0	28
2275562-HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	0	0	1	0	0	0	0	0	0	846	0	0	0	0	1	0	848
2275635-HOSPITAL SANTA TERESA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	13
2278286-HOSPITAL SANTA IZABEL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2278855-HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAI	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
2280051-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2280167-HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	6
2287250-SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA DE CAMPOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2287285-HOSPITAL DR BEDA	0	0	4	0	6	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	4	18
2287447-HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	1	0	1	0	2	2	0	1	0	0	3	0	0	0	0	2	12
2292386-HOSPITAL SÃO JOSÉ	20	20	12	6	23	9	25	6	120	2	10	7	3	7	305	1	576
2295067-INSITUTO ESTADUAL DE HEMATOLOGIA ARTHUR SOUQUERA CAVALCANTI	0	1	1	1	0	2	0	0	5	0	0	0	2	0	1	0	13
2295415-HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	1	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	5
2296241-HOSPITAL REGIONAL DARCY	4	8	0	0	0	0	6	0	28	0	0	0	0	0	1	0	47
2296616-UFRRJ IPPMG INST DE PUER PED MARTAGAO GESTEIRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
2297795-HOSPITAL DAS CLINICAS DE TERESOPOLIS	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	42	0	44
2708353-UF FOCRUZ	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
3477371-CRÍCLINICA DE RADIODIAGNÓSTICO INGA	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
7185081-SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TRANSPLANTE CANCER E CIR INFANTIL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
7267975-SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	1	2	2	0	2	1	2	1	7	8	0	2	0	1	3	1	33
Total	38	60	23	18	39	17	64	12	217	907	16	23	9	17	394	10	1.864

7. NEOPLASIAS MALIGNAS MAIS FREQUENTES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A distribuição dos cânceres mais frequentes (exceto pele não melanoma), segundo sua localização primária, pode ser observado em cada região de saúde, na tabela 42 abaixo. Juntos, eles corresponderam de 32,2% (Noroeste) a 50,3% (Centro-Sul) do total de cânceres registrados nas bases de dados do SUS, para cada região, no ano analisado.

A magnitude desses tipos de câncer e as diferenças na sua frequência, segundo sexo, faixa etária e regiões de saúde do estado serão destacadas a seguir na Tabela 42.

Foram extraídos do Painel de Oncologia, os dados referentes aos casos novos, e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), os dados referentes aos exames, ambos relativos à população atendida no SUS, no estado. Os dados de mortalidade, provenientes do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), referem-se a todos os óbitos com causa básica 'neoplasias malignas', ocorridos na população total do estado e não apenas aqueles assistidos no SUS.

Ressalta-se que os números podem não refletir totalmente o impacto da pandemia no rastreamento e diagnóstico precoce do câncer. Infere-se que ao longo dos anos poderá haver aumento na incidência de casos e diagnósticos em estádios avançados.

Tabela 42: Casos mais frequentes de câncer diagnosticados no SUS, por localização primária, segundo regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2023.

Região de Saúde - residência	Cólon junção retossigmoide reto ânus e canal anal	Pulmão traqueia e brônquios	Mama	Colo do útero	Próstata	Todas as localizações
33001 Baía da Ilha Grande	28	8	56	16	50	384
33002 Baixada Litorânea	256	38	317	68	246	2.583
33003 Centro-Sul	108	15	145	34	146	891
33004 Médio Paraíba	300	57	265	93	277	2.660
33005 Metropolitana I	1.273	509	2.384	842	1.779	20.162
33006 Metropolitana II	310	72	397	108	269	2.958
33007 Noroeste	100	50	90	20	105	1.134
33008 Norte	284	102	430	102	291	2.621
33009 Serrana	328	63	319	93	277	2.860
Total	2.987	914	4.403	1.376	3.440	36.253

Fonte: Painel de Oncologia, INCA/MS. Gerado em 10/11/2024

As regiões de saúde da Baía da Ilha Grande e Baixada Litorânea apresentam Taxa de Mortalidade Específica (TME) abaixo da média estadual para todos os cânceres avaliados, como pode se observar na tabela abaixo, enquanto a Norte ficou acima da taxa estadual apenas por câncer de útero. Por outro lado, a região Metropolitana II supera a TME estadual para todos os cânceres, exceto por câncer de mama, assim como a Médio Paraíba não ultrapassa a média do estado apenas por câncer de colo de útero. Já a Metropolitana I supera as taxas estaduais de câncer de mama e colo do útero. As regiões Centro-Sul e Serrana têm TME por câncer colorretal e próstata acima da média estadual, além da Serrana também a superar nos cânceres de pulmão. São mais altas que a média também as TME por câncer de pulmão e próstata da região Noroeste.

O impacto na mortalidade por câncer, segundo a localização primária destas neoplasias, é diferente em cada uma das regiões de saúde, e pode ser analisado pela amplitude das TME por região do estado.

As TME por câncer colorretal variam de 10,7 por 100 mil hab. (BL) a 19,3 por 100 mil hab. (SER); as TME por câncer de pulmão, de 12,4 por 100 mil hab. (N) a 18,2 por 100 mil hab. (SER); as TME por câncer de mama, de 13,3 por 100 mil hab. (BIG) a 29,7 por 100 mil hab. (MP); as TME por câncer de colo do útero, de 2,2 por 100 mil hab. (NO) a 7,8 por 100 mil hab. (Metro I); e as TME por câncer de próstata, de 15,6 por 100 mil hab. (N) a 25,1 por 100 mil hab. (CS).

Tabela 43: TME das principais localizações, exceto câncer de pele não melanoma, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2023.

Região de Saúde	Cólon junção retossigmoide e canal anal	Pulmão traqueia e brônquios	Mama Fem	Colo do útero	Próstata
Total ERJ	16,4	15,3	27,5	6,3	19,3
Baía da Ilha Grande	12,3	15,0	13,3	3,3	18,0
Baixada Litorânea	10,7	13,6	23,6	5,4	18,4
Centro-Sul	17,2	14,6	29,0	3,4	25,1
Médio Paraiba	19,9	17,6	29,7	4,0	24,5
Metropolitana I	16,7	14,8	28,8	6,4	18,4
Metropolitana II	17,8	17,2	27,4	7,8	20,6
Noroeste	11,1	16,8	15,7	2,2	19,7
Norte	11,9	12,4	23,1	8,0	15,6
Serrana	19,3	18,2	26,4	6,1	23,5

7.1. Câncer de Pele

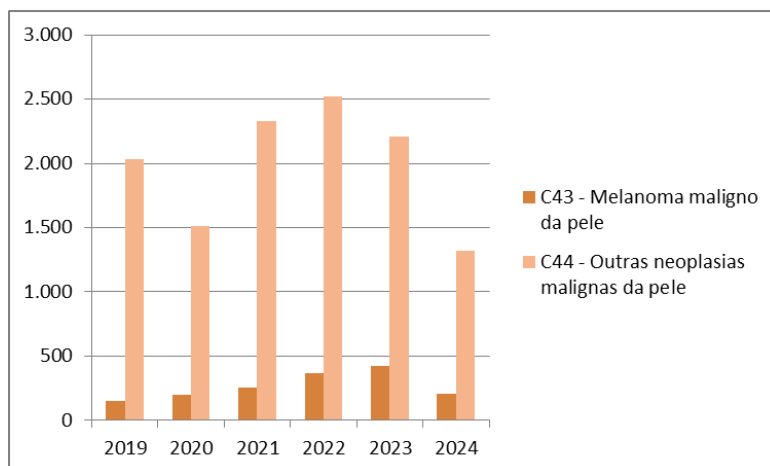
O câncer mais frequente na população do estado é o câncer de pele não melanoma. Nas estimativas do INCA para 2023-2025, estima-se cerca de 23.590 casos novos/100 mil hab.

A abordagem diagnóstica e terapêutica dos cânceres de pele não melanoma (carcinomas basocelulares e epidermóides) pode ser realizada em estruturas secundárias, devido ao perfil mais indolente destas patologias e da utilização somente de ressecção cirúrgica na maioria dos casos. Ressalta-se, no entanto, que o diagnóstico precoce e tempestivo minimiza o emprego de ressecções extensas e muitas vezes amplas e mutiladoras.

Em relação aos melanomas malignos, entende-se que este subtipo de tumor cutâneo, menos frequente (estimativa de 2,67 casos novos/100 mil hab.), deva ser manejado por equipe especializada em UNACON/CACON devido ao seu perfil de agressividade e sua maior complexidade em relação às abordagens cirúrgicas (pesquisa de linfonodo sentinela, tratamentos sistêmicos, etc).

No Gráfico 6, evidencia os baixos registros dessas neoplasias nas bases de dados oficiais do SUS.

Gráfico 6: Registros de casos novos de Neoplasias Malignas da Pele, assistidos no SUS, estado do Rio de Janeiro, jan 2019-jun 2024.



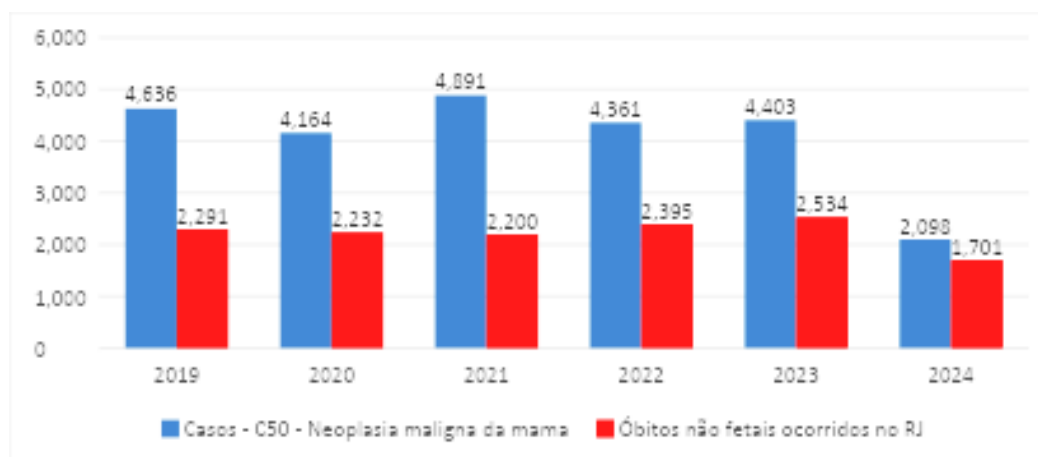
Fonte: Painel de Oncologia, 2024

7.2. Câncer de Mama

O Rio de Janeiro é o segundo estado do Brasil em número de casos e óbitos por neoplasia maligna de mama em mulheres, atrás apenas do estado de São Paulo. O câncer de mama é também a primeira causa de óbito relacionada à oncologia na população feminina do estado. Segundo estimativas do INCA, eram esperados cerca de 10.290 casos novos de câncer de mama na população feminina do estado, em 2023.

No Gráfico 7, se apresenta a série histórica de casos e óbitos por neoplasia maligna da mama no estado, entre os anos de 2019 e 2024.

Gráfico 7: Série histórica de casos e óbitos por neoplasia maligna da mama, estado do Rio de Janeiro, 2019- 2024.



Fonte: Casos: Painel Oncologia - DATASUS/MS; Óbitos: Secretaria de Estado de Saúde - SES/RJ.
Nota: Os casos (novos) correspondem aos diagnósticos registrados nas unidades SUS do estado, portanto

excluem os casos diagnosticados na saúde suplementar. Os óbitos se referem ao total de mortes de residentes no estado (SUS e privados), cuja causa básica tenha sido o câncer de mama.

Aproximadamente 98% dos casos diagnosticados nas unidades de saúde do SUS do estado têm 30 anos ou mais, e 52% se encontram entre 50 e 69 anos, faixa etária preconizada para o rastreo do câncer de mama. É importante observar o número significativo de casos diagnosticados em mulheres na faixa etária dos 40-49 anos.

Tabela 44 . Série temporal do diagnóstico de casos de câncer de mama, por faixa etária, no estado do Rio de Janeiro, 2014-2023.

Faixa etária	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2014-2023
< 30 anos	30	40	37	37	23	85	92	82	73	56	
30-39 anos	237	238	243	264	270	304	328	372	279	275	
40-49 anos	718	701	629	688	759	857	787	900	832	791	
50-59 anos	965	961	940	1.036	1.058	1.251	1.091	1.297	1.112	1.083	
60-69 anos	889	891	887	950	1.101	1.168	1.053	1.297	1.162	1.244	
70-79 anos	466	422	422	500	566	682	566	677	669	679	
80 anos e +	169	176	194	196	244	289	247	266	234	275	
Total	3.474	3.429	3.352	3.671	4.021	4.636	4.164	4.891	4.361	4.403	

Fonte: Painel de Oncologia, INCA

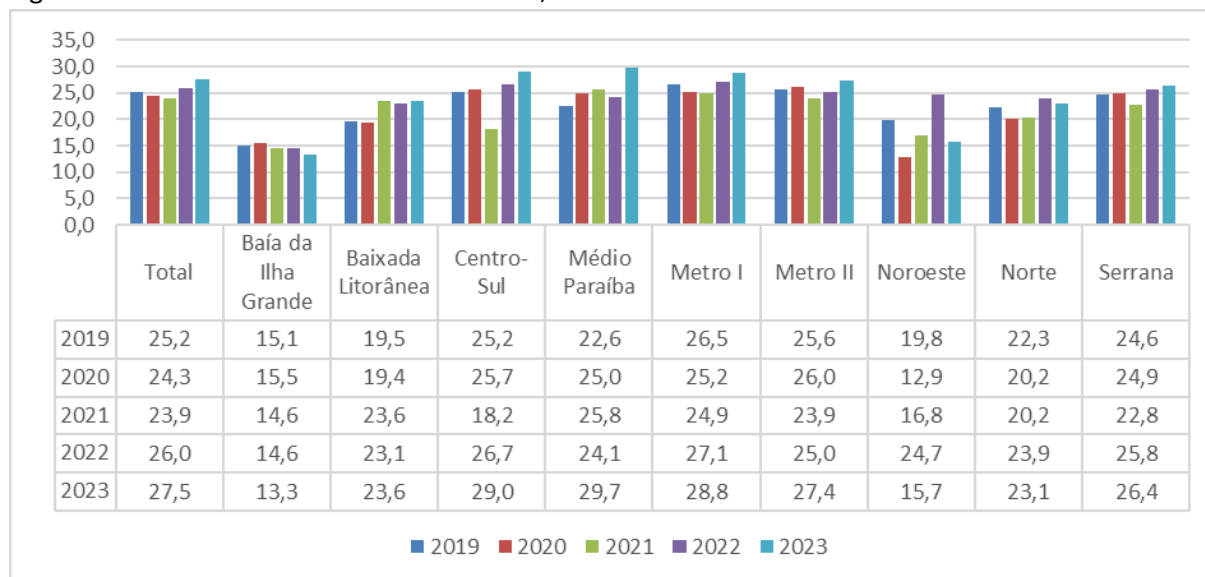
A série temporal das taxas de mortalidade por câncer de mama evidenciam o seu aumento no estado nos últimos 2 anos. Este aumento pode refletir também o resultado da importante redução no rastreamento e nos diagnósticos precoces, em função das restrições impostas pela pandemia de Covid-19, às pessoas e aos serviços, nos anos de 2020 e 2021.

Nesses anos atípicos, embora se observe um comportamento diferente deste indicador em cada região de saúde do estado, há em comum entre elas a tendência de aumento das taxas nos anos subsequentes, à exceção da região da Baía da Ilha Grande, que mantém a tendência de queda.

Em especial a região da Baía da Ilha Grande, mas também a Noroeste, apresentaram as menores TME no período avaliado, enquanto é destaque as altas taxas nas regiões Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitanas e Serrana, especialmente nos anos finais da série.

Este curto e impactante período de tempo aponta quão determinante podem ser o rastreo e o diagnóstico precoce na sobrevivência das mulheres com câncer.

Tabela 45. Série temporal da Taxa de Mortalidade Específica (TME) por câncer de mama feminino, por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, de 2019 a 2023.



Fontes:

Óbitos: Secretaria de Estado de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 29/07/2024.

População: Estimativas da população residente de 2000 a 2021 - pactuada pela SES/RJ, conforme Deliberação CIB-RJ nº 6.250 de 10 de Setembro de 2020.

Notas:

1. Para os anos de 2022 e 2023, adotou-se a população pactuada pela SES/RJ para o ano de 2021, até que sejam disponibilizados novos dados para estes anos.
2. A informação de município/região refere-se ao município/região de residência do falecido.
3. As taxas de mortalidade específica (TME) são apresentadas por 100.000 habitantes; a taxa bruta de mortalidade é apresentada por 1.000 habitantes.

O câncer de mama, quando identificado em estádios iniciais (lesões menores que 2 cm de diâmetro), apresenta prognóstico mais favorável e a cura pode chegar a 100% dos casos. Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, a mortalidade por esse tipo de câncer vem apresentando tendência de redução.

Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008²⁹).

As evidências de impacto do rastreamento na mortalidade por essa neoplasia justificam sua adoção como política de saúde pública. Os critérios para o rastreamento são, entretanto, alvo de permanente debate na comunidade científica, tendo em vista a necessidade de se definir o uso mais adequado dos recursos para o alcance dos melhores resultados.

As mamografias bilaterais de rastreamento são aquelas que devem ser realizadas por todas as mulheres com risco habitual, na faixa etária entre 50 e 69 anos, a cada 2 anos, e por mulheres de alto risco, acima de 35 anos (por exemplo, as com história familiar ou pessoal de câncer de mama). As demais mamografias são realizadas para fins diagnósticos em pacientes sintomáticas. As mamografias, em mulheres mais jovens, precisam ser complementadas por ultrassonografia mamária, em função do tecido das mamas ser mais denso, o que pode dificultar a visualização de

nódulos e lesões na mamografia.

É importante observar que apenas em 2023 se superou a diminuição no número de mamografias de rastreamento, ocorrida no período da pandemia de Covid-19, embora as mamografias para diagnóstico precoce ainda não tenham atingido a produção do ano anterior à pandemia. Registra-se também a marcação pré-cirúrgica de lesão não palpável de mama, com oferta iniciada em 2023, ainda pequena, mas tendendo a ser quadruplicada já em 2024, segundo os dados parciais apresentados.

Tabela 46. Série temporal dos procedimentos para rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama, estado do Rio de Janeiro, 2019-2023.

Procedimento realizado	2019	2020	2021	2022	2023	Jan-Jun/ 2024
MAMOGRAFIA	30.153	19.932	25.662	28.037	26.134	12.972
MARCACAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA	4	1	4	-	464	895
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	224.953	116.920	178.234	213.044	251.148	120.544
Total	255.110	136.853	203.900	241.081	277.746	134.411

Para a necessária avaliação e planejamento das ações e serviços necessários ao rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer no SUS, serão utilizados os Parâmetros Técnicos para Detecção Precoce do Câncer de Mama (INCA, 2022). (Tabela) A população utilizada para os cálculos necessários ao dimensionamento da demanda SUS no estado é de 80% da população total, conforme registrada na tabela abaixo.

Tabela 47: População feminina total e SUS exclusiva do estado do Rio de Janeiro, 2024.

Fx Etária	Total Fem	Fem SUS Exclusiva
0 a 90 anos ou +	9.035.062	7.228.050
< 30 anos	3.292.410	2.633.928
30 anos ou +	5.742.652	4.594.122
50 a 69 anos	2.165.806	1.732.645

Fonte: IBGE (Projeções para 2024)

Tabela 48: Estimativa de necessidade de procedimentos anuais para Diagnóstico Precoce e Rastreamento do câncer de mama para a população feminina SUS exclusiva do estado do Rio de Janeiro, 2023-2025.

	Diagnóstico Precoce Sintomáticas				Rastreamento	
		Parâmetro	< 30 anos	30 anos ou +	50 a 69 anos	
			0,048%	0,522%		
			1.264	23.981		1.732.645
Procedimento	Código	Parâmetro	Nº Proc	Nº Proc	Parâmetro	Nº Proc
Mamografia bilateral para rastreamento	02.04.03.018-8	NA	NA	NA	50,00%	866.322
Mamografia	02.04.03.003-0	28,15%	445	8.438	2,90%	50.247
Ultrassonografia mamária bilateral	02.05.02.009-7	278,37%	4.399	83.446	3,50%	60.643
Punção aspirativa por agulha grossa (core biópsia)	02.01.01.060-7	18,07%	286	5.417	0,73%	12.648
Biópsia - exérese de nódulo de mama	02.01.01.056-9	13,30%	210	3.987	0,11%	1.906
Exame anatomopatológico de mama - biópsia	02.03.02.006-5	31,10%	491	9.323	0,84%	14.554
Exame citopatológico de mama	02.0301.004-3	3,44%	54	1031	NA	NA
Encaminhamento para tratamento oncológico	-	15,53%	245	4.655	0,27%	4.678

Fonte: Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama. Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro : INCA, 2022.

Nota: A produção estimada corresponde ao somatório da produção para o diagnóstico de mulheres sintomáticas e assintomáticas.

OBS. Em anexo, se encontram as estimativas realizadas para a população total feminina do estado do Rio de Janeiro

A suficiência da oferta/acesso aos exames para o diagnóstico do câncer no estado é analisada abaixo, segundo os parâmetros técnicos fornecidos pelo INCA.

a. Exames de imagem

Mamografias de rastreamento: a produção é insuficiente para atender à demanda esperada para as mulheres assintomáticas na faixa etária preconizada. Dentre os exames realizados, aproximadamente metade foram feitos por mulheres entre 35 e 49 anos.

O indicador 'Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária pode ser utilizado como um proxy do acesso a estes exames. O indicador mostra a capacidade da rede de ofertar exames para a população alvo, porém o numerador inclui exames realizados e não mulheres examinadas, podendo contabilizar mais de uma vez a mesma mulher que tenha realizado mais de um exame no período de dois anos.

O acesso à mamografia de rastreamento entre as mulheres de 50 a 69 anos, por região de saúde do estado pode ser observado a seguir. Os resultados se encontram muito abaixo do preconizado (0,5), em todas as regiões de saúde. (Tabela 49)

Tabela 49. Série temporal do indicador 'Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária', por região de saúde do estado do Rio de Janeiro.

Região de Saúde	2019	2020	2021	2022	2023
Baía da Ilha Grande	0,18	0,07	0,15	0,17	0,23
Baixada Litorânea	0,21	0,12	0,18	0,18	0,23
Centro-Sul	0,28	0,12	0,22	0,12	0,12
Médio Paraíba	0,36	0,12	0,19	0,26	0,29
Metropolitana I	0,13	0,07	0,1	0,12	0,16
Metropolitana II	0,15	0,07	0,08	0,15	0,15
Noroeste	0,27	0,12	0,17	0,14	0,16
Norte	0,11	0,03	0,11	0,15	0,15
Serrana	0,21	0,12	0,19	0,21	0,24
Total	0,16	0,08	0,12	0,14	0,17

Fonte: Produção Ambulatorial: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS (dados de 2023 são preliminares)

População: 2019: estimativas preliminares efetuadas pela SES/RJ, a partir das estimativas segundo o IBGE/TCU. Estimativas da população residente de 2000 a 2021 - pactuada pela SES/RJ. Para os anos de 2022 e 2023, adotou-se a população pactuada pela SES/RJ para o ano de 2021, até que sejam disponibilizadas novos dados para estes anos. 2019: estimativas preliminares efetuadas pela SES/RJ, a partir das estimativas segundo o IBGE/TCU

2019: estimativas preliminares efetuadas pela SES/RJ, a partir das estimativas segundo o IBGE/TCU

. **Mamografias:** a produção registrada (25.679) foi menor do que 50% da esperada (59.130). O número de exames realizados supera a demanda estimada para o diagnóstico precoce de mulheres sintomáticas com 30 anos ou mais, mas não é suficiente para atender ao total estimado pelo INCA para as mamografias complementares das mulheres rastreadas, haja vista que 61,7% dos exames foram realizados em mulheres supostamente sintomáticas entre 30 e 49 anos ou com história familiar positiva. A produção para o diagnóstico precoce das sintomáticas abaixo de 30 anos foi 56,6% maior do que o esperado.

. **Ultrassonografia mamária bilateral:** A produção realizada foi de 90,3% dos exames esperados. Um terço destes exames foi feito para mulheres supostamente sintomáticas entre 30 e 49 anos. Os exames realizados por mulheres sintomáticas abaixo dos 30 anos foram quase três vezes o valor esperado.

É importante que o processo de educação permanente dos profissionais da saúde seja intensificado, de forma a qualificar as condutas frente aos protocolos preconizados para o rastreio e diagnóstico precoce do câncer de mama, entre eles, o exame da mama e a solicitação de exames adequados. O registro de dados nos sistemas de informação também carece de ser aprimorado.

É necessário, principalmente, ampliar as ações de rastreio do câncer de mama na faixa etária preconizada em todo o estado.

“O rastreamento organizado pressupõe: maior adesão às diretrizes (periodicidade e faixa etária), melhorando a eficiência, a efetividade e o balanço entre riscos e benefícios; implementação de controle de qualidade dos exames, com melhoria da acurácia da mamografia; e monitoramento dos casos alterados, diminuindo as perdas de seguimento.”(DIAS et al, 2024)

A confirmação do câncer de mama, no entanto, é maior entre as mulheres sintomáticas do que nas rastreadas e, para que se possa planejar a rede assistencial, é preciso atentar para as estimativas do número de mulheres com queixas mamárias.

b. Coleta de material

. **Biópsia/exérese de nódulo de mama:** a produção deste procedimento atinge, aproximadamente, 7% da esperada (6.103) no estado e é deficitária tanto para o diagnóstico precoce, quanto para as mulheres diagnosticadas ao rastreio.

. **Punção de mama por agulha grossa (*core biopsy*):** apenas 28,6% dos exames estimados (18.065) foram realizados no ano avaliado. O quantitativo de exames realizados seria suficiente para atender apenas às mulheres sintomáticas.

. **Punção aspirativa de mama por agulha fina:** não há parâmetros estabelecidos para este procedimento, por ser exame de escolha em lesões provavelmente benignas e seromas.

c. Exames anatomopatológicos e citopatológicos

. **Exame anatomopatológico de mama - biópsia:** a produção deste procedimento foi de 2,7% da necessidade estimada, sendo insuficiente para atender tanto às mulheres sintomáticas como aquelas com rastreio positivo.

. **Exame citopatológico de mama:** a produção realizada foi 11,3% da esperada. Não houve oferta suficiente deste exame, previsto para o diagnóstico das mulheres sintomáticas.

O déficit atual na oferta e no acesso a exames de biópsia, anatomopatológicos e citopatológicos - eficazes, de baixo custo e fundamentais à confirmação diagnóstica do câncer de mama -, impactam tanto no estadiamento ao diagnóstico, como no início oportuno do tratamento, resultando em pior prognóstico e na maior mortalidade de mulheres com esta neoplasia maligna, no estado.

Este cenário demanda estratégias para ampliação da oferta e do acesso, sendo prioritário: formar e fixar profissionais para a realização, especialmente, dos exames anatomopatológico e citopatológico de mama, recurso bastante escasso no SUS no estado; garantir fluxos bem definidos; estimular o aumento da produção dos serviços com potencial de ampliação.

Importante registrar, também, que a qualidade da amostra de tecido, coletada através de punção direta ou com auxílio radiológico, exérese parcial ou total do tecido suspeito (biópsia) é fundamental para a detecção da malignidade.

Tabela 50: Procedimentos realizados e aprovados no SUS para diagnóstico e rastreamento do câncer de mama feminino, por faixa etária, no estado do Rio de Janeiro, em 2023.

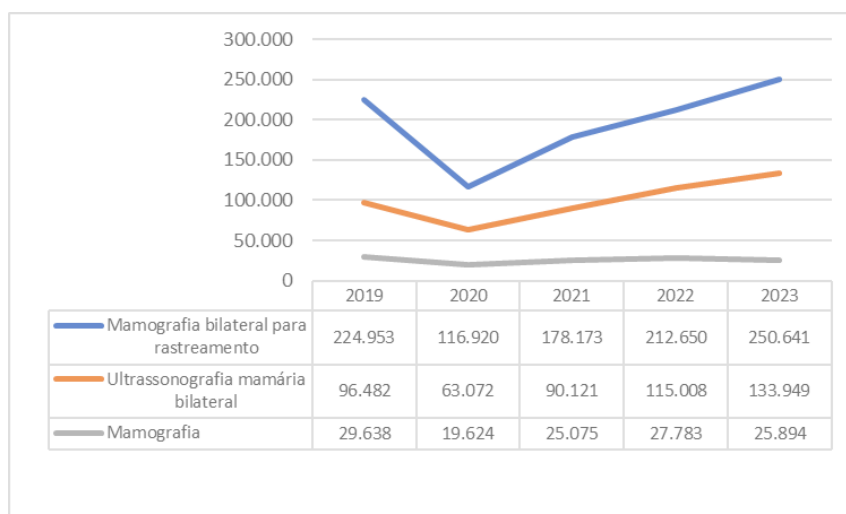
Procedimento realizado	< 30 anos	30 anos ou +	50 a 69 anos	Total
0204030188 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	NA	248.640	127.254	248.640
0204030030 MAMOGRAFIA	697	24.982	9.139	25.679
0201010569 BIOPSIA/EXERESE DE NÓDULO DE MAMA	48	374	230	422
0205020097 ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	12.487	121.225	77.037	134.090
0201010607 PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA (core biópsia)	413	4.758	3.011	5.171
0203020065 EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	67	605	374	672
0201010585 PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	53	991	630	1.044
0203010043 EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	13	103	39	116

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA

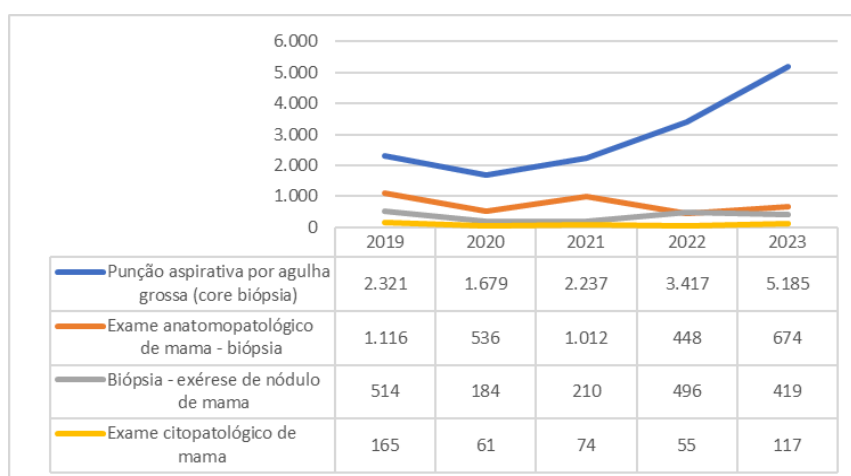
As figuras abaixo, que ilustram a evolução da produção dos exames diagnósticos no quinquênio, explicita a acentuada queda na produção, no período da pandemia de Covid-19. Para os exames de imagem, a produção das mamografias de rastreamento e das ultrassonografias mamárias voltou a crescer além dos valores de 2019, apenas em 2023, enquanto as mamografias para mulheres sintomáticas continuam com produção menor do que antes da pandemia.

À exceção da *core biópsia*, que superou a produção de 2019 desde 2022, os demais exames apresentaram produção reduzida por todo o período, desde a pandemia de Covid-19.

Figura 6: Série temporal dos procedimentos realizados para diagnóstico e rastreio do câncer de mama, no estado do Rio de Janeiro, de 2019 a 2023.



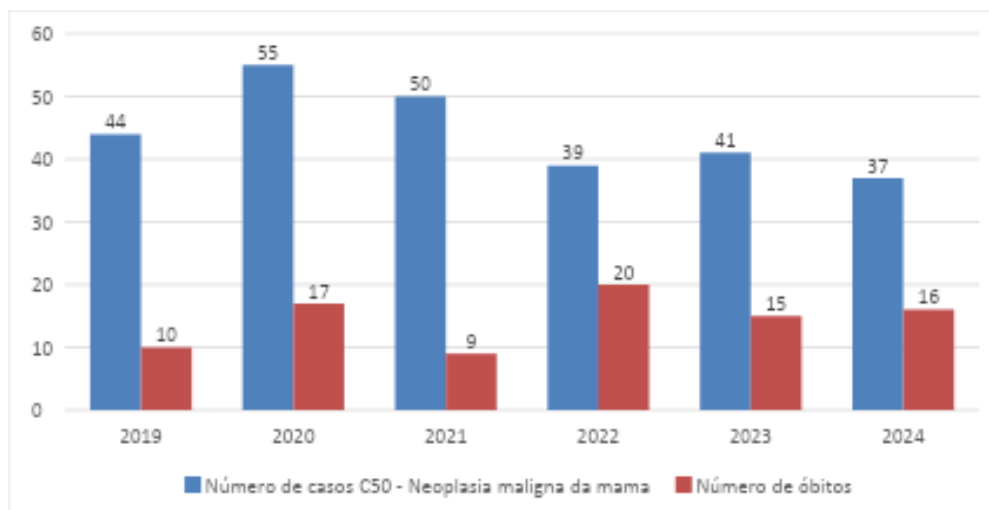
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais- SIA

Apesar de raro, o câncer de mama também pode acometer homens, representando cerca de 1% do total destas neoplasias. Por ser raro, o câncer de mama em homens é, normalmente, abordado de acordo com as condutas indicadas para mulheres. No gráfico 8, apresenta-se a série histórica de casos e óbitos por neoplasia maligna da mama em homens, entre 2019 e 2024.

Gráfico 8: Série histórica de casos e óbitos por neoplasia maligna da mama em homens, ERJ, 2019–2024.



Fonte: Painel Oncologia; Tabnet SIM/SUS (2024). Os dados de óbitos nos anos de 2023 e 2024 são preliminares

Em fevereiro de 2024, foi publicada pela CONITEC a nova versão, ainda em fase preliminar, do relatório de recomendações de Protocolos e Diretrizes do Câncer de Mama. O relatório não aborda a inclusão de situações especiais, como o rastreamento para a população com alto risco de desenvolvimento de câncer de mama, que serão discutidas e apresentadas em outra oportunidade.

Além da oferta quantitativa de serviços, é necessário o monitoramento da qualidade da assistência, de forma a garantir a acurácia dos resultados e o adequado seguimento da atenção, em

tempo oportuno. Para tanto, a qualidade dos exames de rastreamento de câncer de colo de útero e mama vêm sendo avaliados no estado. Ações de qualificação dos serviços, decorrentes das avaliações realizadas já se encontram em curso.

d. Rastreamento do Câncer de Mama no Estado do Rio de Janeiro

O rastreamento do câncer de mama no Sistema Único de Saúde faz parte do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama, e deve ser realizado de forma organizada, com convite às mulheres para o rastreamento na faixa etária e periodicidade preconizadas pelas Diretrizes de Detecção Precoce do Câncer de Mama do Ministério da Saúde. As equipes devem identificar as mulheres na faixa etária elegível para o rastreamento por meio do cadastro da população adscrita e realizar busca ativa, com seguimento oportuno e monitoramento em todas as etapas do processo. Para auxílio no direcionamento da busca ativa pode ser gerado um relatório nominal com a lista de mulheres na idade de 50 a 64 anos por meio do e-SUS APS. Embora o rastreamento também possa ocorrer de forma oportunística, quando aproveita-se a presença da mulher na unidade de saúde por outros motivos para ofertar o exame, este não é o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde.

A mamografia bilateral é o exame de escolha para o rastreamento do câncer de mama pelo impacto na redução da mortalidade. Pode ser solicitada por médicos e enfermeiros para o rastreamento de mulheres entre 50 e 69 anos, dentro dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Mulheres com menos de 50 anos consideradas de alto risco para o câncer de mama deverão ter avaliação individualizada pelo médico da equipe.

Quadro 2. População alvo e periodicidade de rastreamento precoce de câncer de mama

População-alvo	Periodicidade dos exames
Mulheres de 40 anos ou mais com risco elevado*	Conduta deve ser individualizada considerando riscos e benefícios dos exames de rastreamento.
Mulheres de 50 a 69 anos	Mamografia a cada dois anos

* Conforme especificação para cada condição de risco elevado.

A ultrassonografia mamária pode ser considerada como método adicional à mamografia em mulheres jovens com elevado risco de câncer de mama e mulheres com alta densidade mamária.

A qualidade de um exame de mamografia é crucial para a detecção precoce do câncer de mama. Vários fatores influenciam a qualidade de uma mamografia, e sua avaliação é importante para garantir resultados confiáveis. Para que um exame tenha alta qualidade, é necessário que ele seja realizado com um bom equipamento, pela equipe técnica devidamente treinada, utilizando um posicionamento correto, com compressão adequada, e com a radiação controlada para garantir a máxima eficácia na detecção de alterações mamárias.

A Área Técnica de Saúde das Mulheres, por meio do Sistema de Informação do Câncer, monitora o perfil dos exames de mamografia realizados no Estado do Rio de Janeiro, através de dois

indicadores de qualidade estabelecidos pelo Instituto Nacional do Câncer. São eles: percentual de Birads 0 e percentual de Birads Único.

e. Percentual de Birads 0

Percentuais muito elevados de Birads 0 podem indicar problemas relacionados à expertise do médico radiologista e/ou questões técnicas no processo de obtenção das imagens. Um número excessivo também pode indicar potencial dano à paciente, pela radiação ionizante utilizada num complemento mamográfico desnecessário e perda de recursos financeiros, na realização de ultrassonografias com indicação incorreta, além de desperdício dos recursos humanos do sistema de saúde para atender demanda inadequada. O parâmetro estabelecido pelo INCA é de 5% a 12% do total de mamografias realizadas.

No ano de 2023, o Estado do Rio de Janeiro registrou 37.910 exames de mamografia com laudo Birads 0, o que representa 13% do total.

e.1. Percentual de Birads Único

O Birads único é caracterizado pela ocorrência de 95% ou mais de laudos, emitidos por um mesmo prestador, classificados em uma única categoria. No ano de 2023, do total de 87 prestadores do serviço em condições de avaliação, 5 classificaram todos os laudos em uma única categoria Birads.

Tabela 51. Perfil de qualidade dos exames de mamografia realizados na região Baía da Ilha Grande no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)

Prestador de serviço	Birads 0 Parâmetro: 5% a 12%		Birads Único Parâmetro: < 95%				Total
	Categoria 0	%	Categoria 1	%	Categoria 2	%	
Prestador 01	182	8	159	7	1,755	79	2,220
Prestador 02	361	15	2	0	1,718	70	2,452

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Tabela 52 . Perfil de qualidade dos exames de mamografia realizados na região Baixada Litorânea no ano de 2023

Prestador de serviço	Birads 0 Parâmetro: 5% a 12%		Birads Único Parâmetro: < 95%				Total
	Categoria 0	%	Categoria 1	%	Categoria 2	%	
Prestador 01	1,090	1,090	3,093	34	4,438	49	9,082
Prestador 02	271	14	525	27	1,134	58	1,957
Prestador 03	250	14	506	28	997	55	1,800
Prestador 04	156	6	1,257	46	1,069	39	2,755
Prestador 05	199	12	423	25	997	60	1,667
Prestador 06	595	12	405	9	3,692	78	4,763

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Tabela 53. Perfil de qualidade dos exames de mamografia realizados na região Centro Sul no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Prestador de serviço	Birads 0 Parâmetro: 5% a 12%		Birads Único Parâmetro: < 95%				Total
	Categoria 0	%	Categoria 1	%	Categoria 2	%	
Prestador 01	200	14	76	5	1,054	73	1,449
Prestador 02	0	0	394	74	133	25	533

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Tabela 54 . Perfil de qualidade dos exames de mamografia realizados na região Médio Paraíba no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Prestador de serviço	Birads 0 Parâmetro: 5% a 12%		Birads Único Parâmetro: < 95%				Total
	Categoria 0	%	Categoria 1	%	Categoria 2	%	
Prestador 01	69	8	69	8	646	74	870
Prestador 02	332	17	213	11	1,293	67	1,943
Prestador 03	323	13	411	17	1,537	62	2,488
Prestador 04	1,221	21	1,124	19	3,389	59	5,783
Prestador 05	8	14	0	0	44	75	59
Prestador 06	705	26	272	10	1,581	57	2,755
Prestador 07	512	15	384	11	2,070	60	3,435
Prestador 08	970	15	775	12	4,215	67	6,308
Prestador 09	11	21	5	9	31	58	53
Prestador 10	492	30	216	13	890	54	1,649
Prestador 11	193	7	1,491	54	1,058	38	2,761
Prestador 12	122	22	23	4	403	73	554

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Tabela 55 . Perfil de qualidade dos exames de mamografia realizados na região Metropolitana I no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Prestador de serviço	Birads 0 Parâmetro: 5% a 12%		Birads Único Parâmetro: < 95%				Total
	Categoria 0	%	Categoria 1	%	Categoria 2	%	
Prestador 01	11	18	0	0	51	82	62
Prestador 02	62	11	8	1	506	87	580
Prestador 03	0	0	358	100	1	0	359
Prestador 04	267	16	381	22	1,030	60	1,704
Prestador 05	245	3	6,312	69	2,475	27	9,136
Prestador 06	101	3	3,467	94	110	3	3,693
Prestador 07	696	6	4,676	41	5,799	51	11,357
Prestador 08	34	9	2	1	351	90	391
Prestador 09	251	10	348	14	1,755	69	2,533
Prestador 10	78	7	100	8	993	83	1,190
Prestador 11	15	15	29	30	47	48	98
Prestador 12	84	8	51	5	634	62	1,023
Prestador 13	94	10	207	21	640	65	985

Prestador 14	123	7	1,205	67	468	26	1,809
Prestador 15	152	18	156	19	461	56	822
Prestador 16	52	14	30	8	259	71	365
Prestador 17	489	14	385	11	2,692	75	3,589
Prestador 18	0	0	0	0	1,470	100	1,470
Prestador 19	169	15	177	16	554	49	1,127
Prestador 20	143	21	499	73	42	6	684
Prestador 21	3	9	24	73	6	18	33
Prestador 22	3,242	16	537	3	14,700	74	19,779
Prestador 23	0	0	2,236	55	1,760	44	4,035
Prestador 24	937	13	1,380	20	4,373	63	6,947
Prestador 25	522	6	5,860	73	1,641	20	8,082
Prestador 26	2,477	27	538	6	5,100	55	9,231
Prestador 27	26	12	55	26	129	60	215
Prestador 28	1,083	17	1,451	22	3,899	60	6,487
Prestador 29	70	9	292	39	374	50	750
Prestador 30	838	7	2,957	25	7,429	64	11,684
Prestador 31	456	7	4,389	68	1,584	24	6,478
Prestador 32	131	9	1,085	73	212	14	1,480
Prestador 33	153	6	477	18	1,911	74	2,595
Prestador 34	85	7	577	48	535	44	1,205

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Tabela 56: Perfil de qualidade dos exames de mamografia realizados na região Metropolitana II no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Prestador de serviço	Birads 0 Parâmetro: 5% a 12%		Birads Único Parâmetro: < 95%				Total
	Categoria 0	%	Categoria 1	%	Categoria 2	%	
Prestador 01	255	14	144	8	1,266	70	1,804
Prestador 02	288	23	364	29	576	46	1,248
Prestador 03	388	13	39	1	2,502	84	2,989

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Tabela 57. Perfil de qualidade dos exames de mamografia realizados na região Noroeste no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Prestador de serviço	Birads 0 Parâmetro: 5% a 12%		Birads Único Parâmetro: < 95%				Total
	Categoria 0	%	Categoria 1	%	Categoria 2	%	
Prestador 01	160	13	495	41	529	44	1,193
Prestador 02	156	20	146	18	488	62	793

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Tabela 58. Perfil de qualidade dos exames de mamografia realizados na região Norte no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Prestador de serviço	Birads 0 Parâmetro: 5% a 12%		Birads Único Parâmetro: < 95%				Total
	Categoria 0	%	Categoria 1	%	Categoria 2	%	
Prestador 01	581	21	1,001	37	957	35	2,708
Prestador 02	42	9	21	5	322	69	465
Prestador 03	69	4	1,094	68	429	27	1,613
Prestador 04	219	11	481	24	1,240	62	2,003
Prestador 05	106	17	127	21	338	56	608
Prestador 06	1,022	17	1,859	31	2,830	47	6,070
Prestador 07	141	25	65	12	320	57	565

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Tabela 59 . Perfil de qualidade dos exames de mamografia realizados na região Serrana no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Prestador de serviço	Birads 0 Parâmetro: 5% a 12%		Birads Único Parâmetro: < 95%				Total
	Categoria 0	%	Categoria 1	%	Categoria 2	%	
Prestador 01	67	6	0	0	1,113	92	1,205
Prestador 02	147	7	87	4	1,846	87	2,115
Prestador 03	151	19	30	4	519	66	789
Prestador 04	1,437	17	690	8	5,801	70	8,295
Prestador 05	100	17	73	12	382	64	595
Prestador 06	43	9	48	10	361	78	461
Prestador 07	151	8	90	5	1,566	86	1,817
Prestador 08	231	13	208	12	1,262	73	1,723
Prestador 09	1	0	4,531	100	0	0	4,534

O Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM) foi instituído pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em parceria com o Ministério da Saúde, com o objetivo de garantir a qualidade dos exames mamográficos realizados no Brasil. O PNQM tem como meta padronizar os exames mamográficos, garantir que eles atendam aos padrões internacionais de qualidade, e aumentar a precisão do diagnóstico, além de monitorar a competência dos profissionais e dos serviços de imagem envolvidos no processo.

Considerando o papel fundamental na melhoria da qualidade do diagnóstico do câncer de mama, a Área Técnica de Saúde das Mulheres trabalha para que todos os serviços que ofertam o exame de mamografia pelo SUS sejam certificados por esse programa.

Recentemente, o Ministério da Saúde - MS publicou a Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 17/2024 que aprovou o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o câncer de mama. A portaria foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 5 de dezembro de 2024. O PCDT do câncer de mama é um conjunto de parâmetros para o diagnóstico e tratamento da doença. O PCDT do câncer de mama é um marco no cuidado oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS). Ele visa garantir um diagnóstico oportuno, acesso a novos medicamentos e profissionais qualificados. O PCDT tem como objetivo garantir um tratamento mais uniforme e eficiente para todos os pacientes e subsidiarão a organização e condutas dos Núcleos de Gestão e Regulação, que consistem em instâncias regionais responsáveis pela implementação de dispositivos de regulação, compartilhamento de informações entre serviços de saúde, gestão das filas e matriciamento, dentre outras atribuições. Também orientarão profissionais da assistência, somados a outros protocolos de cuidado, para escolha do fluxo de cuidado mais adequado para cada situação.

Com vistas a garantir um tratamento mais homogêneo entre os diferentes UNACONs e CACONs, o Ministério iniciou a migração das antigas DDTs (Diretriz diagnóstica e terapêutica), para um modelo de PCDT (Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica). O PCDT vem no sentido de harmonizar um espectro mínimo de alternativas que estejam acessíveis a todos os centros, de forma a que os procedimentos mapeados como necessários, estejam incorporados. Não se restringem a drogas, mas também procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e laboratoriais.

7.3. Câncer de Próstata

O câncer de próstata é o câncer de maior incidência nos homens (excetuando-se os tumores de pele não melanoma) e o segundo maior em mortalidade por neoplasias na população masculina. Mais do que qualquer outro tipo, é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de 75% dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. A incidência desta neoplasia vem crescendo no Brasil, o que pode ser justificado em parte pela disseminação do Teste Antígeno Prostático Específico - PSA e do toque retal para a investigação e a confirmação diagnóstica do câncer, pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida.

A maioria destes tumores cresce de forma tão lenta que não chega a dar sinais durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem. Alguns, no entanto, podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos, podendo levar à morte.

Tanto o PSA quanto o toque retal têm limitações para identificar corretamente alterações decorrentes do câncer de próstata. Estudos apontam para uma taxa de falsos-positivos entre 11,3% e 19,8% em exames de PSA. Homens com resultado positivo seguirão para a investigação diagnóstica, a qual inclui a realização de biópsia da próstata, que pode produzir danos psicológicos, hematúria (em 31% dos casos), infecção (em 0,9% dos casos) e raramente, óbito.

O tratamento do câncer também está associado a malefícios que podem comprometer a qualidade de vida do homem em decorrência da disfunção sexual erétil, da incontinência urinária e da retite actínica (relacionada à radioterapia).

Estudos demonstraram que apesar do rastreamento ter alguma efetividade em reduzir a mortalidade específica por câncer de próstata, é acompanhado de importantes danos à saúde do homem, associados à investigação, ao sobrediagnóstico (de 1,7% a 67%) e à taxa de sobretratamento (de até 50%).

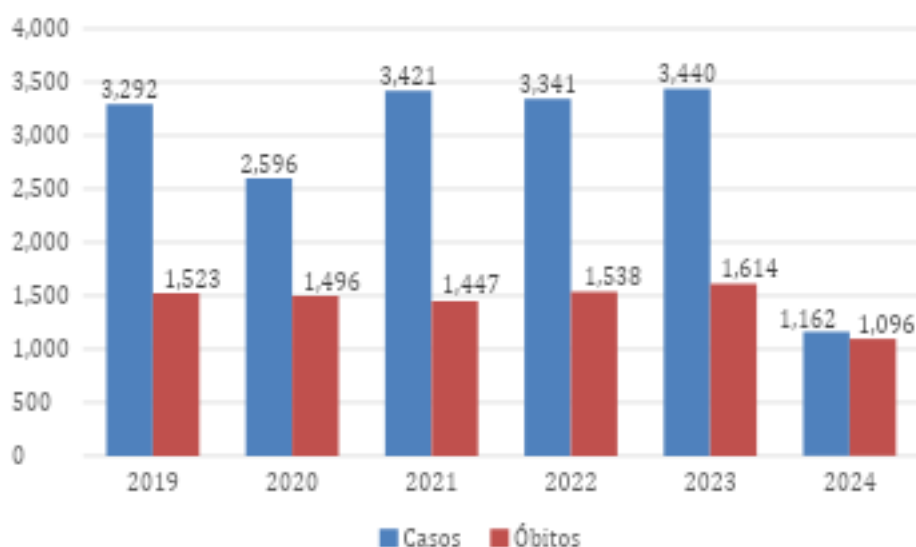
Em função da magnitude dos riscos apresentados, não é recomendado o rastreamento do câncer de próstata, embora se mantenha a recomendação do PSA e do toque retal para investigação e a confirmação diagnóstica dos homens sintomáticos.

“A vigilância ativa, para acompanhar a progressão para um grau mais agressivo da neoplasia, é uma estratégia referida na literatura como uma alternativa para contornar o tratamento excessivo do câncer de próstata e, assim, reduzir danos associados ao sobretratamento.” (INCA, 2021)

A série temporal 2019 a 2023 do estado mostra a queda expressiva no diagnóstico de casos novos de câncer de próstata no período pandêmico, no entanto, sem o mesmo impacto na mortalidade por esta causa. Se observa também uma discreta tendência a elevação no número de

casos e óbitos no período. Segundo as estimativas do INCA para o período 2023-2025, eram esperados 7.930 casos novos de câncer de próstata no estado. Na série abaixo, são contabilizados apenas os casos novos assistidos e registrados nos sistemas de informação do SUS.

Gráfico 10 . Série temporal de casos e óbitos por neoplasia maligna da próstata, estado do Rio de Janeiro, 2019-2024.



Fonte: Painel de Oncologia – Sistema de Informações Hospitalares- SIM/DATASUS, 2024
Os dados de 2023 e 2024 são preliminares.

É significativo o aumento no diagnóstico de casos novos entre 55 a 59 anos quando comparado às faixas etárias anteriores, embora a maior frequência de diagnósticos seja registrada nas faixas entre 65 e 74 anos.

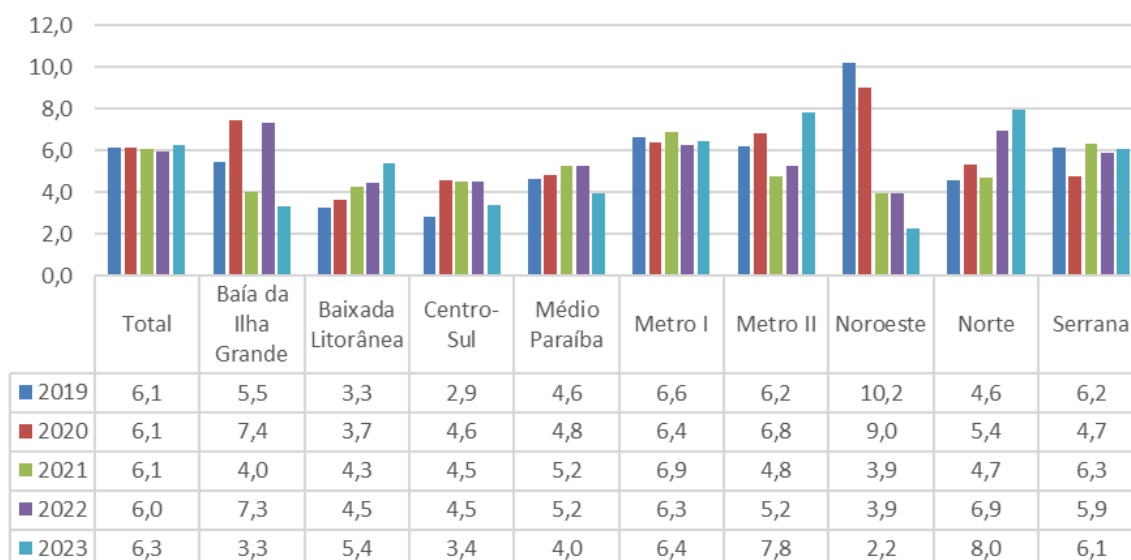
Tabela 60. Série temporal do diagnóstico de casos de câncer de próstata, por faixa etária, no estado do Rio de Janeiro, 2014-2023.

Faixa etária	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2014-2023
< 55 anos	62	91	84	94	122	149	134	162	99	125	
55 a 59 anos	172	187	184	134	239	312	230	298	279	274	
60 a 64 anos	368	331	346	349	458	615	471	550	576	548	
65 a 69 anos	426	497	502	464	696	805	647	806	761	855	
70 a 74 anos	453	459	454	469	573	682	569	805	788	769	
75 a 79 anos	385	337	297	334	457	451	322	506	504	549	
80 anos e mais	222	199	181	201	264	278	223	294	334	320	
Total	2.088	2.101	2.048	2.045	2.809	3.292	2.596	3.421	3.341	3.440	

Fonte: Painel de Oncologia, INCA. Gerado em 10/11/2024.

As taxas de mortalidade específica por câncer de próstata são desiguais entre as regiões de saúde e varia de forma diferente em cada uma delas ao longo do tempo. Nota-se as mais altas taxas nas regiões Centro-Sul, Médio Paraíba e Serrana.

Figura 3. Taxa de Mortalidade Específica (TME) por câncer de próstata, por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2019 a 2023.



Fontes:

Óbitos: Secretaria de Estado de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 29/07/2024.

População: Estimativas da população residente de 2000 a 2021 - pactuada pela SES/RJ, conforme Deliberação CIB-RJ nº 6.250 de 10 de Setembro de 2020.

Notas:

1. Para os anos de 2022 e 2023, adotou-se a população pactuada pela SES/RJ para o ano de 2021, até que sejam disponibilizados novos dados para estes anos.

2. A informação de município/região refere-se ao município/região de residência do falecido.

3. As taxas de mortalidade específica (TME) são apresentadas por 100.000 habitantes; a taxa bruta de mortalidade é apresentada por 1.000 habitantes.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 01/2017 o quantitativo estimado de biópsias de próstata é de 300 biópsias/100.000 habitantes. Para a população masculina SUS exclusiva do estado (6.684.152 hab.) seriam esperadas cerca de 20.052 biópsias de próstata. A produção de biópsias registradas no SIA correspondem a 22% do esperado.

Tabela 61. Produção de exames para diagnóstico do câncer de próstata, estado do Rio de Janeiro, 2019-2024.

Procedimento realizado	2019	2020	2021	2022	2023	2024
0201010410 BIÓPSIA DE PRÓSTATA	2.685	1.590	3.280	2.950	4.374	3.579
0205020100 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	51.215	33.955	50.348	79.180	80.156	62.463
0205020119 ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	6.066	2.778	3.916	3.596	6.134	4.406
0207030057 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA DA PRÓSTATA	-	-	-	-	-	310

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 07/11/2024, sujeitos a retificação. Tabnet SES/RJ. Consulta em 10/11/2024.

Em 2023, foram registrados 3.440 casos novos dessa neoplasia, o que representa 43,4% do esperado, segundo as estimativas do INCA.

7.4. Câncer de Colo de Útero

O Rio de Janeiro é o terceiro estado com o maior número de casos e o primeiro com maior número de óbitos por neoplasia maligna do colo do útero no Brasil. O câncer de colo do útero é a quinta causa definida de mortalidade relacionada à oncologia na população feminina, excetuando-se o câncer de pele não melanoma.

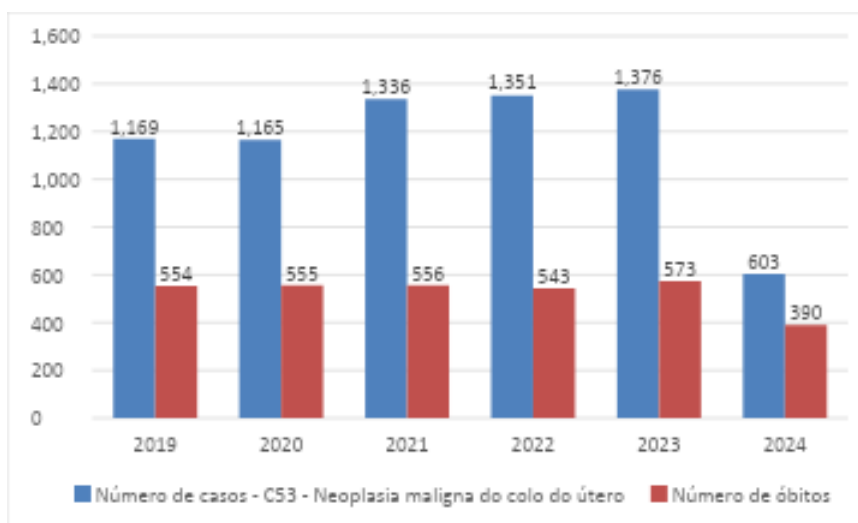
O Papilomavírus Vírus Humano (HPV) é a principal causa do câncer de colo do útero, sendo responsável por quase todos os casos da doença. O HPV é uma infecção sexualmente transmissível muito comum e, na maioria das vezes, não causa doença. No entanto, em alguns casos, o vírus pode causar alterações celulares que podem evoluir para o câncer. Os tipos 16 e 18 do HPV são os responsáveis por 70% dos casos de câncer de colo do útero. A vacina contra o HPV é a principal forma de prevenção da doença.

Na Figura , apresenta-se a série histórica de casos e óbitos por neoplasia maligna do colo do útero no estado, entre os anos de 2019 e 2024.

No período entre 2019 e 2023, se pode observar o aumento progressivo no registro da incidência de casos (33,1%), embora o número de óbitos tenha tido um crescimento de apenas 3,4%. A redução dos diagnósticos no período pandêmico, verificada em outros tipos, não foi observada nos registros de casos de câncer de colo de útero.

Em 2023, 1.404 casos novos de câncer de colo de útero, assistidos e registrados nos sistemas de informação do SUS, corresponderam a 91,7% de todos os casos novos esperados para o ano (1.540), no SUS do estado.

Gráfico 11 . Série temporal de casos e óbitos por neoplasia maligna do colo do útero, 2019-2024.



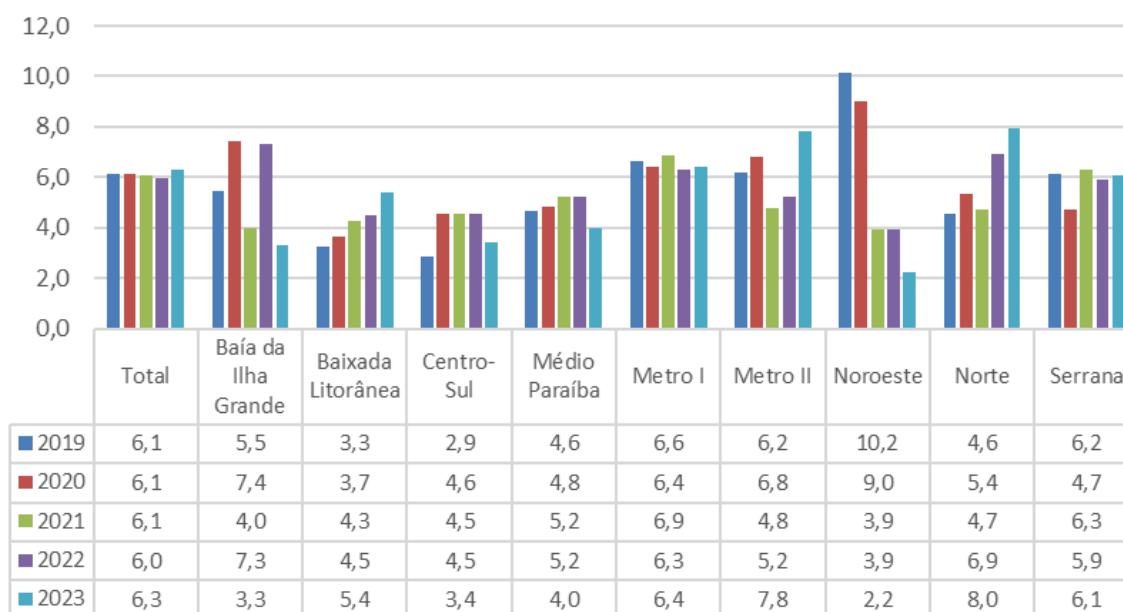
Fonte: Painel Oncologia, eSES/SIM/SUS 2024

Na série temporal 2019-2023, se observa o aumento do registro de casos novos em todas as faixas etárias acima dos 30 anos, variando de 14,8% a 91,4% nas faixas de maior incidência (30 a 69 anos). A faixa etária entre 65 e 69 anos apresentou o maior aumento da incidência no período. Em 2023, as faixas etárias entre 35 e 59 anos concentraram o maior número de casos novos, especialmente, entre 40 e 44 anos.

Tabela 62. Série temporal do diagnóstico de casos de câncer de colo do útero, por faixa etária, no estado do Rio de Janeiro, 2019-2023.

Faixa etária	2019	2020	2021	2022	2023
0 a 19 anos	1	1	2	0	0
20 a 24 anos	13	14	7	13	11
25 a 29 anos	51	53	54	66	53
30 a 34 anos	86	112	120	111	138
35 a 39 anos	108	140	157	171	167
40 a 44 anos	146	160	187	181	184
45 a 49 anos	142	144	128	158	163
50 a 54 anos	112	117	144	135	155
55 a 59 anos	129	138	137	142	155
60 a 64 anos	107	103	126	149	123
65 a 69 anos	70	97	129	97	134
70 a 74 anos	44	48	75	78	64
75 a 79 anos	30	32	40	34	30
80 anos e mais	16	26	41	25	27
Total	1.055	1.185	1.347	1.360	1.404

Figura 4. Série temporal da TME por neoplasias malignas do colo do útero, segundo região de Saúde, estado do Rio de Janeiro, 2019-2023



O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Segundo a Organização Mundial de Saúde, com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média de 60% a 90% a incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WHO, 2002).

A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência de câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura e seguimento das mulheres (WHO, 2008). O teste de Papanicolaou requer uma estrutura de laboratório, com controle de qualidade interno e externo, treinamento de alta qualidade e educação continuada dos profissionais para garantir a eficiência e um sistema de comunicação dos resultados para a mulher.

O diagnóstico precoce do câncer de colo de útero é uma estratégia que possibilita terapias mais simples e efetivas, ao contribuir para o menor estadiamento de apresentação do câncer. Por essa razão, o conceito de diagnóstico precoce é por vezes nomeado de *down-staging* (WHO, 2007).

É importante que a população em geral e os profissionais de saúde reconheçam os sinais de alerta dos cânceres mais comuns, passíveis de melhor prognóstico, se descobertos no início. A detecção precoce pode salvar vidas, reduzir a morbidade associada ao curso da doença e diminuir custos do sistema de saúde relacionados ao tratamento das doenças e depende de ser estruturada na atenção à saúde, com a definição clara de suas estratégias, e a efetiva incorporação de seus princípios técnicos e operacionais pelos profissionais de saúde. A incidência e a mortalidade pelo câncer do colo do útero podem ser reduzidas por meio de programas organizados de rastreamento. A redução expressiva observada na morbimortalidade em países desenvolvidos é atribuída aos programas de rastreamento de base populacional implantados, a partir de 1950 e 1960 (WHO, 2008).

De acordo com os parâmetros do INCA, o rastreamento do câncer de colo de útero é preconizado na população feminina assintomática entre 25 e 64 anos, que tenham tido atividade sexual.

“As alterações celulares no colo do útero podem ser identificadas por meio do exame citopatológico, ainda na fase pré-clínica. Nessa fase, as medidas de prevenção secundária, como a identificação das lesões precursoras por meio do rastreamento, da confirmação diagnóstica e do tratamento, tornam-se efetivas ao inibir a progressão da doença, com medidas mais simples, em nível ambulatorial.” (INCA, 2021)

A estratégia adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero é a realização trienal do exame citopatológico cervico-vaginal/microflora por todas as mulheres assintomáticas na faixa etária preconizada, após dois exames negativos com intervalo de um ano entre eles. A cobertura de rastreamento deve atingir pelo menos 80% da população alvo. O diagnóstico precoce do câncer é realizado por meio do mesmo exame.

Na Tabela seguinte, se observa uma importante redução da produção SUS de exames citopatológicos em 2020, que, como já mencionado anteriormente, é possivelmente decorrente da pandemia de Covid-19. A partir de 2021, a produção dos exames com fins de rastreamento vem aumentando, sendo que de forma mais significativa em 2023.

Tabela 63. Produção de exames para rastreamento e diagnóstico do câncer de colo de útero, estado do Rio de Janeiro, 2019-2024.

Fx Etária/Procedimento realizado	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Mulheres entre 25 e 64 anos						
0203010086 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora- Rastreamento	78.424	59.084	136.037	166.447	432.230	179.934
Todas as faixas etárias						
0203010019 Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora	284.654	135.658	172.036	172.379	181.416	93.686
0211040029 Colposcopia	7.221	4.621	6.080	7.398	13.125	7.218
0201010666 Biópsia do colo uterino	1.491	901	1.315	1.728	2.411	1.635
0203020081 Exame anatomopatológico do colo uterino - Biopsia	1.361	737	1.020	829	963	371
Total	290.938	158.778	252.653	278.930	546.818	246.238

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais - SIASUS. Tabnet SES/RJ. Consulta em: 23/11/2024. Resultados de 2023 e 2024 são preliminares.

*janeiro a junho de 2024

Para avaliação da cobertura de exames citopatológicos, é considerado que $\frac{1}{3}$ (33,3%) da população-alvo deva ser convocada por ano. O indicador ‘Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos’ é utilizado para esse monitoramento.

Em 2023, a população feminina total do estado, entre 25 e 64 anos, era composta por szx

Tabela 64. Série temporal do indicador ‘Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos’, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro.

Região de Saúde	2019	2020	2021	2022	2023
Baía da Ilha Grande	0,47	0,25	0,34	0,34	0,44
Baixada Litorânea	0,32	0,18	0,39	0,41	0,46
Centro-Sul	0,51	0,31	0,33	0,43	0,43
Médio Paraíba	0,48	0,29	0,31	0,38	0,5
Metropolitana I	0,08	0,05	0,08	0,08	0,3
Metropolitana II	0,2	0,1	0,13	0,14	0,22
Noroeste	0,32	0,15	0,3	0,33	0,34
Norte	0,35	0,13	0,29	0,31	0,37
Serrana	0,36	0,17	0,31	0,33	0,36
Total	0,18	0,09	0,15	0,17	0,32

Fontes:

Produção ambulatorial: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS/MS

Dados de 2023 são preliminares, com situação da base nacional em 07/11/2024, sujeitos a retificação.

População: Estimativas da população residente de 2000 a 2021 - pactuada pela SES/RJ, conforme

Deliberação CIB-RJ nº 6.250 de 10 de setembro de 2020. Para os anos de 2022 e 2023, adotou-se a população pactuada pela SES/RJ para o ano de 2021, até que sejam disponibilizados novos dados para estes anos.

Para o cálculo da necessidade de oferta dos exames, deve ainda se considerar que mais 6% das mulheres farão o segundo exame (correspondem àquelas com exame normal sem histórico de exames anteriores) e que 1,2% dos resultados de exames sejam insatisfatórios ou rejeitados devendo o exame de rastreamento ser repetido. Portanto, mais 7,2% da população-alvo serão também acrescidas ao total do rastreamento.

É importante atentar que, no resultado do exame de rastreamento, cerca de 2,8% das mulheres rastreadas apresentarão Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (LSIL) ou Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASC-US) e devem repetir o exame citopatológico para investigação diagnóstica; que aproximadamente 2% necessitarão de investigação colposcópica e 0,4% necessitarão de exames citopatológicos após colposcopia.

Após a conclusão da investigação diagnóstica, 0,7% das mulheres rastreadas e com resultado normal/benigno ou neoplasia intraepitelial no exame histopatológico necessitam realizar acompanhamento citológico e cerca de 7,2% de exames citopatológicos seriam necessários para o seguimento das mulheres após tratamento da lesão precursora.

Segundo esses parâmetros e utilizando-se a população-alvo de 2023 para a base de cálculo, se estima para investigação diagnóstica e seguimento pós tratamento que: 46.890 mulheres com resultado no rastreamento de LSIL ou ASC-US, repetirão o citopatológico; 1.340 farão citopatológico após colposcopia; 11.723 mulheres farão acompanhamento por citopatológico após histopatológico; e 3.376 mulheres farão citopatológicos para seguimento pós tratamento, totalizando 63.329 exames

citopatológicos necessários no ano. Para a mesma população-alvo, seriam necessárias 46.890 colposcopias.

Em 2023, a cobertura de colposcopias foi 28% da esperada, portanto insuficiente para atender à demanda, enquanto a produção de exames citopatológicos (181.416) foi 2,86 vezes maior que a esperada (63.329) para atender aos exames citopatológicos necessários para investigação diagnóstica e seguimento pós-tratamento, sugerindo suficiência.

O câncer do colo do útero possui história natural bem conhecida e tem como causa básica a infecção pelo papilomavírus humano (HPV).

As principais formas de prevenção do câncer de colo de útero são a vacina contra o HPV, o exame citopatológico de rastreamento e o uso de preservativo em todas as relações sexuais.

Em 2024, foi publicada a Portaria SECTICS/MS nº 3, de 07 de março de 2024, que incorpora os testes moleculares para detecção de HPV oncogênico (DNA-HPV), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e estabelece o prazo máximo de 180 dias para efetivar a sua oferta no SUS. Recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a testagem é considerada o padrão ouro para detecção do câncer de colo de útero e integra as estratégias para eliminação do câncer do colo de útero como problema de saúde pública até 2030. A incorporação foi avaliada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), que considerou a tecnologia mais precisa que a já ofertada no SUS.

7.4.1. Cobertura Vacinal HPV – Coorte 2017 a 2023.

O Papillomavirus Humano (HPV) é um grupo de vírus muito comum no mundo. Existem mais de 100 tipos de HPV, dos quais pelo menos 14 são cancerígenos (também conhecidos como tipos de alto risco). O HPV é transmitido principalmente por contato sexual. A maioria das pessoas é infectada logo após o início da atividade sexual. Dois tipos de HPV (16 e 18) causam 70% dos cânceres do colo do útero e lesões pré-cancerosas. Também há evidências científicas que relacionam o HPV com cânceres do ânus, vulva, vagina, pênis e orofaringe. Segundo a OPAS, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais frequente em mulheres que vivem em regiões menos desenvolvidas do mundo.

O controle abrangente do câncer do colo do útero inclui prevenção primária (vacinação contra o HPV), prevenção secundária (triagem e tratamento de lesões pré-cancerosas exame Papanicolau), prevenção terciária (diagnóstico e tratamento do câncer invasivo do colo do útero) e cuidados paliativos. A vacina não previne infecções por todos os tipos de HPV, mas é dirigida para os tipos mais frequentes: 6, 11, 16 e 18. Triagem e tratamento de lesões pré-cancerosas em mulheres é uma maneira custo-efetiva de prevenir o câncer do colo do útero.

Ensaio clínicos e vigilância pós-comercialização mostraram que as vacinas contra o HPV são muito seguras e muito eficazes na prevenção de infecções por HPV. O câncer do colo do útero pode ser curado se diagnosticado precocemente.

7.4.2..Indicadores de Imunização

A vacina quadrivalente contra o HPV foi introduzida no calendário nacional de vacinação da criança e do adolescente em 2014, e atualmente teve sua faixa etária de administração ajustada pelo PNI/MS para 09 a 14 anos (meninas e meninos), no esquema de 02 doses. Em 2014, o Ministério da Saúde introduziu a vacina HPV quadrivalente no Sistema Único de Saúde (SUS) para adolescentes do sexo feminino, a estratégia foi ampliada gradativamente para outras faixas etárias e também para os meninos em 2017. Ela também é ofertada em situações especiais na faixa etária de 09 a 45 anos para homens e mulheres convivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea e pacientes oncológicos, no esquema de 03 doses. No caso da vacina HPV, o total de vacinados é considerado desde a sua introdução em 2014 até os dias atuais, sendo um acumulado de doses para o público alvo dentro da faixa etária da vacina, considerando uma coorte de vacinados, conforme tabelas abaixo:

A vacina induz uma resposta imune mais robusta quando administrada em meninas e meninos entre os 09 e 14 anos de idade. Além disso, a administração da vacina no público mais jovem garante que meninos e meninas já estejam protegidos contra o HPV antes do início da atividade sexual. Isso contribui para reduzir a transmissão do vírus entre as pessoas, possibilitando em longo prazo a erradicação de doenças como o câncer de colo de útero. Conforme Figura 5

Figura 5: Cobertura Vacinal HPV de 9 a 15 anos de 2017 a 2023

BOLETIM INFORMATIVO DE IMUNIZAÇÃO							
Quadro 1 - Cobertura vacinal (CV) com a primeira e a segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente para coorte de meninas na faixa etária de 9 a 15 anos de idade. ERJ, 2017 a 2023.							
Cobertura vacinal (CV) com a primeira e a segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente para coorte de meninas na faixa etária de 9 a 15 anos de idade. ERJ, 2017 a 2023.							
Idade	População	Primeira dose (D1)* (POP e doses até 14 anos)			Segunda dose (D2) (POP e doses até 15 anos)		
		Doses acumuladas	CV (%)	Não vacinadas	Doses acumuladas	CV (%)	Não vacinadas
9	107.686	47.468	44,08	60.218	13.943	12,95	93.743
10	103.136	55.003	53,33	48.133	28.255	27,40	74.881
11	103.136	62.000	60,11	41.136	37.912	36,76	65.224
12	103.136	69.383	67,27	33.753	44.598	43,24	58.538
13	103.136	68.314	66,24	34.822	50.597	49,06	52.539
14	103.324	76.511	74,05	26.813	55.274	53,50	48.050
15	111.568				62.383	55,91	49.185
Total	623.554	378.679	60,73	244.875	292.962	39,85	442.160
Quadro 2 - Cobertura vacinal (CV) com a primeira e a segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente para coorte de meninos na faixa etária de 9 a 15 anos de idade. ERJ, 2017 a 2023.							
Cobertura vacinal (CV) com a primeira e a segunda dose (D1 e D2) da vacina HPV quadrivalente para coorte de meninos na faixa etária de 09 a 15 anos de idade. ERJ, 2017 a 2023.							
Idade	População	Primeira dose (D1) (POP e doses até 14 anos)			Segunda dose (D2) (POP e doses até 15 anos)		
		Doses acumuladas	CV (%)	Não vacinadas	Doses acumuladas	CV (%)	Não vacinadas
9	112.819	29.703	26,33	83.116	3.998	3,54	108.821
10	107.819	52.254	48,46	55.565	8.535	7,92	99.284
11	107.819	59.886	55,54	47.933	17.047	15,81	90.772
12	107.819	48.542	45,02	59.277	25.301	23,47	82.518
13	107.819	50.539	46,87	57.280	31.387	29,11	76.432
14	107.991	53.768	49,79	54.223	35.448	32,82	72.543
15	115.990			115.990	36.528	31,49	79.462
Total	652.086	294.692	45,19	357.394	158.244	20,60	609.832
Fontes dos quadros 1 e 2: Atualização do painel em 09/04/2024, com dados contidos no TABNET e na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) até 08/04/2024. *Para o ano de 2023, na dose D1, não são considerados a população de 15 anos pois não se deve iniciar o esquema nesta faixa etária. Mas se completa esquema vacinal, por isso, são consideradas na dose D2.							

7.4.3. Método

Os dados da vacinação são registrados em tempo real, no sítio eletrônico e-SUS APS para a unidade de saúde da Atenção Primária e no Sistema de Informação do PNI para os demais estabelecimentos que realizam vacinação. Diante disso, é possível o acompanhamento da vacinação HPV por unidade da Federação, município, sexo, faixa etária e dose. A partir de 2016, o Ministério da Saúde adotou como metodologia de avaliação das coberturas de vacinação contra HPV o cálculo por coortes etárias. Esta forma de cálculo considera doses acumuladas desde o ano de implantação da vacina para cada coorte, considerando o fato de que a mesma coorte pode ser vacinada em anos posteriores à primeira dose. Para verificar a situação vacinal atualizada no Brasil, em todas as faixas de idade, para situação vacinal com HPV quadrivalente em 2022, considera-se o esquema a seguir: (i) Meninas vacinadas com 9 anos = aquelas que foram vacinadas com 9 anos em 2022; (ii) Meninas vacinadas com 10 anos = aquelas que foram vacinadas com 10 anos em 2022 + aquelas que foram vacinadas com 9 anos em 2021; (iii) Meninas vacinadas com 11 anos = aquelas que foram vacinadas com 11 anos em 2022 + aquelas que foram vacinadas com 10 anos em 2021 + aquelas que foram vacinadas com 9 anos em 2020; Realiza-se esse procedimento para as faixas etárias de meninas e meninos, tanto para D1 quanto para D2, conforme Tabela 1.

Tabela 65. Doses acumuladas com a vacina HPV para a população por sexo, Brasil, 2024.

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	
2013							
2014							
2015							
2016							
2017	9 anos						
2018	9 anos	10 anos					
2019	9 anos	10 anos	11 anos				
2020	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos			
2021	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos		
2022	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	
							Total
Doses acumuladas	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	9 a 14 anos
População	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	9 a 14 anos
CV%	%	%	%	%	%	%	%

Fonte: Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações/CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Nota: Ilustrado: cada cor das células na linha “Ano” e na coluna “Idade” corresponde a soma das doses que compõe a linha “Doses acumuladas” identificada em cada idade pela mesma cor na idade correspondente pontualmente

Para o denominador utilizou-se a população de meninas e meninos em cada idade, estimada pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação-Geral de Informação e Análises Epidemiológicas (CGIAE). A última estimativa foi disponibilizada por sexo e faixa etária em 2022, IBGE. Como fonte de dados para o cálculo da coorte foram utilizadas informações do SIPNI.

Tabela 66: Doses acumuladas com a vacina HPV para a população feminina, 9-15 anos, ERJ, 2023.

TABELA 2. Doses acumuladas com a vacina HPV (D1) para a população feminina de 9 a 15 Anos, Estado Rio de Janeiro, 2023.

Doses Acumuladas Meninas (D1) ERJ, 2014 a 2023.							
Ano	D1 9 anos	D1 10 anos	D1 11 anos	D1 12 anos	D1 13 anos	D1 14* anos	D1 15* anos
2023	47.468	14.052	7.815	4.446	2.933	2.367	378
2022	40.951	12.781	9.984	4.796	2.817	2.042	107
2021	41.404	13.396	11.004	5.018	2.810	1.895	104
2020	41.557	15.055	15.561	7.737	4.121	2.956	193
2019	34.526	13.179	9.182	5.047	3.465	2.231	147
2018	37.569	13.920	11.101	8.242	6.369	3.731	283
2017	54.750	24.607	22.056	25.097	22.824	8.422	2.793
2016	59.615	24.096	18.812	13.363	8.532	474	192
2015	84.028	74.874	60.489	12.301	7.210	448	248
2014	92	1.143	121.117	113.380	123.212	1.036	417
2013	-	4	5.875	4.974	4.532	4.191	4.453
Doses Acumuladas	47.468	55.003	62.000	69.383	68.314	76.511	90.819
Pop	107.686	103.136	103.136	103.136	103.136	103.324	111.568
CV	44,08	53,33	60,11	67,27	66,24	74,05	81,40
Não vacinados	60.218	48.133	41.136	33.753	34.822	26.813	20.749

TABELA 3. Doses acumuladas com a vacina HPV (D2) para a população feminina de 9 a 19 anos, Estado Rio de Janeiro, 2023.

Doses Acumuladas Meninas (D2) ERJ, 2014 a 2023.							
Ano	D2 9 anos	D2 10 anos	D2 11 anos	D2 12 anos	D2 13 anos	D2 14 anos	D2 15 anos
2023	13.943	16.231	9.519	5.409	3.361	2.673	1.067
2022	12.024	14.801	9.872	5.728	3.261	2.348	949
2021	13.592	17.042	12.012	7.349	4.102	2.900	1.428
2020	12.275	16.726	12.673	8.776	5.098	3.721	1.966
2019	12.770	15.848	9.290	5.967	4.061	3.353	1.280
2018	13.470	16.413	10.775	9.358	8.029	6.587	2.008
2017	20.387	25.324	16.278	17.087	16.097	9.994	1.719
2016	20.247	23.408	21.146	18.003	11.610	3873	575
2015	17.180	34.459	46.764	24.876	17.579	6953	617
2014	55	141	39.650	65.697	69.981	21.323	368
2013	-	-	2.999	2.478	2.330	2.193	2.574
Doses Acumuladas	13.943	28.255	37.912	44.598	50.597	55.274	62.383
Pop	107.686	103.136	103.136	103.136	103.136	103.324	111.568
CV	12,95	27,40	36,76	43,24	49,06	53,50	55,91
Não vacinados	93.743	74.881	65.224	58.538	52.539	48.050	49.185

Fontes das tabelas 2 e 3: Atualização do painel em 09/04/2024, com dados contidos no TABNET e na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDs) até 08/04/2024.

Tabela 67: Doses acumuladas com a vacina HPV para a população masculina, 9-15 anos, ERJ, 2023.

TABELA 4. Doses acumuladas com a vacina HPV (D1) para a população masculina de 9 a 19 anos, Estado Rio de Janeiro, 2023.

Doses Acumuladas Meninos (D1) ERJ, 2014 a 2023.							
Ano	D1 9 anos	D1 10 anos	D1 11 anos	D1 12 anos	D1 13 anos	D1 14* anos	D1 15* anos
2023	29.757	22.611	30.369	10.629	5.599	3.855	349
2022	6.977	7.111	32.537	9.345	4.604	3.063	75
2021	450	720	32.703	10.194	4.957	3.672	76
2020	1.068	1.510	31.446	13.238	7.440	4.829	95
2019	766	2.566	25.837	12.470	7.242	4.884	239
2018	1.085	1.052	27.435	18.348	11.905	8.098	561
2017	2.189	1.930	33.545	65.009	57.563	20.548	3.953
2016	1.341	1.366	1.444	1.085	715	45	12
2015	219	205	855	302	220	30	15
2014	2	0	2.290	2.034	2.095	0	15
Doses Acumuladas	29.757	29.588	37.930	44.954	49.923	53.750	50.685
Pop	112.819	107.819	107.819	107.819	107.819	107.991	115.990
CV	26,4	27,4	35,2	41,7	46,3	49,8	43,7
Não vacinados	83.062	78.231	69.889	62.865	57.896	54.241	65.305

TABELA 5. Doses acumuladas com a vacina HPV (D2) para a população masculina de 9 a 19 anos, Estado Rio de Janeiro, 2023.

Doses Acumuladas Meninos (D2) ERJ, 2014 a 2023.							
Ano	D2 9 anos	D2 10 anos	D2 11 anos	D2 12 anos	D2 13 anos	D2 14 anos	D2 15 anos
2023	3.998	8.304	16.398	14.292	7.198	5.038	2.139
2022	231	473	10.289	12.335	6.343	4.399	1.881
2021	176	485	10.939	13.194	7.449	5.212	2.542
2020	235	681	9.700	12.538	7.645	5.859	3.034
2019	234	716	8.631	11.986	8.408	6.391	3.219
2018	457	909	9.856	18.523	15.226	12.810	5.438
2017	463	971	4.036	11.396	16.616	10.274	1.652
2016	109	200	391	405	373	229	57
2015	23	54	348	446	392	227	16
2014	0	0	352	751	1.042	83	0
Doses Acumuladas	3.998	8.535	17.047	25.301	31.387	35.448	36.528
Pop	112.819	107.819	107.819	107.819	107.819	107.991	115.990
CV	3,5	7,9	15,8	23,5	29,1	32,8	31,5
Não vacinados	108.821	99.284	90.772	82.518	76.432	72.543	79.462

Fontes das tabelas 4 e 5: Atualização do painel em 09/04/2024, com dados contidos no TABNET e na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDs) até 08/04/2024.

7.4.4.Resultados:

Para o estado do Rio de Janeiro, de acordo com os dados contidos na Rede Nacional de Dados em Saúde, no período de 2013 a 2023, foram registradas 2.278.417 doses de vacinas contra HPV na faixa etária de 9 a 15 anos de idade, para a população feminina, sendo 1.374.397 de primeiras doses e 904.020 de segundas doses. Em relação ao ano de implantação da vacina (2014), houve uma redução em relação aos demais anos do período observado com a 1ª e a 2ª doses. Na população masculina, o início da recomendação da vacinação se dá a partir do ano de 2017, e foi gradativamente ampliando a faixa etária de recomendação da vacina, até alcançar a mesma faixa etária recomendada para a população feminina no ano de 2022. Na população masculina, no período de 2017 a 2023 foram registradas 1.030.403 doses de vacina contra o HPV. Sendo 703.686 para primeiras doses e 306.717 para segundas doses. Com a amplificação da faixa etária, observou-se uma maior adesão na vacinação desta população a partir dos anos de 2022 e 2023.

7.4.5.Recomendações

É preciso intensificar as estratégias para a vacinação em escolas e reforçar as campanhas de esclarecimentos sobre os benefícios da imunização contra o HPV para homens e mulheres. Bem como, priorizar estratégias para o monitoramento das notícias falsas sobre vacinas nas redes sociais com contrainformação positiva com linguagem clara e acessível Considerando as barreiras de acesso aos serviços de saúde inerentes à população adolescente, é necessário que os gestores organizem os serviços com tempo, consistência e criatividade indispensáveis para a respectiva faixa etária, para incrementar a vacinação não somente contra o HPV, mas também com as outras vacinas que fazem parte do seu calendário. (BRASIL, 2019)

Ressalta-se que a adesão para a vacina HPV segue bastante prejudicada em todo o país desde o ano de 2014, quando ocorreu uma série de notícias falsas (*fake news*) a respeito de eventos neurológicos graves relacionados à administração da vacina em adolescentes do sexo feminino.

7.4.6.Rastreamento do Câncer do Colo do Útero no Estado do Rio de Janeiro.

O rastreamento do câncer do colo do útero se baseia na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e adenocarcinoma in situ), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer.

O principal método para o rastreamento do câncer do colo do útero é o exame Citopatológico do colo do útero. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (WHO, 2002). Em países onde o rastreamento alcança as taxas preconizadas, mostra que a incidência do

câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres (WHO, 2007).

Existem diversas experiências, em países desenvolvidos, apontando a redução tanto a incidência quanto da mortalidade por câncer do colo do útero após a introdução de programas organizados de rastreamento. Uma expressiva redução na morbimortalidade pela doença foi alcançada nos países desenvolvidos após a implantação de programas de rastreamento de base populacional a partir de 1950 e 1960 (WHO, 2002).

A atual diretriz Brasileira para o rastreamento do câncer do colo do útero apresenta o exame citopatológico como método de rastreio, que deve ser oferecido às mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero, na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual (BRASIL, 2016). Isso pode incluir homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer. (CONNOLLY, HUGHES, BERNER; 2020; WHO, 2021).

As diretrizes brasileiras priorizam essa faixa etária como população-alvo com a justificativa de haver maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de intervenção terapêutica efetiva, evitando assim a evolução ao câncer. Segundo a OMS, a incidência deste câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dado a sua lenta evolução (INCA, 2016; 2021). A periodicidade do rastreamento é preconizada a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (BRASIL, 2016). Essa forma de rastreamento tem como base as recomendações da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado, que evidenciam que o rastreamento anual não é significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos (WHO, 2007)

O exame citopatológico do colo do útero é considerado um exame de alta sensibilidade e quando realizado corretamente, tem uma excelente capacidade de detectar lesões precoces e prevenir o câncer cervical, entretanto a qualidade desse exame depende de uma combinação de fatores, que inicia na coleta correta da amostra, o processo laboratorial e a interpretação qualificada. A adequabilidade da amostra no exame citopatológico é um critério fundamental para garantir que os resultados do exame sejam confiáveis e representativos da lesão ou condição a ser investigada. Para ser considerada adequada, a amostra precisa contém células suficientes e representativas da área ou da lesão em questão, o que permite uma avaliação diagnóstica precisa.

No ano de 2023, o Estado do Rio de Janeiro teve 3.144 amostras coletadas consideradas insatisfatórias, o que representa 1% do total.

A fim de qualificar a coleta das amostras, a Área Técnica de Saúde das Mulheres, em parceria com o Instituto Fernandes Figueira, promoveu no ano de 2023, curso direcionado aos profissionais

envolvidos diretamente nessa atividade. Foram ofertadas duas turmas, com alunos dos municípios da região Metropolitana II e da região Serrana. Observando os dados dessas regiões do ano anterior e do ano posterior à participação no curso, podemos perceber que o número de amostras consideradas insatisfatórias decaiu, enfatizando a efetividade do curso.

Tabela 68 . Adequabilidade da amostra entre os anos 2022 e 2024 da turma 1, registrado no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Adequabilidade da Amostra			
Turma 1	2022	2023	2024
Total de exames realizados	22.129	33.918	24.538
Rejeitada Identificação da Lâmina	50	12	10
Rejeitada Lâmina Danificada	17	5	1
Rejeitada Causas Alheias ao Laboratório	0	0	0
Rejeitada Outras Causas	18	4	0
Insatisfatória Material Acelular	147	64	33
Insatisfatória Presença de Sangue	163	65	42
Insatisfatória Presença de Piócitos	186	43	33
Insatisfatória Presença de Artefatos de Dessecamento	98	48	84
Insatisfatória Presença de Contaminantes Externos	2	0	2
Insatisfatória Presença de Superposição Celular	97	24	20
Insatisfatória Outras Causas	114	54	27
Rejeitadas + Insatisfatórias	892	319	252

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Tabela 69. Adequabilidade da amostra entre os anos 2022/2024 da turma 2, registrado no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Adequabilidade da Amostra			
Turma 2	2022	2023	2024
Total de exames realizados	23.427	29.062	20.847
Rejeitada Identificação da Lâmina	27	35	23
Rejeitada Lâmina Danificada	3	2	1
Rejeitada Causas Alheias ao Laboratório	5	5	2
Rejeitada Outras Causas	17	0	1
Insatisfatória Material Acelular	30	21	18
Insatisfatória Presença de Sangue	8	4	5
Insatisfatória Presença de Piócitos	2	6	7
Insatisfatória Presença de Artefatos de Dessecamento	114	218	87
Insatisfatória Presença de Contaminantes Externos	3	13	10
Insatisfatória Presença de Superposição Celular	2	2	0
Insatisfatória Outras Causas	1	0	0
Rejeitadas + Insatisfatórias	212	306	154

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

O processo laboratorial e a interpretação da amostra são de responsabilidade do estabelecimento prestador do serviço. O Sistema de Informação do Câncer - SISCAN foi desenvolvido

pelo Ministério da Saúde com o objetivo de registrar e monitorar o desempenho das ações de rastreamento para o câncer de mama e para o câncer de colo do útero, como a coleta de exames e a gestão dos resultados, além de fornecer dados sobre a cobertura e a qualidade das ações de prevenção no âmbito do SUS. Com base nas informações registradas nesse sistema é possível promover a avaliação dos indicadores de qualidade dos exames de mamografia e de citopatológico do colo do útero, estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

A Área Técnica de Saúde das Mulheres da SES-RJ trabalha na ampliação da cobertura da implantação do SISCAN no estado do Rio de Janeiro, de modo a obter dados cada vez mais próximos do real. Atualmente, a cobertura da implantação do SISCAN é de 95% para o exame citopatológico do colo do útero e de 92% para o exame de mamografia.

Sobre o exame citopatológico do colo do útero, no ano de 2023, o estado do Rio de Janeiro apresentou 40 prestadores de serviço com registro de produção no SISCAN, possibilitando a avaliação dos indicadores de qualidade do exame realizados por esses estabelecimentos.

Os indicadores de qualidade do exame citopatológico do colo do útero estabelecidos pela portaria MS Nº 3.388 de 2013, a serem avaliados no monitoramento interno de qualidade são: índice de positividade, proporção de exames compatíveis com atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) entre exames citopatológicos, proporção de exames compatíveis com atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) entre exames alterados, razão entre atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) e lesões intraepiteliais escamosas (SIL) do colo do útero, percentual de exames compatíveis com lesão intraepitelial escamosa de alto grau.

7.4.7. Índice de Positividade:

Mede a capacidade de detecção de lesões precursoras do câncer do colo do útero (lesões de alto grau – HSIL), o que representa o principal objetivo do rastreamento da população alvo (mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, que já tiveram relação sexual). É calculado pela fórmula (número de exames alterados por ano/número de exames satisfatórios) x 100.

Dos 40 estabelecimentos com possibilidade de avaliação, 27% apresentaram o índice de positividade abaixo de 2% das amostras, o que é classificado como Muito Baixo. E, 18% apresentaram o índice entre 2% e 2,9%, o que é classificado como baixo.

Esses estabelecimentos encontram-se em cinco regiões do Estado: Médio Paraíba, Norte, Baixada Litorânea, Metropolitana I e Metropolitana II.

7.4.8. Proporção de exames compatíveis com atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) entre exames citopatológicos:

É calculado pela fórmula (número de ASC/número de exames satisfatórios) x 100. Percentuais elevados de ASC sugerem problemas na amostra, na análise laboratorial ou em ambas as fases. Representa um ônus para a mulher e para a rede assistencial, pois acarreta a necessidade da oferta

de um maior número de exames destinados à repetição para melhor investigação diagnóstica ou o encaminhamento desnecessário à colposcopia.

Dos 40 estabelecimentos com possibilidade de avaliação, 15% apresentam desempenho fora do parâmetro de qualidade, que é menor de 5%. Esses estabelecimentos encontram-se nas regiões Metropolitana I, Metropolitana II e Serrana.

7.4.9. Proporção de exames compatíveis com atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC) entre exames alterados:

Referente ao diagnóstico das alterações celulares que não se enquadram nas características de processo reativo ou nas características de neoplasia. É calculado pela fórmula (número de ASC/número de exames alterados) x 100.

Dos 40 estabelecimentos com possibilidade de avaliação, 63% apresentam desempenho fora do parâmetro de qualidade, que é menor que 60%. Esses estabelecimentos encontram-se em seis regiões do Estado: Metropolitana I, Metropolitana II, Baía da Ilha Grande, Médio Paraíba, Serrana e Norte.

7.4.10. Razão entre atipias de significado indeterminado em células escamosas (ASC)

A categoria ASC não representa uma entidade biológica, mas sim uma mistura de diagnósticos diferenciais e dificuldades diagnósticas, não é um diagnóstico definitivo. Uma adequada capacitação dos técnicos citologistas possibilita que este diagnóstico seja reduzido ao mínimo. É calculado pela fórmula número de ASC/número de exames SIL.

Dos 40 estabelecimentos com possibilidade de avaliação, 20% apresentam desempenho fora do parâmetro de qualidade, que é Não Superior a 3%. Esses estabelecimentos encontram-se em cinco regiões do Estado: Baía da Ilha Grande, Médio Paraíba, Norte, Serrana e Metropolitana II.

7.4.11. Percentual de exames compatíveis com lesão intraepitelial escamosa de alto grau

Mede a capacidade de detecção de lesões precursoras (lesões de alto grau – HSIL), que representa o principal objetivo do rastreamento do câncer do colo do útero. É calculado pela fórmula (número de HSIL/número de exames satisfatórios) x 100.

Dos 40 estabelecimentos com possibilidade de avaliação, 75% apresentam desempenho fora do parâmetro de qualidade, que é maior ou igual a 0,4%. Esses estabelecimentos encontram-se em oito regiões do Estado: Baía da Ilha Grande, Médio Paraíba, Norte, Serrana, Metropolitana I, Metropolitana II, Serrana e Baixada Litorânea.

Quadro 3. Perfil de qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero realizados na região Baía da Ilha Grande no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

PERFIL DE QUALIDADE DOS EXAMES CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO					
Baía da Ilha Grande					
	Índice de Positividade	Percentual de exames compatíveis com células escamosas atípicas entre os exames satisfatórios	Percentual de células escamosas atípicas entre os exames alterados	Razão células escamosas atípicas/ lesão intraepitelial escamosa	Percentual de exames compatíveis com lesão intraepitelial escamosa de alto grau
Parâmetro	Abaixo de 2% - Muito Baixo Entre 2,0 e 2,9 - Baixo Entre 3,0 e 10 - Aceitável Acima de 10% - Avaliação de perfil	Menor que 5%	Menor que 60%	Não superior a 3%	Maior ou igual a 0,4%
01 Prestador	2,9	1,8	62,1	4	0,1

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Quadro 4. Perfil de qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero realizados na região Baixada Litorânea no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

PERFIL DE QUALIDADE DOS EXAMES CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO					
Baixada Litorânea					
	Índice de Positividade	Percentual de exames compatíveis com células escamosas atípicas entre os exames satisfatórios	Percentual de células escamosas atípicas entre os exames alterados	Razão células escamosas atípicas/ lesão intraepitelial escamosa	Percentual de exames compatíveis com lesão intraepitelial escamosa de alto grau
Parâmetro	Abaixo de 2% - Muito Baixo Entre 2,0 e 2,9 - Baixo Entre 3,0 e 10 - Aceitável Acima de 10% - Avaliação de perfil	Menor que 5%	Menor que 60%	Não superior a 3%	Maior ou igual a 0,4%
Prestador 01	1,0	0,0	0,0	0	0,5
Prestador 02	2,3	0,8	34,5	1	0,3

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Quadro 5. Perfil de qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero realizados na região Metropolitana I no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

PERFIL DE QUALIDADE DOS EXAMES CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO					
Metropolitana I					
	Índice de Positividade	Percentual de exames compatíveis com células escamosas atípicas entre os exames satisfatórios	Percentual de células escamosas atípicas entre os exames alterados	Razão células escamosas atípicas/ lesão intraepitelial escamosa	Percentual de exames compatíveis com lesão intraepitelial escamosa de alto grau
Parâmetro	Abaixo de 2% - Muito Baixo Entre 2,0 e 2,9 - Baixo Entre 3,0 e 10 - Aceitável Acima de 10% - Avaliação de perfil	Menor que 5%	Menor que 60%	Não superior a 3%	Maior ou igual a 0,4%
Prestador 01	3,4	3,4	100,0	2	0,0
Prestador 02	7,4	4,0	54,2	2	0,7
Prestador 03	18,9	10,8	57,1	2	3,7
Prestador 04	10,9	6,5	60,0	2	1,1
Prestador 05	7,4	4,9	66,0	3	0,4
Prestador 06	3,9	2,3	60,6	3	0,5
Prestador 07	4,4	2,9	66,2	3	0,3
Prestador 08	4,8	3,0	63,2	3	0,3
Prestador 09	8,4	5,1	60,7	3	0,6
Prestador 10	5,5	3,4	61,5	3	0,4
Prestador 11	3,8	2,5	66,3	3	0,4
Prestador 12	7,0	4,2	60,8	3	0,3
Prestador 13	5,2	3,5	67,1	3	0,3
Prestador 14	4,0	2,5	62,6	3	0,3
Prestador 15	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Prestador 16	0,1	0,0	0,0	0	0,1

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Quadro 6. Perfil de qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero realizados na região Metropolitana II no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

PERFIL DE QUALIDADE DOS EXAMES CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO					
Metropolitana II					
	Índice de Positividade	Percentual de exames compatíveis com células escamosas atípicas entre os exames satisfatórios	Percentual de células escamosas atípicas entre os exames alterados	Razão células escamosas atípicas/ lesão intraepitelial escamosa	Percentual de exames compatíveis com lesão intraepitelial escamosa de alto grau
Parâmetro	Abaixo de 2% - Muito Baixo Entre 2,0 e 2,9 - Baixo Entre 3,0 e 10 - Aceitável Acima de 10% - Avaliação de perfil	Menor que 5%	Menor que 60%	Não superior a 3%	Maior ou igual a 0,4%
Prestador 01	7,6	4,9	64,2	3	0,1
Prestador 02	2,6	1,5	56,8	2	0,3
Prestador 03	5,1	2,6	50,0	0	0,0
Prestador 04	3,8	2,9	76,9	3	0,2
Prestador 05	14,8	14,2	95,7	0	0,0
Prestador 06	9,1	8,1	89,5	8,7	0,1
Prestador 07	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Prestador 08	1,0	0,6	60,3	2	0,0

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Quadro 7. Perfil de qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero realizados na região Médio Paraíba no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

PERFIL DE QUALIDADE DOS EXAMES CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO					
Médio Paraíba					
	Índice de Positividade	Percentual de exames compatíveis com células escamosas atípicas entre os exames satisfatórios	Percentual de células escamosas atípicas entre os exames alterados	Razão células escamosas atípicas/ lesão intraepitelial escamosa	Percentual de exames compatíveis com lesão intraepitelial escamosa de alto grau
Parâmetro	Abaixo de 2% - Muito Baixo Entre 2,0 e 2,9 - Baixo Entre 3,0 e 10 - Aceitável Acima de 10% - Avaliação de perfil	Menor que 5%	Menor que 60%	Não superior a 3%	Maior ou igual a 0,4%
Prestador 01	1,4	1,2	85,7	6,0	0,1
Prestador 02	1,1	0,8	73,3	3,7	0,2
Prestador 03	2,5	1,3	53,1	1	0,4
Prestador 04	3,0	1,8	61,3	2	0,3
Prestador 05	1,1	1,0	92,7	42,3	0,0

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Quadro 8 . Perfil de qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero realizados na região Noroeste no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

PERFIL DE QUALIDADE DOS EXAMES CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO					
Noroeste					
	Índice de Positividade	Percentual de exames compatíveis com células escamosas atípicas entre os exames satisfatórios	Percentual de células escamosas atípicas entre os exames alterados	Razão células escamosas atípicas/ lesão intraepitelial escamosa	Percentual de exames compatíveis com lesão intraepitelial escamosa de alto grau
Parâmetro	Abaixo de 2% - Muito Baixo Entre 2,0 e 2,9 - Baixo Entre 3,0 e 10 - Aceitável Acima de 10% - Avaliação de perfil	Menor que 5%	Menor que 60%	Não superior a 3%	Maior ou igual a 0,4%
Prestador 01	5,4	3,1	58,6	3	0,6

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Quadro 9. Perfil de qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero realizados na região Norte no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

PERFIL DE QUALIDADE DOS EXAMES CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO					
Norte					
	Índice de Positividade	Percentual de exames compatíveis com células escamosas atípicas entre os exames satisfatórios	Percentual de células escamosas atípicas entre os exames alterados	Razão células escamosas atípicas/ lesão intraepitelial escamosa	Percentual de exames compatíveis com lesão intraepitelial escamosa de alto grau
Parâmetro	Abaixo de 2% - Muito Baixo Entre 2,0 e 2,9 - Baixo Entre 3,0 e 10 - Aceitável Acima de 10% - Avaliação de perfil	Menor que 5%	Menor que 60%	Não superior a 3%	Maior ou igual a 0,4%
Prestador 01	2,0	1,6	77,4	4,4	0,1
Prestador 02	0,0	0,0	0,0	0	0,0
Prestador 03	2,7	1,3	48,4	1	0,5
Prestador 04	1,2	0,9	76,5	6,5	0,1
Prestador 05	1,3	0,5	37,0	1	0,2

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

Quadro 10. Perfil de qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero realizados na região Serrana no ano de 2023, com dados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

PERFIL DE QUALIDADE DOS EXAMES CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO					
Serrana					
	Índice de Positividade	Percentual de exames compatíveis com células escamosas atípicas entre os exames satisfatórios	Percentual de células escamosas atípicas entre os exames alterados	Razão células escamosas atípicas/ lesão intraepitelial escamosa	Percentual de exames compatíveis com lesão intraepitelial escamosa de alto grau
Parâmetro	Abaixo de 2% - Muito Baixo Entre 2,0 e 2,9 - Baixo Entre 3,0 e 10 - Aceitável Acima de 10% - Avaliação de perfil	Menor que 5%	Menor que 60%	Não superior a 3%	Maior ou igual a 0,4%
Prestador 01	2,2	0,9	41,5	1	0,2
Prestador 02	8,2	7,5	91,2	10	0,0

Fonte: Área Técnica da Saúde das Mulheres/SES-RJ, 2024

7.4.12. Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito)

A Portaria MS 3.388, de dezembro de 2013, redefine a qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito). Define padrões de qualidade do exame citopatológico do colo do útero, bem como critérios para a contratação de laboratórios, por meio do acompanhamento, pelos gestores do SUS, do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS.

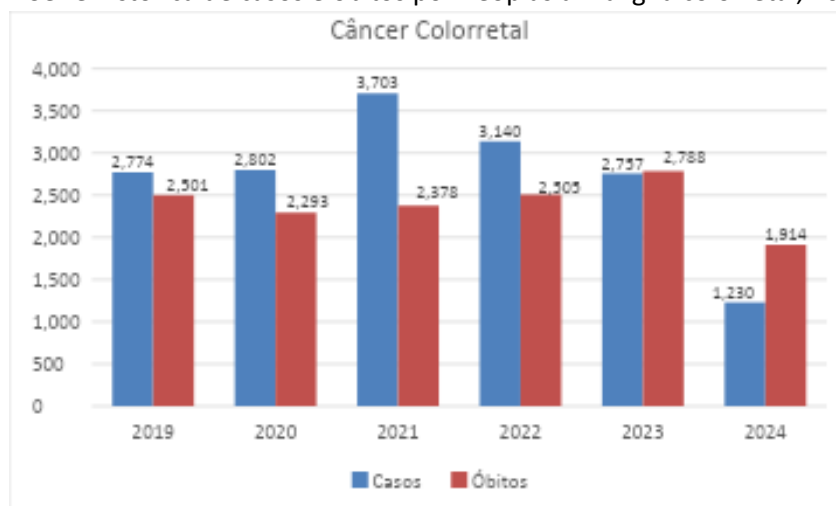
Uma das estratégias estabelecidas pela QualiCito é o Monitoramento Externo da Qualidade. Consiste em um conjunto de ações realizadas por laboratório habilitado para essa atividade, que visam avaliar a qualidade dos exames realizados e o desempenho dos demais laboratórios prestadores do serviço, desde a fase pré-analítica até a liberação dos laudos diagnósticos.

O estado do Rio de Janeiro possui apenas um laboratório habilitado para realizar o Monitoramento Externo da Qualidade. A Área Técnica de Saúde das Mulheres trabalha para a ampliação do monitoramento, a fim de que todos os laboratórios que prestam o serviço ao SUS no estado sejam avaliados.

7.5. Câncer Colorretal

O câncer colorretal (CCR) abrange os tumores que se originam no intestino grosso. No Brasil, o câncer colorretal é o terceiro câncer com maior número de casos, tanto para homens como para mulheres, e o terceiro em mortalidade por localização primária. Em 2023, foram registrados 2.788 casos novos desse câncer nos sistemas de informação do SUS, correspondendo a 47,4% dos casos novos totais esperados para o estado, segundo as estimativas do INCA.

Gráfico 12. Série histórica de casos e óbitos por neoplasia maligna colorretal, 2019-2024.



Fonte: Painel de Oncologia – Sistema de Informações Hospitalares- SIM/DATASUS, 2024
Dados de 2023 e 2024 são preliminares.

A frequência de casos novos foi maior nas faixas etárias acima dos 50 anos, em especial entre 60 e 69 anos. Chama a atenção o número de casos registrados na faixa entre 0 e 19 anos e o alto número de casos a partir dos 40 anos, achados que vêm sendo registrados em estudos publicados.

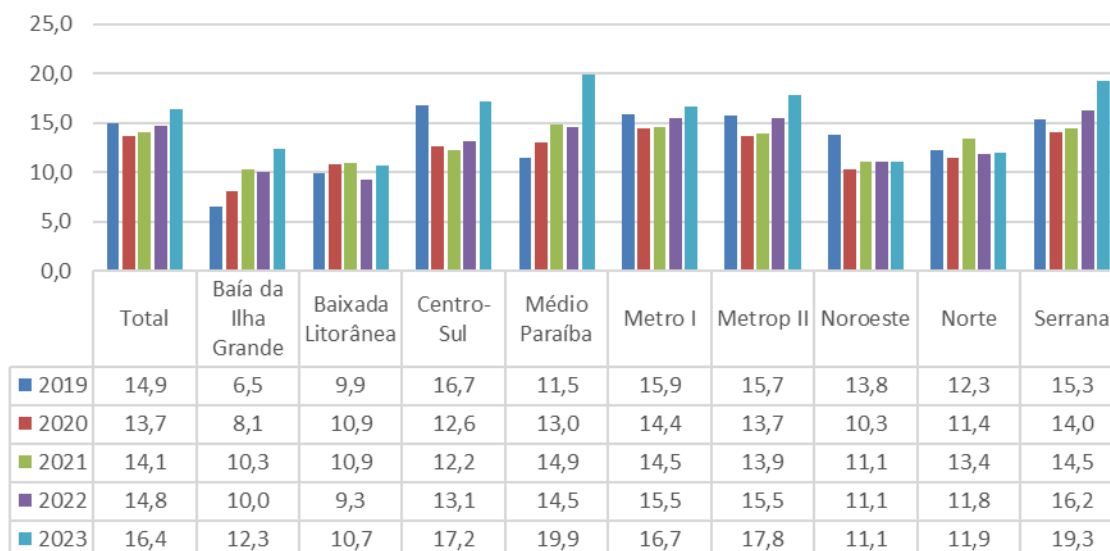
Tabela 70. Série temporal de casos novos por neoplasia maligna colorretal, segundo a faixa etária, 2019-2024.

Faixa etária	2019	2020	2021	2022	2023
0 a 19 anos	147	190	291	123	22
20 a 24 anos	40	62	82	42	8
25 a 29 anos	39	64	68	42	33
30 a 34 anos	60	68	108	57	38
35 a 39 anos	87	90	117	73	63
40 a 44 anos	105	123	132	133	111
45 a 49 anos	185	162	199	201	148
50 a 54 anos	277	253	312	284	227
55 a 59 anos	325	349	469	426	388
60 a 64 anos	456	406	571	504	467
65 a 69 anos	401	388	503	472	489
70 a 74 anos	308	312	382	383	394
75 a 79 anos	191	183	265	226	223
80 anos e mais	153	152	204	174	146
Total	2.774	2.802	3.703	3.140	2.757

Fonte: Painel de Oncologia – Sistema de Informações Hospitalares- SIM/DATASUS, 2024
Dados de 2023 e 2024 são preliminares.

No estado, se observou aumento do número de casos novos por câncer colorretal nos últimos anos, o que ocorreu de forma desigual entre as regiões de saúde. No período, os maiores aumentos nas TME ocorreram nas regiões da Baía da Ilha Grande e do Médio Paraíba. As regiões do Médio Paraíba, a maior TME por este câncer no estado, Serrana, Metropolitana II e Centro-Sul superaram a TME estadual para este câncer. Apenas as regiões Norte e Noroeste não apresentaram tendência de aumento da taxa no período. (Figura 6)

Figura 6. Taxa de Mortalidade Específica (TME) por neoplasia maligna do cólon, junção reto-sigmoide, ânus e canal anal, por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2019 a 2023.



Fontes:

Óbitos: Secretaria de Estado de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 29/07/2024.

População: Estimativas da população residente de 2000 a 2021 - pactuada pela SES/RJ, conforme Deliberação CIB-RJ nº 6.250 de 10 de Setembro de 2020.

Notas:

1. Para os anos de 2022 e 2023, adotou-se a população pactuada pela SES/RJ para o ano de 2021, até que sejam disponibilizados novos dados para estes anos.
2. A informação de município/região refere-se ao município/região de residência do falecido.
3. As taxas de mortalidade específica (TME) são apresentadas por 100.000 habitantes; a taxa bruta de mortalidade é apresentada por 1.000 habitantes.

Para os cânceres de cólon e reto, a Organização Mundial da Saúde preconiza o rastreamento com pesquisa de sangue oculto nas fezes para pessoas com 50 anos e mais. Esse câncer é tratável e, na maioria dos casos, curável, ao ser detectado precocemente.

Grande parte destes tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem ocorrer na parede interna do intestino grosso. A maioria dos pólipos não evoluirá para o câncer, no entanto, pólipos estão associados a um risco aumentado de câncer colorretal, principalmente quando classificados como avançados (com 10 ou mais milímetros de diâmetro, componente viloso e displasia de alto grau).

Pequenos sangramentos que ocorrem no processo de crescimento dos pólipos podem ser identificados nas fezes, por meio de exames laboratoriais (pesquisa de sangue oculto), e como o desenvolvimento das lesões se dá de forma lenta, podem também ser identificadas em exames de endoscopia (colonoscopia e retossigmoidoscopia). Quando essas lesões precursoras são identificadas e retiradas precocemente, antes de sua malignização, a progressão da doença é interrompida, prevenindo o surgimento do câncer colorretal. (INCA)

A pesquisa de sangue oculto e a endoscopia são os principais exames tanto para o rastreamento quanto para o diagnóstico precoce do câncer colorretal. O exame de sangue oculto nas fezes, não invasivo, simples, de baixo custo e sem complicações, é o primeiro teste de suspeição. Os casos positivos, necessitam de exames endoscópicos confirmatórios pois permitem realizar a

biópsia para exame histopatológico.

Os grupos populacionais que mais se beneficiam do rastreamento são homens e mulheres de 50 a 75 anos, sem história pessoal ou familiar de câncer de intestino (médio risco), e homens e mulheres com história familiar de câncer colorretal (incluindo síndromes hereditárias como polipose adenomatosa familiar, síndrome de Lynch, entre outras), história pessoal de doença inflamatória do intestino ou história pessoal de câncer intestino, ovário, útero ou mama (alto risco).

A recomendação no Sistema Único de Saúde brasileiro é que sejam priorizadas ações de diagnóstico precoce e abordagem personalizada para o grupo de alto risco e, em locais com baixa oferta de colonoscopia, para pacientes com suspeita de câncer. O Brasil apresenta diferentes realidades epidemiológicas e de redes de saúde e ainda são necessários estudos para subsidiar a análise de viabilidade da introdução do rastreamento nos diversos contextos.

No estado, a produção de exames de sangue oculto nas fezes, em 2023, foi 4,2 vezes maior do que a registrada em 2019, e em todas as regiões de saúde pode se observar este expressivo aumento, com destaque para as regiões Metropolitana I, Metropolitana II e Centro-Sul. Após as restrições relativas ao período pandêmico, principalmente o período anterior à disponibilização da vacina (2020), a produção dos exames vêm crescendo sucessivamente. (Tabela 71)

Tabela 71. Série histórica da produção ambulatorial aprovada da pesquisa de sangue oculto nas fezes, no estado do Rio de Janeiro, janeiro de 2019 a junho de 2023

Região de Saúde	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Baía da Ilha Grande	2.760	1.385	2.278	2.787	5.041	
Baixada Litorânea	1.930	1.470	2.330	3.912	4.337	
Centro-Sul	2.303	2.291	3.463	6.205	9.505	
Médio Paraíba	4.831	3.909	4.765	6.543	10.790	
Metropolitana I	16.735	10.373	18.004	33.168	111.855	
Metropolitana II	3.293	2.808	6.960	4.487	10.626	
Noroeste	977	777	1.179	1.922	2.277	
Norte	3.428	1.826	3.192	4.812	6.445	
Serrana	3.494	2.477	3.959	4.367	7.834	
Total	39.751	27.316	46.130	68.203	168.710	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 12/09/2024, sujeitos a retificação.

Nota: Foi utilizada a produção por região do atendimento em virtude do baixo registro do município/região de residência na base .do SIA/SUS.

A produção de exames de colonoscopia do estado, em 2023, foi 2,3 vezes maior do que a de 2019, primeiro ano da série avaliada. Os maiores aumentos foram observados nas regiões da Baixada Litorânea e na Metropolitana I. As regiões Centro-Sul e Noroeste, no entanto, apresentaram redução na produção destes exames quando comparados ao ano anterior (2022).

De acordo com os parâmetros mínimos definidos na Portaria nº1631, de 01 de outubro de 2015, é necessária a oferta de 350 colonoscopias a cada 100 mil habitantes. No ano de 2023, para a

população do estado do Rio de Janeiro (17.463.349 hab.), estima-se a necessidade de 61.122 colonoscopias, sendo cerca de 80% delas realizadas no SUS (48.898). Na série abaixo (Tabela 72), se observa que a produção alcançou 96,4% (47.161) da esperada. Das colonoscopias registradas, 52,7% foram realizadas por pessoas entre 50 e 74 anos.

Tabela 72. Série histórica da produção ambulatorial aprovada do exame de colonoscopia, por região de saúde do atendimento, no estado do Rio de Janeiro, janeiro de 2019 a junho de 2023

Região de Saúde	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Baía da Ilha Grande	594	336	495	624	736	
Baixada Litorânea	256	57	15	456	1.031	
Centro-Sul	903	631	948	1.202	920	
Médio Paraíba	2.737	1.399	1.699	2.810	5.390	
Metropolitana I	9.215	5.712	10.923	14.770	27.001	
Metropolitana II	2.418	1.136	2.150	3.021	4.572	
Noroeste	596	402	836	823	731	
Norte	2.912	1.642	2.267	3.853	4.139	
Serrana	955	531	1.157	1.919	2.641	
Total	20.586	11.846	20.490	29.478	47.161	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 12/09/2024, sujeitos a retificação.

Nota: Foi utilizada a produção por região do atendimento em virtude do baixo registro do município/região de residência na base do SIA/SUS.

A mesma portaria preconiza 300 retossigmoidoscopias para cada 100 mil habitantes (52.390), o que evidencia a baixa oferta deste exame no estado (5.358), cuja cobertura é de apenas 12,8% da esperada para o SUS (41.912).

Tabela 73. Série histórica da produção ambulatorial aprovada do exame de retossigmoidoscopia, por região de saúde do atendimento, no estado do Rio de Janeiro, janeiro de 2019 a junho de 2023

Região de Saúde atendimento	2019	2020	2021	2022	2023
Baía da Ilha Grande	-	-	-	-	1
Baixada Litorânea	-	-	-	105	26
Centro-Sul	36	19	7	9	16
Médio Paraíba	113	70	61	79	143
Metropolitana I	781	444	1590	3420	4156
Metropolitana II	490	145	279	275	342
Noroeste	9	13	7	5	10
Norte	165	139	355	289	211
Serrana	486	246	346	280	345
Total	2080	1076	2645	4462	5250

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 12/09/2024, sujeitos a retificação.

Nota: Foi utilizada a produção por região do atendimento em virtude do baixo registro do município/região de residência na base do SIA/SUS.

7.6. Câncer de Pulmão

O câncer de pulmão (traqueia, brônquios e pulmões) tem grande morbimortalidade no mundo e no Brasil, atingindo principalmente homens e mulheres acima de 50 anos. É mais frequente no sexo masculino, apesar da diferença entre os sexos ser pouco expressiva, e a idade média ao diagnóstico é cerca de 70 anos, sendo a maior parte dos diagnósticos realizada em pacientes com idade igual ou superior a 65 anos. A ocorrência de casos em idade inferior a 45 anos é pouco comum.

Esta neoplasia maligna está intrinsecamente relacionada ao tabagismo ativo e passivo, apresentando grande potencial de prevenção. Por outro lado, detectá-lo precocemente é um grande desafio por seus sintomas iniciais inespecíficos e rápida evolução (INCA).

São dois os principais tipos de câncer de pulmão: os carcinomas de pequenas células e os carcinomas de não pequenas células (que inclui os subtipos adenocarcinomas, carcinomas de células escamosas e carcinomas de grandes células). Os carcinomas de não pequenas células representam 80% dos casos, enquanto os carcinomas de pequenas células apresentam menor taxa de sobrevida.

Seus sinais e sintomas normalmente manifestam-se em estágios mais avançados, além de serem inespecíficos e frequentemente confundidos com outras patologias pulmonares. Tais características, associadas a relativa complexidade dos exames de imagem e microscópicos necessários para o diagnóstico, fazem com que, mesmo em países desenvolvidos, ele seja diagnosticado predominantemente em estágios avançados da doença (McGuire et al, apud Lobo, 2020)

O número de casos novos de câncer de traqueia, brônquios e pulmão no Painel de Oncologia é muito baixo, sugerindo sub-registro dos casos nos sistemas de informação do SUS, conforme anteriormente destacado. No estado, os cânceres de pulmão são tratados prioritariamente em hospitais de referência, especialmente os federais, o que pode corroborar com a percepção de que os serviços orçamentados apresentam baixo registro de APACs nos sistemas oficiais.

Segundo estimativa do INCA, eram esperados cerca de 3.000 casos novos desse câncer no estado para 2023 e foram registrados apenas 919 (30,6%).

<https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/outros/cancer-de-pulmao/2020/tendencias-da-morbimortalidade-por-cancer-de-pulmao-no-brasil/>

Gráfico 13. Série temporal de casos e óbitos por neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmão, estado do Rio de Janeiro, 2019-2023.

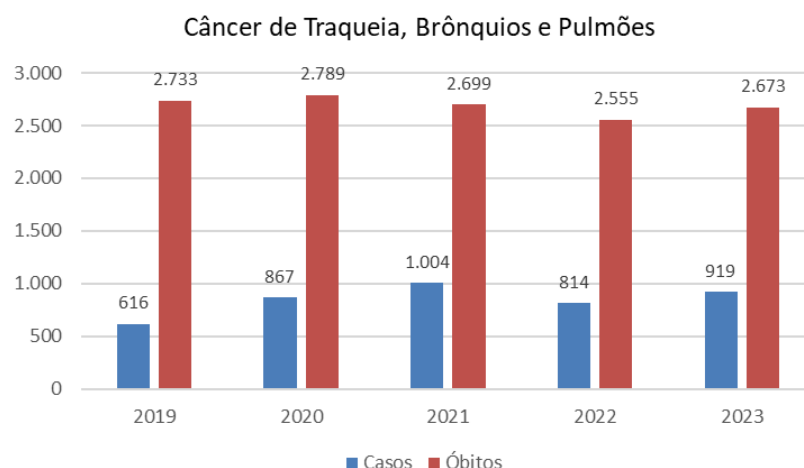


Tabela 74. Série temporal de casos de neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmão, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2019-2023.

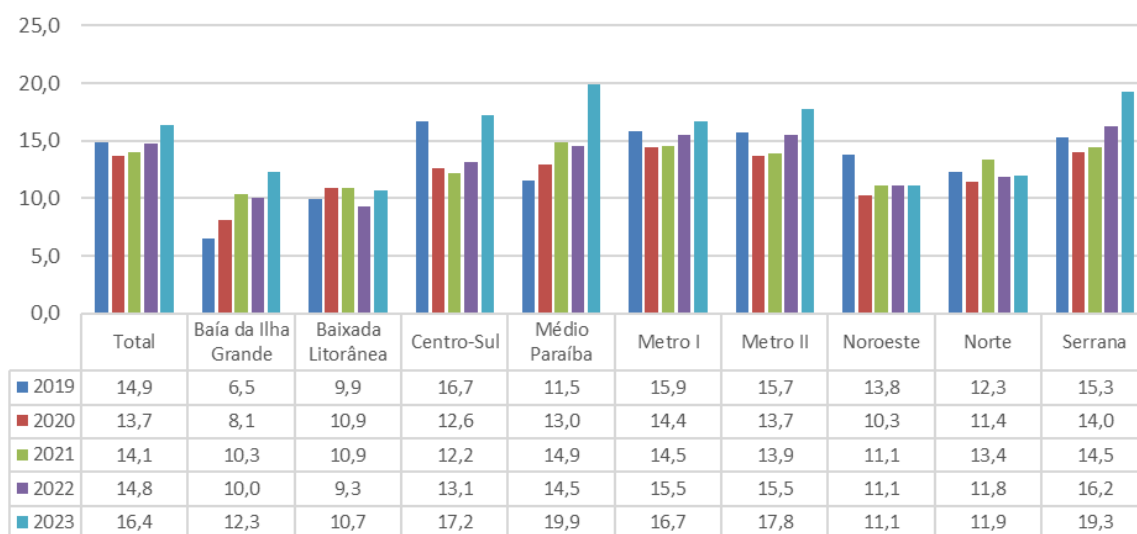
Região de Saúde	2019	2020	2021	2022	2023	2019-2023
Baía da Ilha Grande	63	37	59	56	63	
Baixada Litorânea	67	39	59	82	56	
Centro-Sul	34	24	31	47	34	
Médio Paraíba	127	44	65	117	131	
Metropolitana I	892	654	1.015	1.417	1.815	
Metropolitana II	548	338	410	591	819	
Noroeste	1	-	-	7	2	
Norte	50	34	53	59	43	
Serrana	163	58	47	89	113	
Total	1.948	1.228	1.742	2.475	3.083	

Fonte: Painel de Oncologia – Sistema de Informações Hospitalares- SIM/DATASUS, 2024
Dados de 2023 e 2024 são preliminares.

Se observou aumento das TME por câncer de pulmão nos últimos anos, o que ocorreu de forma desigual entre as regiões de saúde. No período, os maiores aumentos nas TME ocorreram nas regiões do Médio Paraíba e Serrana. As regiões do Médio Paraíba, a maior TME por este câncer no

estado, Serrana, Centro-Sul e Metropolitana I superaram a TME estadual para este câncer. As regiões da Baixada Litorânea, Norte e Noroeste apresentaram as menores TME do estado nos últimos anos. (Figura 7)

Figura 7. Taxa de Mortalidade Específica (TME) por neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmão, por regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2019 a 2023.



Fontes:

Óbitos: Secretaria de Estado de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 29/07/2024.

População: Estimativas da população residente de 2000 a 2021 - pactuada pela SES/RJ, conforme Deliberação CIB-RJ nº 6.250 de 10 de Setembro de 2020.

Notas:

1. Para os anos de 2022 e 2023, adotou-se a população pactuada pela SES/RJ para o ano de 2021, até que sejam disponibilizados novos dados para estes anos.
2. A informação de município/região refere-se ao município/região de residência do falecido.
3. As taxas de mortalidade específica (TME) são apresentadas por 100.000 habitantes; a taxa bruta de mortalidade é apresentada por 1.000 habitantes.

A produção de exames de broncoscopia do estado, em 2023, apresentou aumento de 58,3% em relação a 2019, primeiro ano da série avaliada. A maior produção de broncoscopia foi registrada nas regiões Metropolitanas, sede dos hospitais federais (incluindo os universitários), que centralizam a maior parte da assistência em neoplasias de pulmão no estado.

De acordo com os parâmetros mínimos definidos na Portaria nº1631, de 01 de outubro de 2015, é necessária a oferta de 120 broncoscopias a cada 100 mil habitantes. No ano de 2023, para a população do estado do Rio de Janeiro (17.463.349 hab.), estima-se a necessidade de 20.956 broncoscopias, das quais 16.765 a serem produzidas no SUS. A produção registrada em 2023, corresponde a 18,4% da esperada.

Tabela 75 . Série temporal da produção ambulatorial aprovada de broncoscopias, segundo município de atendimento do estado do Rio de Janeiro, janeiro de 2019 a junho de 2023.

Região de Saúde/Munic atendim	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Baía da Ilha Grande	54	32	44	43	55	16
.. Angra dos Reis	54	32	44	43	55	16
Centro-Sul	-	3	-	-	-	-
.. Três Rios	-	3	-	-	-	-
Médio Paraíba	84	2	29	76	97	32
.. Resende	-	-	-	6	4	2
.. Volta Redonda	84	2	29	70	93	30
Metropolitana I	861	574	1072	1555	1968	1055
.. Rio de Janeiro	861	574	1072	1555	1968	1055
Metropolitana II	813	576	552	732	886	127
.. Itaboraí	10	2	-	-	-	-
.. Maricá	-	-	-	5	-	-
.. Niterói	803	574	552	727	886	127
Norte	49	22	33	41	32	20
.. Campos dos Goytacazes	11	4	1	4	3	4
.. Macaé	38	18	32	37	29	16
Serrana	87	19	12	28	45	10
.. Petrópolis	80	19	12	28	32	10
.. Teresópolis	7	-	-	-	13	-
Total	1948	1228	1742	2475	3083	1260

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 12/09/2024, sujeitos a retificação.

8. VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

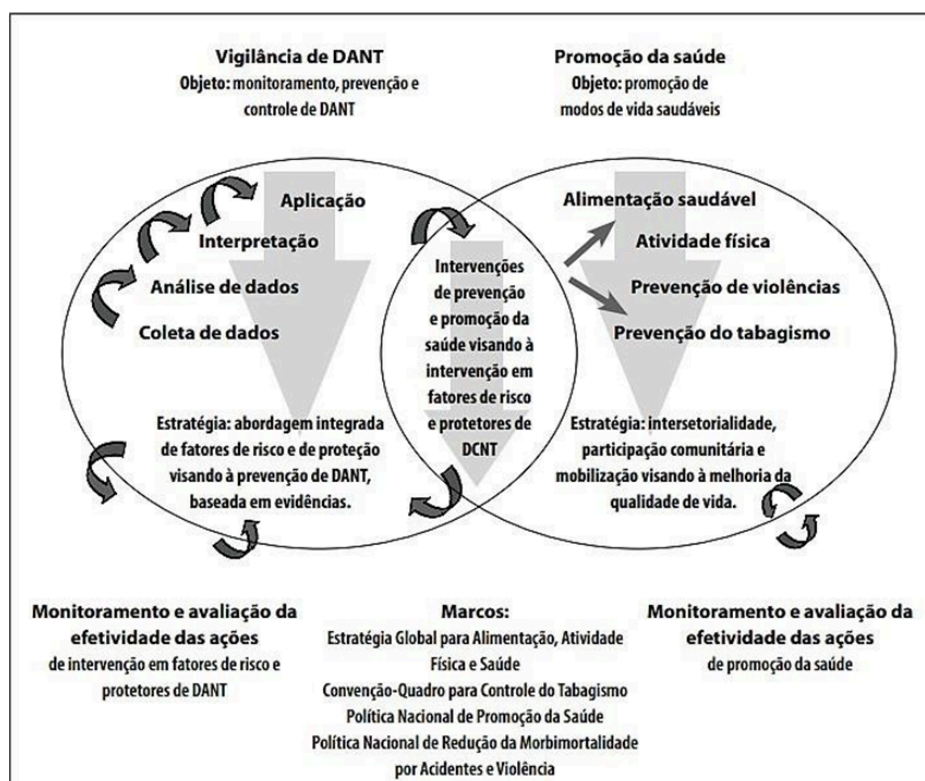
8.1. Plano Estadual de Enfrentamento às Doenças e Agravos não Transmissíveis

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) compreendem dois grandes grupos de eventos: as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), caracterizadas principalmente pelas doenças do aparelho circulatório (CID 10, I00 a I99), doenças respiratórias crônicas (J30 a J98, exceto J36), **neoplasias** (C00 a C97) e diabetes mellitus (E10 a E14); e as causas externas (agravos), compostas pelos acidentes e as violências (V01 a Y36 e Y85 a Y89).

A vigilância epidemiológica das DANT compreende o conjunto de ações que possibilitam conhecer e monitorar a distribuição, magnitude e tendência temporal da morbimortalidade dessas doenças/agravos e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes físicos, sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o

planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do seu controle. A estratégia de vigilância pressupõe ainda a indução e o apoio às ações de promoção da saúde, prevenção e controle das DANT e de seus fatores de risco, bem como o monitoramento e avaliação das intervenções realizadas.

Figura 8. Articulação entre a Promoção da Saúde e a Vigilância de DANT



Fonte: Malta, 2006

Estudos sobre impactos nos resultados das condições crônicas mostram que as ações de promoção da saúde são responsáveis por 30% dos resultados positivos. As intervenções de prevenção da saúde que envolvem mudanças de comportamentos e estilos de vida são responsáveis por 50% dos resultados positivos, enquanto as intervenções clínicas são responsáveis somente por 20% (MENDES, 201223). Em relação às DCNT, ressalta-se que os mesmos fatores que podem impactar na redução da mortalidade prematura por essas causas também beneficiam pessoas com idade acima dos 70 anos, uma vez que as principais causas de morte e limitações na faixa etária de 30 a 69 anos são similares àquelas que acometem indivíduos em idades mais avançadas (NORHEIM et al., 2015).

8.2. Monitoramento das DANT

No estado do Rio de Janeiro, as DCNT representam, em média, 57% dos óbitos evitáveis

na faixa etária de 30 a 69 anos (mortalidade prematura).

As principais fontes de dados secundários e primários para o monitoramento contínuo das DANT são os sistemas de informação de morbimortalidade do SUS e os inquéritos e pesquisas nacionais de saúde periódicos e especiais, tais como a VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Na PNS, 2019, o estado do Rio de Janeiro e a capital se destacaram por superarem a média nacional na prevalência das condições de saúde autorreferidas quanto à hipertensão arterial sistêmica, colesterol alto, diabetes mellitus e câncer.

8.3.Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis

No ano de 2020, a equipe técnica da SVS/MS realizou a avaliação do alcance das metas do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT (MS, 2011) e o alinhamento dos indicadores e metas aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Esta revisão, que resultou no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis. (WHO, 2017) no Brasil, 2021-2030 (Plano de DANT). Os dados referentes ao ano de 2015 foram utilizados como linha de base para cálculo dos valores das metas para o ano de 2030, visando ao alinhamento com as metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que também utilizam este ano como linha de base.

O monitoramento dos resultados dos indicadores propostos no Plano Nacional de DANT será realizado por meio de taxas padronizadas. Para comparação das taxas de mortalidade em diferentes populações é indispensável a padronização por uma população padrão, com os mesmos grupos etários, a fim de anular o efeito da distribuição demográfica desigual. Assim, o resultado obtido será o número de óbitos esperados caso as taxas brutas encontradas para cada região geográfica fossem aplicadas à mesma população (no caso, a população brasileira do Censo Demográfico 2010).

Seguindo as agendas do Ministério da Saúde, a SES-RJ atualizou o Plano Estadual, segundo as novas diretrizes do Plano Nacional de DANT 2021-2030. A equipe técnica de Vigilância Epidemiológica de DANT da SES elaborou uma ferramenta virtual, denominada 'Planilha Dinâmica para Análise de DANT', com atualizações periódicas dos dados de mortalidade, para assessoramento às regiões de saúde e a cada município do estado, facilitando o monitoramento dos indicadores, o estabelecimento de uma agenda de prioridades e a tomada de decisão para alocação de recursos, com base nos dados epidemiológicos do território. A ferramenta se encontra disponível para consulta no endereço eletrônico:

https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1Y1ma_qec-kwhmbDADpT-dYBhzA-szNiy

Destacam-se a seguir as informações do Plano Estadual de DANT, com ênfase naquelas relativas às neoplasias malignas.

Tabela 76 . Demonstrativo do monitoramento dos indicadores e metas relativos às neoplasias malignas do Plano de DANT 2022- 2030, estado do Rio de Janeiro.

DANT	2015	2019	2020	2021	Parcial 2022	Meta 2030
DCNT *	340,31	312,39	297,29	296,43	286,38	226,99
Câncer do Aparelho Digestivo *	37,87	37,32	35,55	34,41	35,34	34,08
Câncer de Mama *	26,58	28,01	25,73	25,36	27,14	23,92
Câncer de Colo de Útero *	8,98	8,93	8,88	8,46	8,46	7,19

* Taxas de mortalidade padronizadas (população padrão: Brasil, censo populacional IBGE 2010)

** Taxas de mortalidade específicas (TME)

Fonte: Elaboração própria, por meio da Planilha Dinâmica para Análise de DANT.

²⁴ Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view

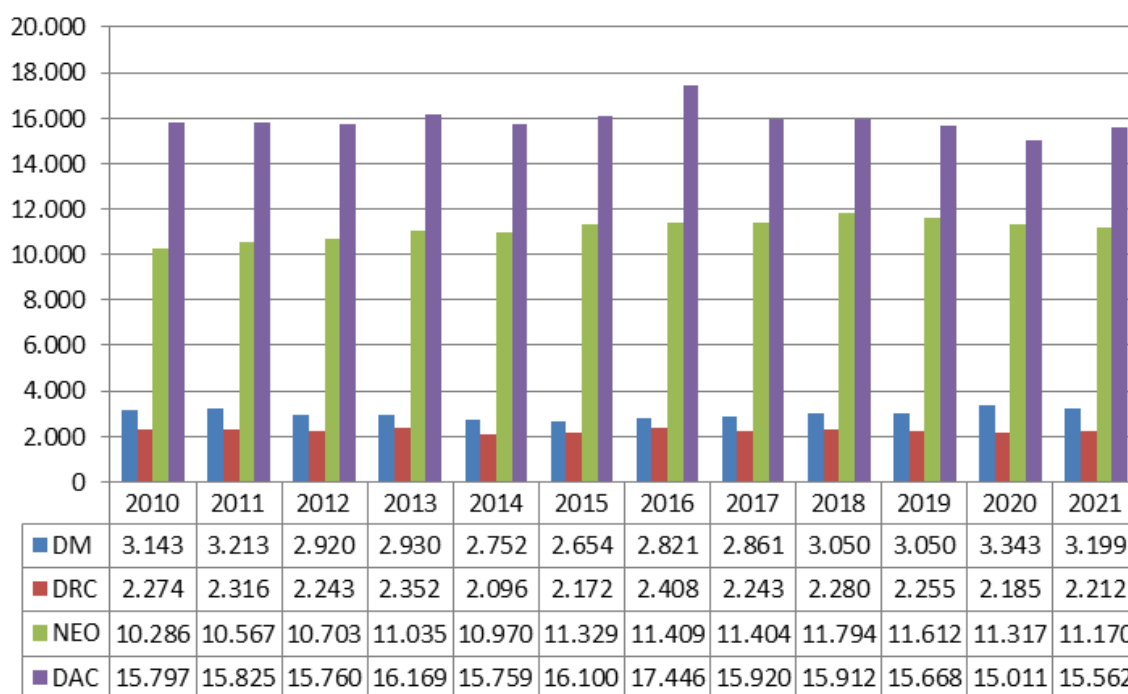
8.4.Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não transmissíveis

A prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas doenças e suas consequências para a qualidade de vida dos indivíduos e para o sistema de saúde no estado.

A prevenção do câncer, assim como das demais DCNTs, tem como objetivo reduzir o risco de desenvolver a doença, evitando a exposição aos fatores de risco e adotando um estilo de vida saudável. enquanto que detecção precoce tem como objetivo identificar a doença o mais cedo possível, para que o tratamento possa ser iniciado e as chances de cura sejam maiores. As ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer estão em estreita relação com seus fatores de risco, a saber:

No gráfico 14 a seguir, se observa a distribuição dos óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelos 4 principais grupos de DCNT, no período de 2010 a 2021, no estado do Rio de Janeiro.

Gráfico 14. Frequência absoluta de óbitos prematuros pelos 4 principais grupos de DCNT, no período de 2010 a 2021, residentes no estado do Rio de Janeiro.



Fonte: SIM, TABNET SES-RJ, dados consolidados em 02/10/2023

O monitoramento da mortalidade prematura pelos quatro principais grupos de DCNT evidencia que, apesar das taxas estarem em queda, permanecem com valores altos para mortes que são consideradas evitáveis. Segundo o Plano de Enfrentamento da DANT, a meta de redução da mortalidade prematura por DCNT é de 1/3 até 2030, tendo como linha de base o valor encontrado em 2015.

8.5. Óbitos prematuros (30 a 69 anos) por neoplasias malignas

No período de 2010 a 2021, os óbitos prematuros por neoplasias malignas apresentaram a seguinte distribuição entre os sexos: para o sexo masculino, houve maior prevalência de óbitos por neoplasias malignas do aparelho digestivo (40%), seguido pelas neoplasias malignas de brônquios e pulmões (15%) e as neoplasias malignas de próstata (7%); para o sexo feminino, a maior prevalência também foi a das neoplasias malignas do aparelho digestivo (28%), seguida das neoplasias malignas de mama (23%), das neoplasias dos brônquios e pulmões (11%) e das neoplasias do colo do útero (7%).

Como estratégia de enfrentamento à morbimortalidade por neoplasias malignas, a gestão da SVS/MS adotou um elenco de prioridades, baseado na capacidade de rastreamento e no custo-benefício, na redução de incidência por estratégias de prevenção e redução dos fatores de risco, e no prognóstico de cura, quando realizado o diagnóstico precoce. Esses critérios esclarecem a escolha das neoplasias malignas do aparelho digestivo, mama e colo do útero para o estabelecimento de metas específicas de redução, sendo outras neoplasias, também prevalentes e de impacto na população, monitoradas junto ao grupo de neoplasias malignas incluídas nos 4 principais grupos de DCNT, como as neoplasias dos brônquios e pulmões e a neoplasia maligna de próstata.

Um exemplo do impacto dos hábitos de vida na ocorrência de novos casos de neoplasias do aparelho digestivo são os fatores de risco relacionados às neoplasias malignas de cólon e reto e de estômago, entre os quais estão a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o alto consumo de carne processada, a alimentação pobre em frutas e hortaliças e o consumo excessivo de álcool. Estes fatores de risco são monitorados por pesquisas e inquéritos nacionais (VIGITEL e PNS) e por sistemas de informação em alimentação e nutrição, como o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; BRASIL, 2019).

Para reforçar as ações de prevenção do câncer do colo do útero, a vacina contra o papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – HPV quadrivalente – foi inserida no Calendário Nacional de Vacinação. Em 2019, este agravo representou a terceira neoplasia maligna mais frequente na população feminina e a terceira causa de morte de mulheres por neoplasias malignas no Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma abordagem integral para a prevenção e controle das neoplasias malignas de colo do útero, apresentando a vacinação como um dos avanços tecnológicos para o enfrentamento dessa doença na população mundial.

8.6. Diagnóstico precoce da neoplasia maligna

Em todo o estado, se observa que o estadiamento das neoplasias malignas ao diagnóstico é alto, indicando a necessidade de se implementarem estratégias que concorram para a mudança deste cenário, tanto pelo fortalecimento das ações de rastreio, quanto o planejamento e a gestão da estrutura necessária ao diagnóstico precoce.

8.7. Alimentação e Nutrição

A obesidade é uma epidemia mundial que afeta todos os grupos etários, socioeconômicos e gera aumento de gastos com saúde para os países desenvolvidos e em desenvolvimento. O crescimento da prevalência vem sendo atribuído a múltiplos fatores e a diversos processos, em que o ambiente (político, econômico, social, cultural), e não apenas o indivíduo e suas escolhas, assume um lugar estratégico na compreensão do problema e no planejamento de propostas de intervenções que contribuam para o seu controle e redução.

De acordo com dados do Atlas Mundial da Obesidade (2024), publicado pela Federação Mundial de Obesidade (World Obesity Federation - WOF), o Brasil enfrenta um cenário preocupante em relação à obesidade, especialmente entre crianças e adultos. A previsão é que a prevalência de

obesidade infantil no país alcance 50% entre os anos de 2020 e 2035, com um aumento anual de 1,8%. Para os adultos, estima-se que a prevalência de obesidade atinja 41% no mesmo período, com um aumento anual de 1,9%. No Estado do Rio de Janeiro, de acordo com a da última Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), cerca de 65,2% da população fluminense encontra-se com sobrepeso e 26,2% com obesidade (Brasil, 2022).

No Brasil são realizados alguns inquéritos populacionais, como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013 e 2019), Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009, 2012, 2015 e 2019) e o inquérito anual Vigitel, realizado nas capitais e Distrito Federal com informações sobre os principais indicadores de determinantes das doenças crônicas não transmissíveis.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) apresentou informações sobre o estado nutricional segundo sexo para as Unidades Federadas em pessoas de 18 anos ou mais. Na tabela a seguir, podem-se observar os dados para o estado do Rio de Janeiro e o total estimado para as Unidades Federadas. O sexo feminino se destaca com as maiores estimativas de obesidade.

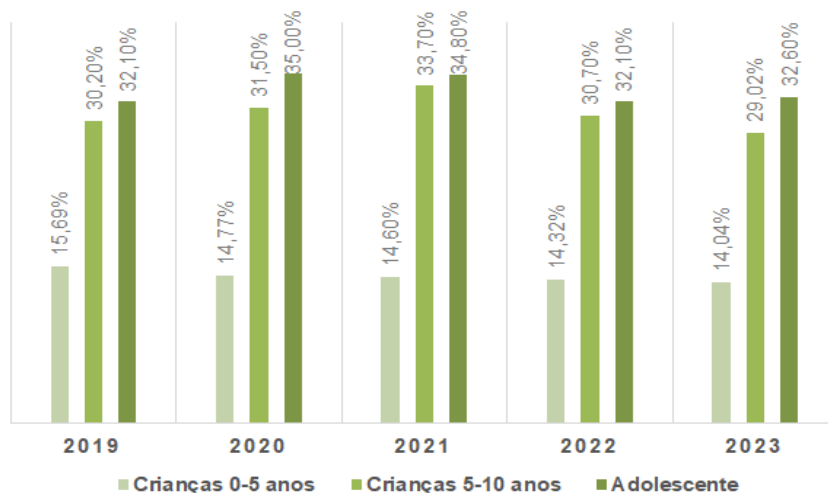
Tabela 77: Percentual de pessoas de 18 anos e mais de idade com excesso de peso e obesidade segundo sexo no estado do Rio de Janeiro e Unidades Federadas. ERJ, 2013

UF	% Excesso de peso			% Obesidade		
	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL
Rio de Janeiro	60,3	60,4	60,4	19,1	26,4	23,1
Total das UFs	55,6	58,2	56,9	16,8	24,4	20,8

Fonte: PNS, 2013.

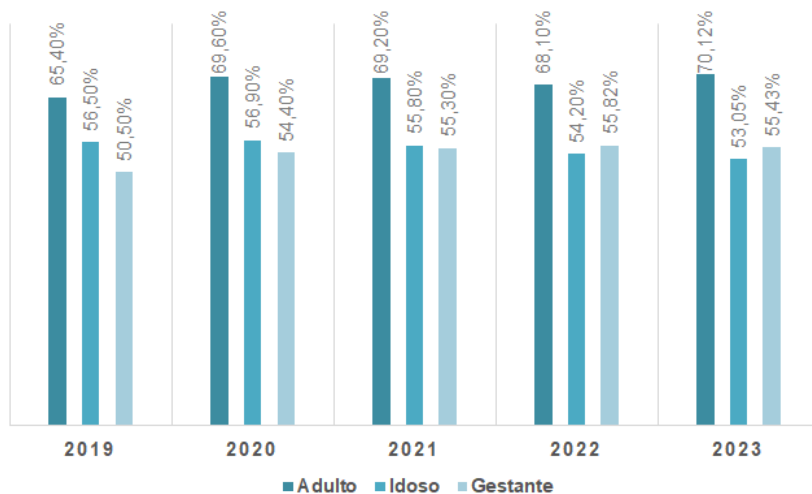
Nos gráficos 15 e 16 a seguir, de acordo com o relatório consolidado do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, observa-se as séries históricas referentes às prevalências de excesso de peso em crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes no estado do Rio de Janeiro de 2019 a 2023.

Gráfico 15 : Série histórica com o percentual de excesso de peso em crianças e adolescentes no estado do Rio de Janeiro 2019 a 2023.



Fonte: SISVAN 2024

Gráfico 16: Série histórica com o percentual de excesso de peso em adulto, idoso e gestante no estado do Rio de Janeiro 2019 a 2023.



Fonte: SISVAN 2024

A mudança de padrão no hábito alimentar da população brasileira nas últimas décadas, principalmente com relação à redução do consumo de alimentos tradicionais e o aumento do consumo de ultraprocessados, como as bebidas açucaradas, macarrão instantâneo e biscoitos recheados, entre outros, ocasionou uma transição nutricional relevante e emergente, que impacta negativamente na saúde da população, com aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), como o diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer (Nilson, 2020).

Evitar ou reduzir a exposição aos fatores de risco, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), é importante para minimizar as chances de desenvolver as DCNT, incluindo o câncer. A adoção de uma alimentação saudável, prática regular de atividade física e manutenção do peso corporal adequado são fatores que colaboram para reduzir a morbimortalidade por essas doenças (WCRF, 2018).

Importante ressaltar que o aleitamento materno é o primeiro passo para a prevenção da obesidade em crianças e a prevenção de câncer de mama para quem amamenta.

Dada a complexidade do assunto, é crucial compreender a amplitude do problema para o planejamento de políticas públicas e a adoção de estratégias direcionadas à prevenção e ao diagnóstico precoce visando à promoção da saúde, à redução de mortalidade e à preservação de vidas.

9. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

A conformação dos serviços de saúde de forma regionalizada, em Rede de Atenção à Saúde (RAS), visa alcançar a integralidade da atenção. Nesse sentido, o Planejamento Regional Integrado (PRI) se torna uma estratégia de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), pois tem por objetivo promover a integração regional.

Nos últimos anos algumas normativas foram pactuadas no âmbito nacional, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sobre a temática da Regionalização, Governança Regional, Governança das Redes de Atenção à Saúde e Planejamento Regional Integrado. São elas: Resolução CIT nº 23/2017 - Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, Resolução CIT nº 37/2018 - Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde e Resolução CIT nº 44/2019 - Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado.

Considerando as diretrizes, elencadas nas normas supracitadas, o estado do Rio de Janeiro procedeu ao desenvolvimento do PRI, de forma tripartite. O processo começou com a construção dos 09 (nove) diagnósticos das regiões de saúde (RS), que foram concluídos e publicados no site da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), no início de 2021. A partir desses diagnósticos foram identificadas as prioridades sanitárias e a definição que seriam trabalhados como Linhas de Cuidado.

As prioridades sanitárias foram definidas para a macrorregião, dessa forma consideradas para todas as RS.

As prioridades sanitárias da macrorregião, estado do Rio de Janeiro, foram pactuadas na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e se encontram expressas na Deliberação CIB-RJ nº 7.019 de 15 de setembro de 2022.

Dentre as prioridades sanitárias, a estruturação das linhas de cuidado do câncer de mama e de próstata foram elencadas para serem desenvolvidas no Planejamento Regional Integrado e se encontram no Plano Estadual de Saúde 2024-2027.

Em 2024, foram pactuados nas Comissões Intergestores Regionais, os Planos Regionais de Saúde da Linha de Cuidado do Câncer de Mama de sete regiões de saúde, restando para o início de 2025, as regiões Metropolitana I e Metropolitana II.

I. Deliberação CIR BIG Nº30, de 11 de Dezembro de 2024 - Pactua o Plano Regional de Saúde do Planejamento Regional Integrado da Baía da Ilha Grande, com o Anexo I – Linha de Cuidado do Câncer de Mama.

II. Deliberação CIR/BL Nº 39 de 12 de Dezembro de 2024 - Pactua o Plano Regional de Saúde do Planejamento Regional Integrado da Baixada Litorânea, com o Anexo I – Linha de Cuidado do Câncer de Mama

III. Deliberação CIR CS Nº63, de 13 de Dezembro de 2024 - Pactua o Plano Regional de Saúde do Planejamento Regional Integrado Centro Sul do Estado do Rio de Janeiro, com o Anexo I – Linha de Cuidado do Câncer de Mama.

IV. Deliberação CIR - Norte Nº23, de 16 de Dezembro de 2024 - Pactua o Plano Regional de Saúde do Planejamento Regional Integrado da Região Norte com o Anexo I – Linha de Cuidado do Câncer de Mama

V. Deliberação CIR-NO Nº 53 de 17 de Dezembro de 2024 - Pactua o Plano Regional de Saúde do Planejamento Regional Integrado da Noroeste Com o Anexo I – Linha de Cuidado do Câncer de Mama

VI. Deliberação Ad Referendum CIR - MP Nº59, de 18 de Dezembro de 2024 - Pactua o Plano Regional de Saúde do Planejamento Regional Integrado do Médio Paraíba com Anexo I – Linha de Cuidado do Câncer de Mama

VII. Deliberação CIR - Serrana Nº64, de 19 de Dezembro de 2024 - Pactua o Plano Regional de Saúde do Planejamento Regional Integrado da Região Serrana contendo Anexo I – Linha de Cuidado do Câncer de Mama

Em seguimento, todos serão encaminhados para pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

Os planos contêm o cenário da situação de saúde, o diagnóstico do câncer de mama nas regiões e as ações pactuadas pelos gestores municipais, a serem desenvolvidas de 2025 a 2027.

A Linha de Cuidado do Câncer de Próstata será construída até 2027.

10. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, DISPONIBILIDADE, NECESSIDADE DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Para o controle do câncer são necessárias ações longitudinais e integradas na Rede de Atenção à Saúde, dentre as quais se destacam a promoção de saúde e o controle das exposições aos fatores de risco, o rastreamento efetivo e detecção precoce da doença, o tratamento adequado e em tempo oportuno, e cuidados paliativos para aqueles que não alcançaram o controle da doença.

A organização dos serviços, de forma a garantir acolhimento e integralidade do cuidado, perpassa a gestão de processos de trabalho, com a utilização de protocolos clínicos acurados e a sistematização da educação permanente, fortalecendo a qualificação profissional.

11. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) está presente em todos os municípios, próxima ao usuário, sua família, seu território e suas condições de vida. É a principal porta de entrada ao sistema assistencial e o ponto de contato preferencial do usuário, assumindo o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS.

A APS 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, previsto na Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.

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.

11.1.Cobertura da Atenção Primária no estado do Rio de Janeiro

Em abril de 2024 (último dado divulgado pelo Ministério da Saúde), a cobertura da Atenção Primária à Saúde no estado do Rio de Janeiro estava em 76,32%. O resultado foi encontrado por meio de busca realizada no site e-Gestor Atenção Primária - Relatórios Públicos - Cobertura da APS - Cobertura da Atenção Primária (PNS 2020-2023) - Histórico de cobertura. O método de cálculo considera o quantitativo de população cadastrada pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP) financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) em relação à população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Vale ressaltar que nos últimos anos, a cobertura da APS no estado do Rio de Janeiro vem aumentando significativamente, como pode ser observado no quadro 11 e na tabela 78 abaixo.

Quadro 11. Evolução da cobertura na Atenção Primária no estado do Rio de Janeiro, 2021-2024

Abril de 2021	Abril de 2022	Abril de 2023	Abril de 2024
49,78%	58%	65,07%	76,32%

Fonte: e-Gestor Atenção Primária à Saúde, jan. 2025.

Tabela 78. Cobertura da Atenção Primária no estado do Rio de Janeiro, abril de 2024.

Região de Saúde	População	eSF	eAP	eCR	eAPP	Cobertura APS
Baía da Ilha Grande	253.897	74	4	1	0	88,89%
Baixada Litorânea	846.933	160	21	0	0	70,27%
Centro-Sul	320.003	129	6	1	0	97,91%
Médio Paraíba	865.130	248	21	3	2	93,6%
Metropolitana I	9.750.577	1.860	171	22	53	76,64%
Metropolitana II	1.908.751	459	56	5	8	71,81%
Noroeste	336.995	113	18	2	2	94,76%
Norte	907.868	151	39	6	2	55,23%
Serrana	910.020	174	28	0	6	74,69%

Fonte: e-Gestor Atenção Primária à Saúde, 2025.

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastroParamPnab.xhtml>

Legenda: eSF - Estratégia de Saúde da Família; eAP - Estratégia de Atenção Primária

11.2. 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.

11.3. Equipes de Atenção Primária e a promoção da saúde e prevenção ao câncer

A Equipe de Atenção Primária, 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.

11.4. Fatores de risco para os principais tipos de câncer

Câncer de pele: qualquer pessoa pode desenvolver o câncer de pele, mas aquelas com pele muito clara, albinas, com vitiligo ou em tratamento com imunossupressores, são mais sensíveis ao sol. O câncer de pele é mais comum em pessoas com mais de 40 anos. É considerado raro em crianças e pessoas negras, exceto pessoas com essas características que tenham algum outro tipo de problema cutâneo. Apesar desse índice, a média da idade vem diminuindo com o passar dos anos, tendo em vista que pessoas jovens têm se exposto constantemente aos raios solares. Os principais fatores de risco para o câncer de pele não melanoma são: pessoas de pele clara, olhos claros, albinos ou sensíveis à ação dos raios solares; pessoas com história pessoal ou familiar deste câncer; pessoas com doenças cutâneas prévias; pessoas que trabalham sob exposição direta ao sol; exposição prolongada e repetida ao sol; exposição a câmaras de bronzamento artificial.

Câncer de mama: A presença de um ou mais fatores de risco não significa que a mulher terá, necessariamente, a doença. São fatores de risco: idade (antes de 35 anos, a incidência de câncer mama é muito rara, aumentando progressivamente, a partir de então, em razão do acúmulo de exposições aos diversos fatores de risco e das alterações próprias do envelhecimento) fatores

comportamentais e ambientais (sorepeso e obesidade após a menopausa, sedentarismo, consumo de álcool, exposição a radiações ionizantes, como raios X, mamografia e tomografia); fatores reprodutivos e hormonais (menarca antes dos 12 anos, menopausa tardia, não ter tido filhos, primeira gravidez após os 30 anos, não ter amamentado, uso de contraceptivos orais por um longo tempo, reposição hormonal pós-menopausa); fatores hereditários e genéticos (predisposição genética, com história familiar de câncer de mama em familiares de 1º grau, principalmente antes dos 50 anos, e de câncer de ovário, ou de mama em homens); exposição a substâncias tóxicas (agrotóxicos, benzeno, campos eletromagnéticos, compostos orgânicos voláteis, hormônios e dioxinas).

Para prevenir o câncer de mama, é importante manter um peso corporal adequado, praticar atividades físicas semanais e ter uma dieta rica em frutas e vegetais, evitando o consumo excessivo de gordura saturada e preferindo a gordura monoinsaturada e poliinsaturada.

Próstata: no Brasil, a cada dez homens diagnosticados com câncer de próstata, nove têm mais de 55 anos, portanto, o risco aumenta com o avançar da idade; homens cujo o pai, avô ou irmão tiveram câncer de próstata antes dos 60 anos, fazem parte do grupo de risco; estudos recentes mostram maior risco de câncer de próstata em homens com peso corporal mais elevado.

Colo do útero: além de aspectos relacionados à infecção pelo HPV (subtipo e carga viral, infecção única ou múltipla), mencionada anteriormente, outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. O tabagismo, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o uso de contraceptivos orais são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero. Ressalta-se que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (IARC, 2007).

Colorretal: os principais fatores relacionados ao maior risco de desenvolver câncer colorretal são: idade igual ou acima de 50 anos, excesso de peso corporal e alimentação não saudável, ou seja, pobre em frutas, vegetais e outros alimentos que contenham fibras, consumo de carnes processadas e a ingestão excessiva de carne vermelha. Outros fatores relacionados são história familiar de câncer colorretal, história pessoal de câncer de intestino, ovário, útero ou mama, doenças inflamatórias do intestino, além de tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.

A alimentação adequada e saudável, baseada em alimentos in natura ou minimamente processados, contribui para a prevenção do câncer.

Pulmão: o tabagismo é o principal fator de risco para o câncer de pulmão, sendo responsável por cerca de 85% dos casos. O risco de desenvolver câncer de pulmão varia com o número de cigarros fumados e o número de anos fumando. O fumo passivo também é um fator de risco. Ainda assim, alguns fumantes compulsivos não desenvolvem câncer de pulmão. O risco de desenvolver o câncer de pulmão diminui nas pessoas que param de fumar, mas ex-fumantes continuarão a ter maior risco de desenvolver câncer de pulmão do que pessoas que nunca fumaram. Outros fatores de risco para

o câncer de pulmão incluem: exposição a agentes químicos, como asbesto, arsênio, cromo, radônio, níquel, cádmio e cloreto de vinila; doenças pulmonares crônicas, como enfisema pulmonar ou bronquite crônica; história familiar de câncer de pulmão; idade, com a maioria dos casos ocorrendo entre os 50 e 70 anos; poluição; alimentação desequilibrada, com baixo consumo de frutas e verduras.

A prática regular de exercícios físicos pode ajudar a reduzir o risco de câncer de pulmão, pois contribui para manter um peso saudável e melhora a função pulmonar. (MS/INCA, 2017)

Os principais fatores de risco comportamentais como tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física podem ser modificados pela mudança de comportamento e por ações governamentais que regulamentem e reduzam, por exemplo, a comercialização, o consumo e a exposição de produtos danosos à saúde.

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 para o combate ao tabagismo; a prevenção ao uso de álcool; a prevenção da propagação de agentes sexualmente transmissíveis (como, HPV, HIV, Vírus hep. B e vírus HTLV I); 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.

As equipes de Atenção Primária à Saúde desempenham um papel importante na promoção da saúde, prevenção e acompanhamento do câncer, de forma integrada e contínua com os demais níveis de atenção à saúde. Essas ações incluem desde a educação da população sobre a importância da detecção precoce até o monitoramento e apoio a pacientes em tratamento.

No ano de 2011, o Ministério da Saúde lançou o programa Academia da Saúde, por meio da Portaria Nº719, de 07 de abril de 2011, com o objetivo de estimular o desenvolvimento de práticas corporais e atividade física, visando a contribuir para promoção da saúde e produção do cuidado. Potencialmente, ao estimular modos de vida saudáveis da população, o programa buscou a prevenção de fatores de risco para o desenvolvimento de diversos tipos de câncer e outros agravos.

Encontram-se registrados no CNES, 57 serviços nos moldes do Programa Academia da Saúde, distribuídos em 26 municípios de 08 regiões de saúde do estado. (Tabela)

O município do Rio de Janeiro dispõe do Programa Academia Carioca, criado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em 2009, similar ao programa do Ministério da Saúde. Atualmente, o programa está presente em mais de 200 unidades de Atenção Primária (clínicas da família e centros municipais de saúde) do município.

Não se registram programas semelhantes na região da Baía da Ilha Grande. No entanto, é

possível que outras iniciativas, com modelos próprios, venham sendo desenvolvidas por outros municípios, sem registros destes serviços.

Tabela 79. Número de Academias da Saúde por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, dezembro de 2024.

Região de Saúde	Academias da Saúde	Municípios com oferta
Baía da Ilha Grande	-	-
Baixada Litorânea	4	2
Centro Sul	3	2
Médio Paraíba	14	8
Metropolitana I	7	2
Metropolitana II	15	3
Noroeste	7	6
Norte	2	1
Serrana	5	2
Total	57	26

Fonte: CNES, janeiro/2025

Tabela 80. Número de serviços com abordagem e tratamento do fumante, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, setembro de 2024.

Região de Saúde	Abordagem e tratamento do fumante
Baía da Ilha Grande	67
Baixada Litorânea	63
Centro-Sul	133
Médio Paraíba	190
Metropolitana I	410
Metropolitana II	260
Noroeste	62
Norte	24
Serrana	184
Total	1.393

Fonte: CNES, setembro/2024

Na série histórica abaixo, se observa uma grande variação na produção de consultas para avaliação do fumante entre as regiões de saúde. Enquanto se verifica um importante aumento destas consultas nas regiões Metropolitana I e Noroeste, nos anos avaliados, nas demais regiões se observa uma diminuição muito significativa, com início em 2020.

A projeção da produção de 2024 das regiões Norte e da Baía da Ilha Grande sugere que, neste ano, as regiões retomaram os resultados da produção anterior a 2020.

Destacam-se também a importante redução na produção de consultas para fumantes nas regiões Centro Sul, Médio Paraíba e Serrana, além da baixa produção destas consultas nas regiões da Baía da Ilha Grande e Centro Sul, em todo o período avaliado.

Tabela 81: Produção de consultas para avaliação clínica do fumante, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, janeiro de 2019 a junho de 2024.

Região de Saúde atendimento	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Baía da Ilha Grande	28	-	16	59	31	15
Baixada Litorânea	1.452	512	663	1.067	907	467
Centro-Sul	92	54	10	22	15	1
Médio Paraíba	1.603	1.383	576	244	69	85
Metropolitana I	6.738	2.372	3.505	6.600	16.281	10.760
Metropolitana II	2.616	944	796	1.432	2.390	169
Noroeste	247	31	61	436	1.410	786
Norte	1.968	1.210	1.234	1.304	1.846	2.042
Serrana	2.231	493	2.696	2.460	1.272	555
Total	16.975	6.999	9.557	13.624	24.221	14.880

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 06/01/2025, sujeitos a retificação.

Também faz parte das ações da atenção primária, promover a prevenção do câncer de colo do útero de forma eficaz por meio da vacinação contra o HPV e realização da coleta para exame citopatológico cervico-vaginal.

A vacina contra o HPV (Papilomavírus Humano) é uma das principais estratégias para prevenir o câncer de colo do útero, devendo ser realizado o acompanhamento das taxas de cobertura vacinal e propondo estratégias de ampliação para captação, como parcerias com escolas municipais, estaduais e universidades para garantir que os adolescentes recebam a vacina de forma acessível e no momento certo.

O exame citopatológico cervico-vaginal é a principal estratégia para a detecção precoce do câncer de colo do útero, identificando também as lesões precursoras e possibilitando o tratamento para que as mesmas não evoluam para o diagnóstico de câncer. Para isso, a ampliação da oferta de coleta em todas as unidades de atenção primária, garantindo que todas as mulheres com idades entre 25 e 64 anos tenham acesso ao procedimento, deve ser uma ação prioritária.

Inclui investimento na capacitação contínua de médicos, enfermeiros e técnicos para a realização correta do exame e para a abordagem adequada dos pacientes, garantindo que eles se sintam confortáveis e confiantes e a convocação por busca ativa para mulheres que estão dentro da faixa etária recomendada, incentivando a realização regular do exame.

Na atenção primária também são realizados os exames clínicos das mamas e a solicitação de exames de mamografia de rastreio. A mamografia é o exame mais eficaz para a detecção precoce do câncer de mama, especialmente para a faixa etária de mulheres entre 50 e 69 anos.

Uma das dificuldades no rastreamento do câncer de mama é a não adesão ao exame. A busca ativa é uma estratégia eficaz por meio de visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde.

Falando sobre a detecção precoce do câncer de próstata, a equipe de Atenção Primária à Saúde atua na orientação e encaminhamento para exames e consultas especializadas. A informação e conscientização são fundamentais para estimular os homens a buscarem os exames diagnósticos e considerarem os sinais e sintomas.

Embora o rastreamento do câncer de próstata seja controverso e dependa de decisão compartilhada entre médico e paciente, avaliando os riscos e benefícios, a APS pode atuar orientando o encaminhamento dos homens para a realização do exame de PSA (antígeno prostático específico) ou toque retal, especialmente para fatores de risco, como idade superior a 50 anos (ou 45 anos, se houver histórico familiar) e histórico familiar de câncer de próstata.

A APS também desempenha um papel fundamental na promoção da saúde masculina e na redução de fatores de risco para o câncer de próstata, como promoção de hábitos saudáveis de alimentação, atividade física, tratamento para tabagismo e redução do consumo de álcool.

12. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A Atenção Especializada se constitui em um conjunto de pontos de atenção contemplando serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar, que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade.

É caracteristicamente demarcada pela incorporação de processos de trabalho que precisam de maior densidade tecnológica, as chamadas tecnologias especializadas, que devem ser preferencialmente ofertadas de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada para assegurar tanto boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada.

Tem a função de promover coordenadamente serviços especializados em saúde, oferecendo à população acesso qualificado e em tempo oportuno, apoiando e complementando os serviços da AB no diagnóstico e manejo do câncer.

12.1. Média Complexidade e Alta Complexidade Ambulatoriais

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam a 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. Este conjunto de ações e procedimentos é fundamental no que diz respeito ao diagnóstico e representa um dos nós críticos mais relevantes na

prática diária.

A resolutividade da média complexidade dá subsídios para a atenção primária e define o encaminhamento para a atenção hospitalar, se constituindo em um dos mais importantes elos entre os níveis de atenção. Desta forma, o acesso a estes serviços de forma organizada e tempestiva se caracteriza em um dos grandes desafios aos gestores.

Abaixo, se encontra o quantitativo de serviços especializados disponíveis para rastreamento, diagnóstico e estadiamento do câncer, registrados no CNES, e que compõem a linha de cuidado ao paciente oncológico na Média Complexidade do estado do Rio de Janeiro.

Tabela 82. Número de serviços para exames diagnósticos, por região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2024

Região de Saúde	Mamografia	Exames anatomopatológicos	Exames citopatológicos	Exames imuno-hematológicos	Exames coprológicos	Ultra-sonografia	Tomografia computadorizada	Ressonância magnética
Baía da Ilha Grande	7	2	5	8	8	16	5	3
Baixada Litorânea	16	9	14	26	26	59	23	6
Centro-Sul	7	3	10	24	25	30	7	0
Médio Paraíba	17	9	25	47	46	80	22	13
Metropolitana I	67	47	74	154	159	242	102	38
Metropolitana II	17	15	32	56	53	67	21	11
Noroeste	7	4	9	29	36	36	8	6
Norte	13	5	14	29	31	38	17	6
Serrana	17	9	33	67	68	64	25	17
Total	168	103	216	440	452	632	230	100

Fonte: CNES, setembro/2024

Em relação aos exames citopatológicos, histopatológicos e anatomopatológicos, já abordados anteriormente, é determinante destacar que se encontram registrados no CNES 366 médicos patologistas, prestando serviço no estado. Segundo a Associação Brasileira de Patologia, são necessários de 5 a 6 patologistas para cada 100 mil habitantes. Para a população do estado, seriam necessários entre 861 e 1033 patologistas e, para atender à população SUS exclusiva, entre 689 e 826. Nos registros do CNES, 266 patologistas exerceram suas funções em uma unidade de saúde com vínculo com o SUS, pelo menos em uma parte de sua carga horária de trabalho, em 2024. Estes dados evidenciam a grande escassez de profissionais da área (de 32% a 38% da necessidade), o que compromete, em muito, a possibilidade de atender à demanda por estes exames, dificultando a confirmação diagnóstica e o início do tratamento em tempo oportuno.

12.2. Disponibilidade de equipamentos para diagnóstico por imagem e por métodos ópticos

Segundo a Divisão de Detecção Precoce do INCA/MS (INCA, 2015), o parâmetro de referência para estimar a necessidade de equipamentos no atendimento à demanda e avaliar a capacidade de produção de um mamógrafo simples é Número de mamógrafos * 3 exames/hora * turno trabalho de 8h * 22 dias * 12 meses * desempenho de 80% = mamografias/ano.

No estado, o número de mamógrafos registrados no CNES seriam suficientes para atender à demanda estimada de 1.058.112 mamografias. No entanto, há informação fornecida por técnicos municipais, nas instâncias de discussão do estado, que o número de mamógrafos em uso é menor do que o atualmente informado no cadastro. É possível também que alguns prestadores não tenham registro como vinculados ao SUS, no CNES. Destaca-se que a produção de mamografias atual não é suficiente para atender a demanda esperada no estado, como já descrito anteriormente.

As Tomografias Computadorizadas e as Ressonâncias Nucleares Magnéticas constituem em um conjunto de procedimentos radiológicos importantes tanto na detecção como no diagnóstico e acompanhamento dos pacientes com câncer.

Estima-se a necessidade de 1 tomógrafo para cada 100 mil hab, portanto são necessários 138 tomógrafos para a população SUS exclusiva do estado e há 302 tomógrafos registrados no CNES em uso SUS. A produtividade esperada é entre 7.000 e 8.000 exames por equipamento/ano, em locais de alta demanda, podendo ser menor em locais de menor demanda. No entanto, o número de equipamentos registrados pode não corresponder aos existentes em uso no SUS, bem como equipamentos antigos podem não ter a mesma capacidade de produção.

Em relação à Ressonância Magnética, cada equipamento tem a capacidade de produzir 5.000 exames/ano, o que resulta numa produção de 655.000 exames (131 equipamentos). Estima-se a necessidade de 30 exames/1000 hab/ano, o que resulta na demanda esperada de 413.272 exames. Caso os equipamentos registrados no CNES estejam efetivamente em uso e em boas condições de operação, a produção esperada é suficiente para a população do estado.

A necessidade estimada de Ultrassonografias (US convencional) é de 150/1.000 hab/ano. Para cada equipamento se estima a produção de 3.024 exames/ano, resultando numa produção esperada de 2.470.608 exames no estado (817 equipamentos). No entanto, a estimativa da demanda de exames para a população SUS exclusiva do estado é de 11.254.782 ultrassons, o que representa quase 4 vezes a produção potencial dos equipamentos registrados no CNES.

O PET-CT (tomografia com emissão de pósitrons) é uma importante ferramenta no diagnóstico e acompanhamento de diversas neoplasias, e consiste em uma tomografia computadorizada associada ao marcador radioativo que registra, simultaneamente, imagens anatômicas e a atividade tecidual, em um único exame. Esta adição de informações faz com que o exame seja mais sensível na detecção de tumores e o preferencial para o acompanhamento da evolução da doença neoplásica e avaliação de resposta ao tratamento oncológico.

No SUS, os critérios para a autorização de PET-CT são restritivos, sendo autorizados apenas para o estadiamento clínico do câncer de pulmão de células não pequenas potencialmente ressecável; para a detecção de metástase(s) exclusivamente hepática(s) e potencialmente ressecável(eis) de câncer colorretal; e para o estadiamento e avaliação da resposta ao tratamento de linfomas de Hodgkin e não Hodgkin (Portaria MS nº1.340/2014).

Considerando-se que 01 equipamento PET/CT é necessário para cada 1,5 milhões de habitantes, para suprir a demanda da população do estado, 9 equipamentos precisariam ser disponibilizados, o que sugere o déficit de 2 equipamentos, caso os registrados no CNES sejam efetivos.

Tabela 83. Equipamentos registrados no CNES, outubro de 2024.

Equipamento	Existentes	Em Uso	Existentes SUS	Em Uso SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM				
Gama Camara	89	83	49	47
Mamografo com Comando Simples	399	380	139	130
Mamografo com Estereotaxia	86	82	40	37
Tomógrafo Computadorizado	797	766	315	302
Ressonancia Magnetica	424	410	134	131
Ultrassom Doppler Colorido	2224	2127	829	780
Ultrassom Ecografo	1321	1274	419	401
Ultrassom Convencional	2151	2019	910	817
Processadora de filme exclusiva para mamografia	260	253	167	163
Mamógrafo computadorizado	180	174	84	81
PET/CT	19	19	7	7
EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS				
Endoscopia das Vias Respiratórias	598	545	254	233
Endoscopia das Vias Urinárias	313	288	147	132
Endoscopia Digestivo	1309	1222	600	533

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/MS. Competência: outubro/2024. Gerado em 22/11/2024

Tabela 84. Equipamentos disponíveis para diagnóstico por imagem no SUS, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, outubro de 2024

Região de Saúde (CIR)	TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO		RESSONANCIA MAGNETICA		PET/CT		GAMA CAMARA	
	Existentes	Em Uso	Existentes	Em Uso	Existentes	Em Uso	Existentes	Em Uso
33001 Baía da Ilha Grande	9	9	4	4	-	-	39	39
33002 Baixada Litorânea	47	45	24	22	-	-	31	27
33003 Centro-Sul	15	15	6	6	-	-	-	-
33004 Médio Paraíba	41	41	23	23	1	1	4	4
33005 Metropolitana I	503	480	259	249	18	18	92	87
33006 Metropolitana II	85	80	48	46	-	-	135	131
33007 Noroeste	13	13	10	10	-	-	16	15
33008 Norte	45	44	26	26	-	-	47	46
33009 Serrana	41	41	24	24	-	-	3	2
Total	799	768	424	410	19	19	367	351

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Tabela 85. Equipamentos disponíveis para diagnóstico por imagem, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, outubro de 2024 (continuação)

Região de Saúde (CIR)	ULTRASSOM ECOGRAFO		ULTRASSOM CONVENCIONAL		MAMOGRAFO COM COMANDO SIMPLES		MAMOGRAFO COM ESTEREOTAXIA		MAMOGRAFO COMPUTADORIZADO	
	Existentes	Em Uso	Existentes	Em Uso	Existentes	Em Uso	Existentes	Em Uso	Existentes	Em Uso
33001 Baía da Ilha Grande	24	23	35	35	6	6	2	2	3	3
33002 Baixada Litorânea	69	68	106	104	25	25	3	3	9	9
33003 Centro-Sul	27	26	59	59	9	9	3	2	2	2
33004 Médio Paraíba	72	71	112	109	29	28	4	3	8	8
33005 Metropolitana I	772	743	1.328	1.255	235	224	49	47	111	106
33006 Metropolitana II	140	135	178	175	38	36	3	3	26	25
33007 Noroeste	38	34	77	34	8	8	3	3	3	3
33008 Norte	100	98	142	139	34	32	6	6	7	7
33009 Serrana	80	77	116	111	21	19	13	13	11	11
Total	1.322	1.275	2.153	2.021	405	387	86	82	180	174

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Tabela 86. Equipamentos por métodos ópticos disponíveis para diagnóstico, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, outubro de 2024

Região de Saúde	ENDOSCOPIO DAS VIAS RESPIRATORIAS		ENDOSCOPIO DIGESTIVO	
	Existentes	Em Uso	Existentes	Em Uso
Baía da Ilha Grande	19	19	24	22
Baixada Litorânea	19	18	72	69
Centro-Sul	13	13	38	38
Médio Paraíba	58	55	98	94
Metropolitana I	344	305	707	653
Metropolitana II	42	36	147	130
Noroeste	22	22	42	41
Norte	48	44	98	95
Serrana	33	33	85	82
Total	598	545	1311	1224

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Se observa importante aumento na produção de tomografias computadorizadas (incluindo-se o PET-CT) e ressonâncias magnéticas no estado entre os anos avaliados.

Tabela 87. Série temporal da produção de TC e RM necessárias na assistência aos principais tipos de cânceres avaliados, no estado do Rio de Janeiro, janeiro de 2019 a junho de 2024

Procedimento realizado	2019	2020	2021	2022	2023	2024
TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	403	285	488	733	800	611
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	87.883	223.085	302.778	221.641	237.989	133.236
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	134.781	147.728	199.693	243.590	288.742	168.486
RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	1.577	1.331	1.944	2.791	4.599	2.478
RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	5.883	6.108	8.568	12.047	15.870	8.882
RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	11.750	12.378	22.647	32.371	44.756	22.041
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA DA PROSTATA	-	-	-	-	-	65

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 07/11/2024, sujeitos a retificação.

Tabela 88. Produção de TC e RM necessárias aos principais tipos de cânceres avaliados, por região de saúde do atendimento do estado do Rio de Janeiro, 2023.

Procedimento realizado	Baía da Ilha	Baixada	Médio							Total
	Grande	Litorânea	Centro-Sul	Paraíba	Metro I	Metro II	Noroeste	Norte	Serrana	
TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	-	-	-	32	524	-	-	-	131	687
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	4.627	5.882	3.151	10.722	148.671	25.586	8.160	12.712	18.355	237.866
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	6.721	6.452	2.965	14.273	179.372	33.978	5.594	12.567	26.205	288.127
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INI	6.471	6.727	2.634	12.700	181.420	33.146	5.530	14.314	26.268	289.210
RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	36	149	14	132	2.710	524	142	379	377	4.463
RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	148	712	340	725	8.333	2.420	159	1.357	1.478	15.672
RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR	372	1.714	955	1.532	27.862	5.163	853	2.907	2.673	44.031
Total	30.623	44.395	20.199	69.480	1.038.939	197.423	35.720	74.357	124.472	1.635.608

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 07/11/2024, sujeitos a retificação.

12.3. Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE

O PMAE institui um novo modelo de financiamento da atenção ambulatorial especializada por meio das Ofertas de Cuidados Integrados (OCI), que são um conjunto de procedimentos e tecnologias de cuidado necessários a uma atenção oportuna e com qualidade, integrados para concluir uma etapa na linha de cuidado ou na condução de agravos específicos de rápida resolução, de diagnóstico ou de tratamento. O PMAE tem por objetivos aumentar a disponibilidade de consultas, exames e outros procedimentos; reduzir filas e o tempo de espera; mudar a lógica de financiamento do serviço; e melhorar o encaminhamento dos pacientes.

É importante destacar, que todos os 92 municípios que compõem o estado do Rio de Janeiro já aderiram ao PMAE e encontram-se em fase de planejamento para elaboração do Plano de Ação Regional (PAR). O PAR é uma ferramenta estratégica, que visa identificar as necessidades de saúde de uma região e planejar a realização das atividades do PMAE, se configurando como o instrumento que formaliza a proposta de implementação do programa em um determinado território.

O Plano de Ação deve ser desenvolvido em conjunto pelas Secretarias Municipais de Saúde e pela Secretaria de Estado. O envio do PAR deve ser acompanhado pelo Núcleo de Gestão e Regulação (NGR), para garantir a validade do plano.

Ressalta-se que das nove regiões de saúde, cinco já possuem o PAR aprovado pelo MS conforme quadro abaixo. As demais regiões estão em processo de construção, conforme previsto na Portaria SAES/MS Nº 2.321, de 5 de dezembro de 2024.

Quadro 12: Regiões com Plano de Ação Regional (PAR) já aprovados pelo MS em 2024

Região	Processo SEI N°
Baixada Litorânea	080001/035821/2024
Centro Sul	080001/036135/2024
Médio Paraíba	080001/035992/2024
Noroeste	080001/030498/2024
Metropolitana I	080001/038758/2024

Fonte: SUPAECA/SES-RJ

Recentemente, foi publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2024), o documento Protocolo de Acesso às Ofertas de Cuidado Integrados na Atenção Especializada em Oncologia, visando orientar o acesso aos conjuntos de oferta de cuidado integrado no âmbito do programa nacional de expansão e qualificação na Atenção ambulatorial Especializada em Oncologia, oferta de Cuidados em Oncologia (OCI) , protocolos, para os cinco principais tipos de câncer, cujos objetivos são padronização do cuidado, prática baseada em evidências , segurança nas decisões clínicas, otimização dos processos e uso eficiente dos recursos, os quais subsidiarão a organização e condutas do NGR, além de orientar aos profissionais da assistência em conjuntos com outros protocolos já existentes a tomada de decisão do fluxo de cuidado mais adequado a cada situação.

12.4. Alta complexidade hospitalar

Define-se como alta complexidade o 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). As normativas que redefinem os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em Oncologia no âmbito do SUS estão contidas na Portaria SAES/MS nº 688/2023.

A Alta Complexidade na Atenção Oncológica do estado é composta por 31 unidades habilitadas, sendo 27 UNACONS, 2 CACONS e 2 serviços hospitalares de cirurgia oncológica (Hospital Federal de Ipanema e Hospital Orêncio de Freitas), distribuídas pelas regiões de saúde. Esta rede de serviços é a responsável pelo atendimento integral ao paciente oncológico, de acordo com as normas da Portaria de Consolidação nº 01 de 22/02/2022 e Portaria SAES nº 688 de 28/08/2023.

As referências para atendimento oncológico no estado são pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), entretanto, em virtude de ser um processo dinâmico devido à constante remodelação e atualização na rede de assistência e à necessidade de adequações nos fluxos, sistematicamente são revistas nas instâncias de pactuação e divulgadas no site da SES-RJ.

As internações por patologias oncológicas se subdividem basicamente em três grupos: internações para realização de procedimentos cirúrgicos, internação para administração de quimioterapia e internações para tratamentos clínicos (devido à intercorrências inerentes à própria patologia ou toxicidade inerente ao tratamento).

Tabela 89. Estimativa da necessidade de tratamentos, por pacientes e número de procedimentos, segundo região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2023-2025

Região de Saúde	Pacientes			Procedimentos		
	Cirurgia	Quimioterapia	Radioterapia	Cirúrgicos	Quimioterapia	Radioterapia
	60%	70%	60%	1,08/pac	7,5 meses/pac	1/pac
Total ERJ	21.325	24.879	21.325	23.031	186.596	21.325
Baía da Ilha Grande	337	393	337	364	2.945	337
Baixada Litorânea	1.124	1.311	1.124	1.214	9.835	1.124
Centro-Sul	425	496	425	459	3.718	425
Médio Paraíba	1.149	1.340	1.149	1.241	10.052	1.149
Metropolitana I	12.896	15.045	12.896	13.927	112.838	12.896
Metropolitana II	2.536	2.958	2.536	2.739	22.188	2.536
Noroeste	447	521	447	483	3.911	447
Norte	1.205	1.405	1.205	1.301	10.541	1.205
Serrana	1.208	1.409	1.208	1.305	10.569	1.208

Fonte: INCA, 2022

Nos registros da produção da alta complexidade hospitalar, se observa que a produção mínima esperada segundo a Portaria nº 688/2023 não é cumprida por vários serviços habilitados no estado. A proporção de serviços com produção abaixo da mínima necessária para atendimentos aos adultos é de 26,9% daqueles que realizam quimioterapia, 59,3% dos que realizam cirurgia e 60% dos que realizam radioterapia.

É importante considerar aqui o possível sub-registro nas bases oficiais por parte dos serviços orçamentados, haja vista que dos 11 serviços federais (incluindo-se os hospitais universitários), apenas o INCA I apresentou a produção de todos os recursos (quimioterapia, radioterapia e cirurgia) maiores do que a mínima esperada.

De acordo com os registros no SIH, entre os anos de 2019 e 2023, se observou aumento significativo na produção de cirurgias oncológicas do adulto no estado. Este aumento ocorreu em todas as regiões de saúde, com exceção da Metropolitana II, que apresentou expressiva redução destes procedimentos no período. No entanto, as projeções dos resultados preliminares de 2024 apontam para uma redução na produção dessas cirurgias no estado. Considerando-se a projeção, se observa que 16 dos 27 serviços habilitados apresentaram redução na produção de cirurgias oncológicas, quando comparada com a produção de 2019, sendo que 08 deles tiveram redução superior a 25% (Hospital Geral de Bonsucesso, Inca Hospital do Câncer III, Inca Hospital do Câncer II, Hospital Orêncio de Freitas, Hospital Regional Darcy Vargas, HINJA, Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos), produzindo maior impacto nas regiões Metropolitanas.

No período avaliado, houve aumento na produção de quimioterapia para adultos com câncer em todas as regiões de saúde do estado. A tendência se mantém na projeção da produção de 2024, para todas as regiões, embora se observe redução na produção do Inca Hospital do Câncer I, do Inca

Hospital do Câncer II e do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

Além da região da Baía da Ilha Grande, na qual não há serviços habilitados em oncologia, a Centro-Sul não possui serviço de radioterapia em seu território. O Hospital Federal dos Servidores do Estado (Metropolitana I) não apresenta produção deste recurso em todo o período avaliado e o Centro de Terapia Oncológica, única unidade habilitada da região Serrana, não apresenta produção de radioterapia desde 2023.

À exceção da região Serrana, houve aumento da produção de radioterapia em todas as demais regiões do estado no período avaliado (2020 a 2024, tendo sido excluído o ano de 2019, em função da modificação na metodologia de registro da produção). A projeção da produção de 2024, entretanto, aponta uma redução da produção nas regiões Metropolitanas e no Médio Paraíba. Os serviços com maior redução no período foram o INCA Hospital do Câncer III e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

Quadro 14. Produção da Alta Complexidade em Oncologia por UNACON e segundo região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2019-2024.

REG	Município	Prestador	Habilitação	Parâmetro	Produção Considerada	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
BL	Cabo Frio	Hosp. Santa Izabel	UNACON com Serv. Radiotp.	Qui miotp - 5300	Qui miotp Ad	17.811	19.788	21.292	22.623	23.692	11.494
					Qui miotp Cr e Adol	3	-	6	5	-	-
				Radiotp - 600	Radiotp Tot	20.571	383	393	449	589	373
				Cirurgia - 650	Proc. Cír Ad	648	678	704	782	1.055	411
CS	Vassouras	HUV - Hosp. Univ. de Vassouras (Sul Fluminense)	UNACON com Serviço de Hematologia *	Qui miotp - 5300	Qui miotp Ad	8.870	10.664	10.001	11.013	11.778	6.410
					Qui miotp Cr e Adol	-	-	-	19	8	-
				Cirurgia - 650	Proc. Cír Ad	258	234	231	310	403	189
MP	Barra Mansa	Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa	UNACON com Serv. de Radiotp e Serv. de Hematol	Qui miotp - 5300	Qui miotp Ad	9.786	11.129	12.157	13.144	14.866	7.432
					Radiotp	22.462	482	566	430	558	202
				Cirurgia - 650	Proc. Cír Ad	569	571	917	964	1.047	546
MP	Volta Redonda	HINJA	UNACON com Serv. de Radiotp	Qui miotp - 5300	Qui miotp Ad	13.923	14.897	15.012	14.576	15.529	8.000
					Radiotp	25.017	628	593	606	617	297
				Cirurgia - 650	Proc. Cír Ad	480	464	416	453	489	178
N	Campos dos Goytacazes	Hospital Dr. Beda	UNACON com Serv. de Radiotp *	Qui miotp - 5300	Qui miotp Ad	6.389	6.972	7.847	7.840	9.000	5.259
					Radiotp	17.364	510	552	553	483	274
				Cirurgia - 650	Proc. Cír Ad	484	446	537	547	619	266
N	Campos dos Goytacazes	Hospital Escola Álvaro Alvim	UNACON com Serv. de Radiotp *	Qui miotp - 5300	Qui miotp Ad	9.420	10.188	10.818	11.415	12.183	6.378
					Qui miotp Cr e Adol	7	18	16	-	13	5
				Radiotp - 600	Radiotp	15.476	611	601	592	647	372
				Cirurgia - 650	Proc. Cír Ad	494	374	455	451	436	203
N	Campos dos Goytacazes	Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	UNACON	Qui miotp - 5300	Qui miotp Ad	3.048	2.812	1.789	1.762	1.960	895
					Qui miotp Cr e Adol	14	24	3	-	-	-
				Cirurgia - 650	Proc. Cír Ad	65	19	33	46	24	7
N	Macaé	Hospital São João Batista de Macaé	UNACON	Qui miotp - 5300	Qui miotp Ad	-	-	-	-	347	1.672
					Proc. Cír Ad	-	-	-	-	-	56
				Cirurgia - 650	Proc. Cír Ad	-	-	-	-	-	-
NO	Itaperuna	Hospital São Jose do Awaí	UNACON com Serv. de Radiotp, Hematologia e Oncol. Pediátrica	Qui miotp - 5300	Qui miotp Ad	6.226	5.298	6.251	4.677	5.635	3.483
					Radiotp	16918	356	390	371	381	193
				Cirurgia - 650	Proc. Cír Ad	406	328	475	394	594	315
				Qui miotp Ped - 270	Qui miotp Cr e Adol	39	44	73	57	41	15
				Cirurgia Ped -	Proc. Cír Cr e Adol	1	4	4	2	1	6
SER	Petrópolis	Centro de Terapia Oncológica SC Ltda	Serv. de Radiotp de Complexo Hosp. 17.15 (Serv. do Alcides Carneiro)	Radiotp - 600 (x 3)	Radiotp	43035	834	612	146	-	-
SER	Petrópolis	Hospital Alcides Carneiro	UNACON com Serv. de Radiotp de Complexo Hosp. *	Qui miotp - 5300	Qui miotp Ad	10.307	10.857	11.104	11.901	12.785	6.269
					Proc. Cír Ad	267	279	560	846	892	346
SER	Teresópolis	Hospital São Jose	UNACON	Qui miotp - 5300	Qui miotp Ad	9.322	10.150	11.092	12.285	13.417	6.081
					Proc. Cír Ad	527	516	561	554	564	224

Fontes: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 05/07/2024, sujeitos a retificação. (Químio e Rádio). Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. Ministério da Saúde/Datasus. (Cirurgias). Situação da base em 05/08/2024 às 15:00, sujeito a alterações.

Notas:

- * Hospitais habilitados para 1723 Reconstrução Mamária Pós-Mastectomia Total
- A produção de hematopatologia está contida nos dados apresentados
- Os dados de 2024 correspondem à produção de janeiro a junho.
- Parâmetros preconizados na Portaria n° 688/2023.
- Legenda: BL - Baixada Litorânea, CS - Centro-Sul, MP - Médio Paraíba, N - Norte, NE - Noroeste, S - Serrana.

Quadro 15. Produção da Alta Complexidade em Oncologia, por UNACON/CACON e segundo região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2019-2024. (continuação)

Região	Município	Prestador	Habilitação	Parâmetro	Produção Considerada	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
MI	Nova Iguaçu	Instituto Oncológico	Serviço Isolado de Radiotp	Radiotp - 600	Radiotp Tot	18.168	588	600	640	621	317
MI	Rio de Janeiro	Hospital de Ipanema	Hospital Geral com Cirurgia Oncológica	Cirurgia - 80	Proc. Cir Ad	225	259	568	502	569	192
MI	Rio de Janeiro	Hospital Federal Cardoso Fontes	UNACON	Quimiotp - 5300	Quimiotp Ad	4.237	5.351	8.217	8.566	8.590	3.983
				Cirurgia - 650	Proc. Cir Ad	200	152	222	233	228	94
				Quimiotp Ad - 5300	Quimiotp Ad	2.486	2.113	796	5.047	7.889	4.493
MI	Rio de Janeiro	Hospital Federal da Lagoa	UNACON com Serv. de Oncol. Ped.	Cirurgia - 650	Proc. Cir Ad	262	170	170	250	272	102
				Quimio Ped - 270	Quimiotp Cre Adol	97	151	43	149	137	24
				Cirurgia Ped -	Proc. Cir Cre Adol	0	2	4	1	1	0
MI	Rio de Janeiro	Hospital Federal do Andaraí	UNACON	Quimiotp - 5300	Quimiotp Ad	1.099	1.571	3.359	3.655	3.638	2.007
				Cirurgia - 650	Proc. Cir Ad	257	237	306	360	352	133
				Quimiotp - 5300	Quimiotp Ad	2.267	2.003	221	1.402	3.361	1.762
MI	Rio de Janeiro	Hosp. Fed. dos Servidores do Estado	UNACON com Serv. de Radiotp, Hematol. e Oncol. Ped.	Radiotp - 600	Radiotp	0	0	0	0	0	0
				Cirurgia - 650	Proc. Cir Ad	223	194	187	228	246	111
				Quimiotp Ped- 270	Quimiotp Cre Adol	45	38	12	61	72	80
				Cirurgia Ped -	Proc. Cir Cre Adol	0	0	1	0	1	0
MI	Rio de Janeiro	Hospital Geral de Bonsucesso	UNACON com serviço de Hematologia	Quimiotp - 5300	Quimiotp Ad	767	-	-	14	62	
				Cirurgia - 650	Proc. Cir Ad	380	183	104	204	294	138
				Quimiotp - 5300	Quimiotp Ad	34.797	40.608	42.064	45.715	49.011	24.215
MI	Rio de Janeiro	Hospital Mario Kroeff	UNACON com Serv. de Radiotp (Oncol. Cir. Hosp. Porte B)	Radiotp - 600 (x2)	Radiotp Tot	42.443	1060	1058	1496	2004	923
				Cirurgia - 650	Proc. Cir Ad	1.042	1.010	1.094	1.280	1.080	627
				Quimiotp - 5300	Quimiotp Ad	10.785	9.179	9.259	8.698	9.364	5.060
MI	Rio de Janeiro	Hosp. Univ. Clementino Fraga Filho	CACON	Radiotp - 600	Radiotp	9.222	427	373	354	241	181
				Cirurgia - 650	Proc. Cir Ad	259	223	334	299	387	161
				Quimiotp -	Quimiotp Cre Adol	16	44	34	20	15	12
				Cirurgia -	Proc. Cir Cre Adol	2	0	3	2	2	3
MI	Rio de Janeiro	Hosp. Universitário Gaffrêe e Guinle	UNACON	Quimiotp - 5300	Quimiotp Ad	2.599	2.191	2.011	3.202	3.871	1.850
				Cirurgia - 650	Proc. Cir Ad	249	189	234	262	311	91
				Quimiotp - 5300	Quimiotp Ad	7.966	2.956	11.757	14.161	17.884	10.477
				Quimiotp Cre Adol	Quimiotp Cre Adol	46	25	79	65	87	49
				Radiotp - 600	Radiotp	9.265	238	390	733	1.121	613
				Cirurgia - 650	Proc. Cir Ad	705	534	883	957	1.110	331
				Quimiotp - 5300	Quimiotp Ad	16.280	15.761	15.741	11.951	14.189	7.051
MI	Rio de Janeiro	Inca Hospital do Câncer I	CACON com Serv. de Oncol. Ped. (Oncol. Cir. Hosp. Porte A)	Radiotp - 600 (x3)	Radiotp	90.824	2.528	3.422	3.008	2.749	1.260
			Tratamentos Integrados Sincrônicos em Oncologia- 17.22	Cirurgia - 650	Proc. Cir Ad	1.126	945	1.115	999	1.021	520
				Quimiotp Ped - 270	Quimiotp Cre Adol	1.634	1.521	1.593	1.402	1.497	681
				Cirurgia Ped -	Proc. Cir Cre Adol	11	29	25	26	14	13
MI	Rio de Janeiro	Inca Hospital do Câncer III	UNACON com Serv. de Radiotp (Oncol. Cir. Hosp. Porte A)	Quimiotp - 5300	Quimiotp Ad	23.850	23.903	23.945	8.469	21.589	11.918
				Radiotp - 600	Radiotp	6.026	442	307	-	130	132
				Cirurgia - 650	Proc. Cir Ad	1.342	950	1.113	908	873	411
				Quimiotp - 5300	Quimiotp Ad	3.586	3.450	3.154	2.888	3.021	1.633
MI	Rio de Janeiro	Inca Hospital do Câncer II	UNACON (Oncologia Cir. Hosp. Porte A)	Quimiotp Cre Adol	Quimiotp Cre Adol	16	-	5	-	-	-
				Cirurgia - 650	Proc. Cir Ad	1.042	698	868	888	855	386
				Quimiotp - 900	Quimiotp Ad	8.584	7.441	8.771	8.219	9.070	4.862
				Quimiotp Cre Adol	Quimiotp Cre Adol	478	425	455	446	434	237
MI	Rio de Janeiro	Inst. Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti	UNACON Exclusiva de Hematologia	Quimiotp Ped - 720	Quimiotp Cre Adol	265	294	337	338	299	156
			U NACON excl. de Oncol. Ped.	Cirurg Ped -	Proc. Cir Ped	4	12	12	11	16	9
MI	Rio de Janeiro	Hospital Estadual de Transplante Câncer e Cirurgia Infantil	U NACON excl. de Oncol. Ped.	Quimiotp Ped - 720	Quimiotp Cre Adol	464	324	423	418	380	157
			U NACON excl. de Oncol. Ped.	Cirurg Ped -	Proc. Cir Ped	1	0	1	2	0	0
MII	Niterói	Clínica de Radioterapia Ingá	Serviço Isolado de Radiotp	Radiotp - 600	Radiotp	33.298	673	772	905	897	411
MII	Niterói	Hospital Orêncio de Freitas	Hospital Geral com Cir.Oncol.	Cirurgia - 80	Proc. Cir Ad	99	78	66	66	86	24
				Quimiotp - 5300	Quimiotp Ad	11.279	11.618	11.916	13.030	13.421	7.128
				Quimiotp Cre Adol	Quimiotp Cre Adol	6	-	-	-	-	-
MI	Niterói	Hospital Universitário Antonio Pedro	UNACON com Serv. Hematol.	Cirurgia - 650	Proc. Cir Ad	495	345	431	423	455	226
				Quimiotp - 5300	Quimiotp Ad	10.113	13.458	16.120	17.317	14.082	5.502
				Cirurgia - 650	Proc. Cir Ad	674	687	936	869	362	33

Fontes: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 05/07/2024, sujeitos a retificação. (Químico e Rádio).

Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. Ministério da Saúde/Datasus. (Cirurgias). Situação da base em 05/08/2024 às 15:00, sujeito a alterações.

Notas:

- * Hospitais habilitados para 1723 Reconstrução Mamária Pós-Mastectomia Total
- A produção de Hematopatologia está contida nos dados apresentados
- Os dados de 2024 correspondem à produção de janeiro a junho.
- Parâmetros preconizados na Portaria nº 688/2023.
- Legenda: MI - Metropolitana I, MII - Metropolitana II

12.5. Cirurgias Oncológicas

Tabela 90. Comparativo da produção de cirurgias realizadas nos UNACON/CACON do estado, em 2023, com as estimativas do INCA para 2023-2025.

Regiões	Pop Tot		Casos novo estimados			Procedimentos cirúrgicos					
	Fem	Masc	Casos Totais	Casos SUS excl.	Estimados (1,08/pac)	Produção AC 2023	Produção MC 2023	% do esperado AC	% do esperado MC	% tot cir	Déficit
Total	9.108.159	8.355.190	48.291	38.633	25.034	15.582	4.610	62,2	18,4	80,7	7.473
Baía da Ilha Grande	150.365	149.922	829	663	430	-	-	-	-	-	-
Baixada Litorânea	445.848	424.456	2.404	1.923	1.246	1.065	151	85,4	12,1	97,6	181
Centro-Sul	175.943	167.627	949	759	492	403	99	81,9	20,1	102,0	89
Médio Paraíba	477.556	444.762	2.549	2.040	1.322	1.546	155	117,0	11,7	128,7	-224
Metropolitana I	5.556.387	5.029.280	29.283	23.426	15.180	8.535	2.962	56,2	19,5	75,7	6.645
Metropolitana II	1.125.844	1.019.181	5.934	4.747	3.076	903	236	29,4	7,7	37,0	2.173
Noroeste	178.180	172.411	968	775	502	595	175	118,6	34,9	153,4	-93
Norte	489.635	474.793	2.663	2.130	1.381	1.079	613	78,2	44,4	122,6	302
Serrana	508.401	472.758	2.712	2.170	1.406	1.456	219	103,6	15,6	119,1	-50

Fonte: Estimativas INCA para o ERJ, 2023-2025

Produção: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. Ministério da Saúde/Datasus. (Cirurgias). Situação da base em 05/08/2024 às 15:00, sujeito a alterações.

O estado conta com 27 serviços que realizam cirurgias oncológicas, distribuídos em 8 regiões de saúde.

Em 2023, as regiões da Baía da Ilha Grande (97,4%), Metropolitana II (40,3%) e Baixada Litorânea (22,3%) referenciaram a maior proporção de pacientes oncológicos para outras regiões para a realização de procedimentos cirúrgicos, quando comparadas com as demais, enquanto as regiões Metropolitana I, Noroeste, Médio Paraíba e Norte ofertaram cirurgias para mais de 90% dos seus residentes com câncer que tiveram acesso ao SUS.

A região da Baía da Ilha Grande, que não possui serviços habilitados, apresentou um baixo número de residentes entre os que realizaram procedimentos cirúrgicos, o que pode sugerir restrição de acesso.

Tabela 91. Migração dos pacientes para cirurgia oncológica, estado do Rio de Janeiro, 2023

Região de Saúde	Total cirurg para resid	Cirurgias realizadas na própria região	% Cirurgias realizadas na própria região	Cirurgias realizadas em outras regiões	% Cirurgias realizadas em outras regiões	Cirurgias para resid de outras regiões	% Produção de cirurgias para resid de outras regiões
Baía da Ilha Grande	232	6	2,6%	226	97,4%	-	-
Baixada Litorânea	1.311	1.019	77,7%	292	22,3%	15	1,5
Centro-Sul	543	443	81,6%	100	18,4%	10	2,2
Médio Paraíba	1.586	1.459	92,0%	127	8,0%	194	12,1
Metropolitana I	7.235	7.124	98,5%	111	1,5%	1.356	16,3
Metropolitana II	1.348	805	59,7%	543	40,3%	118	13,0
Noroeste	566	548	96,8%	18	3,2%	34	6,2
Norte	1.200	1.104	92,0%	96	8,0%	12	1,1
Serrana	1.773	1.535	86,6%	238	13,4%	12	0,8

Fonte: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. Ministério da Saúde/Datasus. (Cirurgias). Situação da base em 05/08/2024 às 15:00, sujeito a alterações.

Tabela 92. Série temporal da produção de cirurgias de Média Complexidade para pacientes com câncer, em hospitais não habilitados para a Alta Complexidade em oncologia, por região de saúde do estabelecimento, estado do Rio de Janeiro, 2019- a Junho de 2024

Região de Saúde	2019	2020	2021	2022	2023	Jan/Jun2024
Baía da Ilha Grande	74	53	60	80	109	68
Baixada Litorânea	92	61	115	191	265	160
Centro-Sul	40	38	53	48	37	16
Médio Paraíba	1.034	983	1.093	1.191	1.695	1.219
Metropolitana I	126	122	207	418	571	215
Metropolitana II	493	283	249	260	370	158
Noroeste	171	90	118	139	111	58
Norte	20	15	16	18	34	13
Serrana	124	87	140	157	136	47
Total	2.174	1.732	2.051	2.502	3.328	1.954

Fonte: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. Ministério da Saúde/Datasus. (Cirurgias). Situação da base em 05/08/2024 às 15:00, sujeito a alterações.

Em relação à produção de cirurgias de Média Complexidade para pacientes com câncer, em hospitais não habilitados para a Alta Complexidade em oncologia, destaca-se a alta produção da região do Médio Paraíba.

12.5.1. Cirurgias sequenciais

Se observa um aumento de 22,8% nas cirurgias oncológicas sequenciais entre os anos de 2019 e 2023, o que sugere a necessidade de análises sistemáticas desta produção. Cabe ressaltar que o impacto financeiro gerado pelas cirurgias sequenciais representa o dobro das cirurgias habituais em Oncologia.

Tabela 93. Série histórica da produção de cirurgias oncológicas sequenciais, segundo região de saúde do estado do Rio de Janeiro, jan 2019 a jun 2024

Estabelecimento	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Baixada Litorânea	230	286	231	251	311	123
Centro-Sul	51	54	64	108	151	70
Metropolitana I	1.137	858	1.176	1.046	1.209	575
Metropolitana II	424	394	514	456	259	56
Médio Paraíba	491	515	744	753	855	441
Norte	426	388	411	433	426	200
Noroeste	120	121	149	162	210	107
Serrana	112	135	217	261	253	146
Total	2.991	2.751	3.506	3.470	3.674	1.718

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS, Ministério da Saúde/Datasus. Situação da base em 05/08/2024 às 15:00, sujeito a alterações. Gerado em 27/08/2024

12.6. Quimioterapia

No estado, a oferta de quimioterapia em 2023 seria suficiente para atender aos casos novos de câncer estimados para todas as regiões de saúde, mas é importante considerar que uma parcela significativa de casos antigos realiza quimioterapia paliativa.

Tabela 94. Comparativo da produção de quimioterapia nos UNACON/CACON do estado, em 2023, com as estimativas do INCA para 2023-2025.

Regiões	Pop Total		Casos novos estimados		Procedimentos de Quimioterapia		
	Fem	Masc	Casos Totais	Casos SUS excl.	Estimados (7,5 meses/pac)	Produção 2023	% do estimado
Total	9.108.159	8.355.190	48.291	38.633	202.824	330.722	163,1
Baía da Ilha Grande	150.365	149.922	829	663	3.480	-	-
Baixada Litorânea	445.848	424.456	2.404	1.923	10.098	23.692	234,6
Centro-Sul	175.943	167.627	949	759	3.986	11.778	295,5
Médio Paraíba	477.556	444.762	2.549	2.040	10.708	30.395	283,9
Metropolitana I	5.556.387	5.029.280	29.283	23.426	122.988	181.973	148,0
Metropolitana II	1.125.844	1.019.181	5.934	4.747	24.922	27.503	110,4
Noroeste	178.180	172.411	968	775	4.066	5.676	139,6
Norte	489.635	474.793	2.663	2.130	11.185	23.503	210,1
Serrana	508.401	472.758	2.712	2.170	11.391	26.202	230,0

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 07/11/2024, sujeitos a retificação.

Na análise da série temporal da produção de quimioterapia, se observa um significativo aumento nestes procedimentos (26,7%) no estado. O crescimento de 21,7% nos procedimentos de quimioterapia adjuvante pode refletir o aumento no acesso ao diagnóstico e ao tratamento tempestivo ao longo dos anos. No entanto, houve crescimento maior da quimioterapia paliativa (37%), o que pode sinalizar também déficits persistentes no diagnóstico precoce do câncer.

Tabela. Série temporal da produção de quimioterapia por forma de organização, no estado do Rio de Janeiro, em 2023.

Forma de organização	2019	2020	2021	2022	2023	Jan/Jun2024	Varição no período
030402 Quimioterapia paliativa - adulto	100.284	101.573	112.315	124.054	137.419	68.387	37%
030403 Quimioterapia para controle temporário de doença - adulto	24.094	22.515	24.712	25.041	28.381	13.664	17,80%
030404 Quimioterapia prévia (neoadjuvante/citorredutora)- adulto	17.394	19.653	23.231	20.886	20.087	10.160	15,50%
030405 Quimioterapia adjuvante (profilática) - adulto	89.751	96.611	100.302	97.828	109.266	53.363	21,70%
030406 Quimioterapia curativa - adulto	4.224	3.986	4.134	3.789	4.519	2.022	7%
030407 Quimioterapia de tumores de criança e adolescente	3.133	2.909	3.086	3.078	2.974	1.337	-5,1%
Total	238.880	247.247	267.780	274.676	302.646	148.933	26,70%

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 07/11/2024, sujeitos a retificação.

O estado do Rio de Janeiro conta com 26 serviços com oferta de quimioterapia, distribuídos em 08 das 09 regiões de saúde. A região da Baía da Ilha Grande não dispõe destes serviços em seu território, necessitando especialmente dos serviços da Região do Médio Paraíba

(82,6%) para o atendimento aos seus residentes. A região Metropolitana II contou com os serviços da Metropolitana I para o atendimento de 21% dos seus residentes.

Com exceção da Baía da Ilha Grande e da Metropolitana II, todas as demais regiões realizaram procedimentos de quimioterapia para mais de 90% dos casos de câncer residentes que tiveram acesso aos serviços.

Tabela 95. Migração dos pacientes adultos em quimioterapia, segundo região de residência do estado do Rio de Janeiro, 2023

Região de Saúde	Total quimiotp para resid SUS	Quimiotp realizadas na própria região	% Quimiotp realizadas na própria região	Quimiotp realizadas em outras regiões	% Quimiotp realizadas em outras regiões	Quimiotp para resid de outras regiões	% Produção de quimiotp para resid de outras regiões
Baía da Ilha Grande	3.916	-	-	3.916	100,0%	-	-
Baixada Litorânea	28.772	25.910	90,1%	2.862	9,95%	21	0,1%
Centro-Sul	13.150	12.109	92,1%	1.041	7,92%	232	1,9%
Médio Paraíba	30.910	29.446	95,3%	1.464	4,74%	3.433	10,6%
Metropolitana I	139.214	138.197	99,3%	1.017	0,74%	16.348	10,9%
Metropolitana II	36.058	28.441	78,9%	7.617	21,12%	1.102	3,8%
Noroeste	5.832	5.587	95,8%	245	4,20%	260	4,7%
Norte	26.135	25.442	97,4%	693	2,65%	221	0,9%
Serrana	27.940	27.749	90,4%	2.953	9,62%	191	0,7%

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 07/11/2024, sujeitos a retificação.

Tabela 96. Percentual de procedimentos de quimioterapia para pacientes adultos realizados fora da região de residência, segundo principais regiões do atendimento

Região de residência	Principais regiões de atendimento				
	MP	MI	MII	NO	N
Baía da Ilha Grande	82,6%	7,4%			
Baixada Litorânea		8,9%	0,8%		
Centro-Sul		7,3%			
Médio Paraíba		4,6%			
Metropolitana I			0,5%		
Metropolitana II		21,1%			
Noroeste		3,6%			0,6%
Norte		1,6%			
Serrana		1,6%		0,9%	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 07/11/2024, sujeitos a retificação.

12.6.1. Migração - Quimioterapia de tumores da criança e do adolescente

Em 2023, foram registrados 3.266 procedimentos de quimioterapia para crianças e adolescentes no estado. Destes, 97,5% foram realizados na região Metropolitana I, especificamente na capital (3.183). Os atendimentos realizados pelos residentes na Metropolitana I representaram 67,25% da produção da capital. O restante dos procedimentos foi realizado nas regiões Noroeste,

Norte, Médio Paraíba e Centro-Sul.

Os equipamentos necessários à realização de quimioterapia, disponibilizados em cada região de saúde, são listados na tabela 97.

Tabela 97. Estrutura para quimioterapia dos estabelecimentos com vínculo com o SUS, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro

Região de Saúde	Salas de armazenagem	Salas de preparo	Equipamentos de curta duração	Equipamentos de longa duração	Capelas de Fluxo Laminar
Baixada Litorânea	2	2	10	3	2
Centro-Sul	1	1	4	6	1
Médio Paraíba	7	7	21	8	7
Metropolitana I	24	22	58	68	20
Metropolitana II	3	3	16	11	2
Noroeste	1	1	2	1	1
Norte	8	5	21	15	5
Serrana	3	2	2	2	2
Total	49	43	134	114	40

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/MS. Competência: outubro/2024. Gerado em 22/11/2024

12.7. Radioterapia

O estado possui 15 serviços habilitados para procedimentos de radioterapia, distribuídos em 07 regiões de saúde.

Em 2023, a produção de radioterapia do estado, quando comparada à necessária segundo as estimativas do INCA, atingiu apenas 51,5% da esperada para os casos novos. A produção da região do Médio Paraíba correspondeu a 96% da necessária aos casos novos de residentes da região, mas é importante lembrar que a região é referência para os residentes da Baía da Ilha Grande que necessitam de radioterapia, o que aumenta o seu déficit.

Destaca-se, a alta proporção de procedimentos de radioterapia (245,3%) realizados na região Noroeste, frente a esperada para a sua população. Registra-se que apenas 3,7% dos procedimentos realizados foram para residentes de outras regiões de saúde.

As regiões da Baía da Ilha Grande (BIG), Centro-Sul e Serrana não apresentaram produção de radioterapia. Cerca de 95% dos residentes da BIG que acessaram o serviço realizaram radioterapia na região do Médio Paraíba (MP), os da Centro-Sul foram divididos entre MP e Metropolitana I (Metro I), e entre os da região Serrana, 90% foram atendidos na Metro I.

Todas as demais regiões apresentaram produção muito inferior à estimada pelo INCA.

Tabela 98. Comparativo da produção de radioterapia nos UNACON/CACON do estado, em 2023, com as estimativas do INCA para 2023-2025.

Regiões	Pop Total		Casos novos estimados		Procedimentos de Radioterapia			
	Fem	Masc	Casos Totais	Casos SUS excl.	Estimados (1/pac)	Produção 2023	% do esperado	Déficit
Total	9.108.159	8.355.190	48.291	38.633	23.180	11945	51,5	11.235
Baía da Ilha Grande	150.365	149.922	829	663	398	-	-	-
Baixada Litorânea	445.848	424.456	2.404	1.923	1.154	589	51,0	565
Centro-Sul	175.943	167.627	949	759	456	0	0,0	456
Médio Paraíba	477.556	444.762	2.549	2.040	1.224	1.175	96,0	49
Metropolitana I	5.556.387	5.029.280	29.283	23.426	14.056	7.763	55,2	6.293
Metropolitana II	1.125.844	1.019.181	5.934	4.747	2.848	897	31,5	1.951
Noroeste	178.180	172.411	968	775	465	1.140	245,3	-675
Norte	489.635	474.793	2.663	2.130	1.278	381	29,8	897
Serrana	508.401	472.758	2.712	2.170	1.302	0	0,0	1.302

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 07/11/2024, sujeitos a retificação.

Tabela 99. Migração dos pacientes em radioterapia, estado do Rio de Janeiro, 2023

Região de Saúde	Total radiotp para resid SUS	Radiotp realizadas na própria região	% Radiotp realizadas na própria região	Radiotp realizadas em outras regiões	% Radiotp realizadas em outras regiões	Radiotp para resid de outras regiões	% Produção de radiotp para resid de outras regiões
Baía da Ilha Grande	196	-	-	196	100%	-	-
Baixada Litorânea	919	588	64,0%	331	36,0%	-	-
Centro-Sul	94	-	-	94	100%	-	-
Médio Paraíba	936	916	97,9%	20	2,1%	255	22,0%
Metropolitana I	5.960	5.933	99,5%	27	0,5%	762	11,6%
Metropolitana II	1.321	879	66,5%	880	33,5%	18	2,0%
Noroeste	368	366	99,5%	2	0,5%	13	3,7%
Norte	927	904	97,5%	23	2,5%	233	20,5%
Serrana	146	-	-	146	100%	-	-

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 07/11/2024, sujeitos a retificação.

Tabela 100. Percentual de procedimentos de radioterapia para pacientes adultos realizados fora da região de residência, por região do atendimento

Região de residência	Principais regiões de atendimento				
	Radioterapia				
	MP	MI	MII	NO	N
Baía da Ilha Grande	94,9%	5,1%			
Baixada Litorânea		11%			23,8%
Centro-Sul	50%	50%			
Médio Paraíba		2,1%			
Metropolitana I			0,5%		
Metropolitana II		33,4%			
Noroeste					
Norte				1,4%	
Serrana	3,4%	90,4%	2,7%		3,4%

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 07/11/2024, sujeitos a retificação.

Na tabela abaixo, se encontra a estrutura disponível para radioterapia no SUS do estado, de acordo com os registros no CNES. O equipamento para braquiterapia do Hospital São José do Avai não se faz constar nos registros abaixo (Tabela 101).

Tabela 101. Estrutura para radioterapia dos estabelecimentos com vínculo com o SUS, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro

Estrutura	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metropolitana I	Metropolitana II	Noroeste	Norte	Serrana	Total
Salas de simulação	1	0	3	13	1	1	1	2	22
Salas de planejamento	1	1	3	10	2	1	1	6	25
Salas de armazenagem de fontes	1	0	3	7	1	1	1	0	14
Salas de confecção de máscaras	1	1	3	9	2	2	1	2	21
Salas de molde	1	1	3	8	2	1	1	2	19
Salas de blocos personalizados	1	0	2	8	2	1	1	2	17
Simuladores	0	0	0	7	0	1	1	2	11
Acelerador Linear até 6MeV	1	0	1	7	0	1	0	2	12
Acelerador Linear >6MeV s/elét	0	0	0	1	1	0	0	1	3
Acelerador Linear >6MeV c/elét	0	1	1	6	1	1	1	2	13
Ortovoltagem 10-50KV	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Unidade Cobalto	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Braquiterapia Média	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Braquiterapia Alta	0	0	1	6	0	0	10	0	17
Monitor de área	1	2	4	16	2	2	1	3	31
Monitor individual	10	10	25	248	19	9	12	35	368
Sist.Compt.Planejamento	1	1	3	22	3	1	2	6	39
Fontes Seladas	0	1	3	207	1	61	1	0	274

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/MS. Competência: outubro/2024. Gerado em 22/11/2024

12.7.1. Braquiterapia

A braquiterapia consiste na inserção de uma fonte radioativa em um órgão ou tecido, com intuito de se irradiar uma pequena área de volume tumoral. De acordo com a Portaria MS nº 263/2019, que atualiza os procedimentos radioterápicos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, a braquiterapia está contemplada para tratamento de câncer de colo uterino, corpo uterino, vagina, vulva, próstata e tumores oculares.

O estado conta com 09 serviços que realizam braquiterapia, distribuídos em 04 regiões de saúde. O Hospital Clementino Fraga Filho, desde 2023, e o INCA III, em 2024, não apresentaram produção da modalidade terapêutica.

Houve significativo aumento nos procedimentos de braquiterapia em todas as regiões do estado a partir de 2020, embora a projeção de 2024 indique redução na produção.

Destaca-se que, de todos os registros da tabela abaixo, houve apenas 2 casos de braquiterapia de próstata, sendo todos os demais de braquiterapia ginecológica.

Tabela 102. Série temporal da produção de braquiterapia, por região de saúde do residente do estado do Rio de Janeiro, 2019 a junho de 2024.

Região de Saúde residência	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Baía da Ilha Grande	8	10	8	7	16	7
Baixada Litorânea	9	22	47	37	27	15
Centro-Sul	6	4	15	17	15	4
Médio Paraíba	28	40	59	33	49	17
Metropolitana I	166	250	337	353	447	155
Metropolitana II	29	49	96	86	72	30
Noroeste	18	19	25	29	16	10
Norte	29	46	62	69	47	18
Serrana	13	22	46	46	35	11
Total	306	462	695	677	724	267

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 07/11/2024, sujeitos a retificação.

Tabela 103. Série temporal da produção de braquiterapia, segundo região de saúde do atendimento, 2019 a junho de 2024.

Região	Estabelecimento	2019	2020	2021	2022	2023	2024
MI	Rio de Janeiro - HOSPITAL MARIO KROEFF	-	-	-	6	132	71
MI	Rio de Janeiro - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO	2	-	13	10	-	-
MI	Rio de Janeiro - MS INCA HOSPITAL DO CÂNCER I	202	293	406	387	293	98
MI	Rio de Janeiro - MS INCA HOSPITAL DO CÂNCER III	15	34	40	-	10	-
MI	Rio de Janeiro - UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	-	1	-	14	130	43
MP	Barra Mansa - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSÁ	37	53	82	93	74	23
N	Campos dos Goytacazes - HOSPITAL DR BEDA	32	31	65	72	24	1
N	Campos dos Goytacazes - HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM	-	32	67	65	45	21
NO	Itaperuna - HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ	18	19	25	30	18	10
Total		306	463	698	677	726	267

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 07/11/2024, sujeitos a retificação.

12.7.2. Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde - PER/SUS

O Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (PER-SUS) foi um programa idealizado pelo Ministério da Saúde em 2012 visando expandir a oferta de radioterapia no Brasil.

O Sistema de Planejamento de Radioterapia Persus tem se destacado como uma ferramenta fundamental no avanço do tratamento oncológico no estado do Rio de Janeiro. Utilizado por diversos centros de radioterapia, o Persus proporciona uma abordagem mais precisa e eficiente, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e a otimização dos resultados terapêuticos.

Entre os principais benefícios proporcionados pelo Persus, destaca-se a sua capacidade de planejar tratamentos de radioterapia com maior precisão. Isso ocorre devido ao seu sistema avançado de modelagem tridimensional, que permite aos profissionais da saúde delinear com exatidão os alvos tumorais e os órgãos saudáveis circundantes. Essa precisão não só aumenta a

eficácia do tratamento, como também reduz os efeitos colaterais, minimizando os danos aos tecidos saudáveis e promovendo uma recuperação mais rápida para os pacientes.

Além disso, o Persus facilita a personalização do tratamento, adequando-se às especificidades de cada paciente, levando em consideração características individuais como a localização, o tipo e a fase do câncer. Essa abordagem personalizada tem se mostrado decisiva para o sucesso de terapias radioterápicas, uma vez que oferece um atendimento mais direcionado e eficiente.

No Rio de Janeiro, a implementação do Persus nos centros de tratamento de câncer tem contribuído significativamente para a modernização e aprimoramento da radioterapia, permitindo que mais pacientes se beneficiem de tratamentos de alta qualidade. O sistema também integra-se bem aos equipamentos de última geração disponíveis nos hospitais, como aceleradores lineares, ampliando as possibilidades de tratamento.

Outro aspecto importante é a capacitação de profissionais. O uso do Persus no estado tem incentivado treinamentos e atualizações constantes, o que reflete em uma equipe médica mais preparada e apta a adotar as melhores práticas no tratamento de câncer.

Portanto, o Persus representa um avanço significativo para a radioterapia no Rio de Janeiro, trazendo não só benefícios técnicos, mas também humanizando o atendimento ao paciente, assegurando um tratamento mais seguro, eficaz e personalizado.

Atualmente o Plano de Expansão da Radioterapia no SUS - PER/SUS, (Portaria GM/MS nº 931/2012 e Portaria de Consolidação nº 5/2017), encontra-se estruturado da seguinte forma no Quadro 16.

Quadro 16: Plano de Expansão da Radioterapia no SUS - PER/SUS, (Portaria GM/MS nº 931/2012 e Portaria de Consolidação nº 5/2017) no ERJ

SOLUÇÕES DE RADIOTERAPIA CONCLUÍDAS	
INSTITUIÇÃO	SITUAÇÃO
Hospital Universitário Severino Sombra - Vassouras/RJ	Solução Concluída (construção)
Hospital Geral do Andaraí - Rio de Janeiro/RJ	Solução Concluída (construção)
SOLUÇÕES DE RADIOTERAPIA EM EXECUÇÃO	
INSTITUIÇÃO	SITUAÇÃO
Hospital São José - Teresópolis/RJ	Solução em Execução (construção)
Hospital Regional Darcy Vargas - Rio Bonito/RJ	Solução em Execução (construção)
PROJETOS DO ADITIVO DE EQUIPAMENTO MODALIDADE CASAMATA VAZIA/EQUIPAMENTO OBSOLETO	
INSTITUIÇÃO	SITUAÇÃO
Hospital do Câncer INCA I - Rio de Janeiro/RJ	Equipamento do Termo Aditivo - Concluído (Equip. Obsoleto)

Hospital do Câncer INCA III - Rio de Janeiro/RJ	Equipamento do Termo Aditivo - Concluído (Equip . Obsoleto)
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) - Rio de Janeiro/RJ	Bunker em adequação (Casamata Vazia)
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) - Rio de Janeiro/RJ	2º Bunker - adequação não iniciada (Casamata Vazia) (não citado nos relatórios de Nov/2024 e Dez/2024)
EXCLUÍDOS PELO COMITÊ GESTOR	
INSTITUIÇÃO	SITUAÇÃO
Hospital dos Servidores do Estado/Ministério da Saúde	Excluído por Inviabilidade Técnica (15/Jan/2016)
Hospital do Cancer III - Rio de Janeiro/RJ - ampliação	Excluído pelo CG (Ampliação)

Fonte: MS

12.8. Internações de pacientes oncológicos por intercorrências clínicas

No período entre 2019 e 2023, houve redução no número de internações de pacientes oncológicos em função de intercorrências clínicas no estado. No entanto, se observa aumento destas internações nos serviços das regiões da Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Noroeste, no mesmo período.

Tabela 104. Série histórica das internações por intercorrências clínicas em pacientes oncológicos, segundo região de saúde do estabelecimento, no estado do Rio de Janeiro, jan 2019 a jun 2024.

Região de Saúde do estabelecimento	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Baía da Ilha Grande	2	3	18	34	62	11
Baixada Litorânea	381	494	431	527	582	168
Centro-Sul	40	32	46	21	16	21
Médio Paraíba	456	454	266	15	41	8
Metropolitana I	5.334	4.593	4.460	4.457	4.948	2.422
Metropolitana II	711	582	437	400	308	180
Noroeste	18	23	2	8	29	11
Norte	937	781	766	795	814	415
Serrana	297	191	186	223	260	119
Total	8.176	7.153	6.612	6.480	7.060	3.355

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. Situação da base em 07/11/2024 às 15:41, sujeito a alterações. Gerado em 05/12/2024

13. REGULAÇÃO DO ACESSO ASSISTENCIAL NO ERJ

A Regulação de Acesso à Saúde é um conjunto de ações estratégicas que visam qualificar e otimizar o acesso ao atendimento oncológico de forma tempestiva e regionalizada e tem como objetivo principal ordenar o fluxo do acesso dos usuários aos diferentes serviços de saúde existentes nos três níveis de atenção. Além disso, tem que garantir acesso equânime e em tempo oportuno aos tratamentos de saúde existentes na sua área de abrangência. Constitui um ponto essencial na garantia do acesso para o encaminhamento de usuários com suspeita de câncer ou pacientes com diagnóstico confirmado de neoplasia nas unidades oncológicas.

13.1. Estrutura: Complexo Estadual de Regulação

A regulação desempenha um papel fundamental na garantia do acesso da população aos serviços e ações do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável por articular as diversas demandas dos usuários aos cuidados necessários nas unidades de saúde do SUS. Ela envolve fluxos, protocolos assistenciais, centrais de leitos, centrais de consultas e exames, todos integrados em um processo de trabalho interativo e alinhado com as várias estruturas do sistema de saúde, garantindo uma atenção abrangente à população do estado do Rio de Janeiro. O processo regulatório acontece baseado no tripé composto pela unidade solicitante, pela Central de Regulação e pela unidade executante, e está pautado em determinados critérios como a classificação de risco dos pacientes, considerando gravidade, desassistência, regionalização e perfil da vaga existente.

O Sistema Estadual de Regulação - SER foi desenvolvido pela SES-RJ para promover a articulação entre os municípios, o Complexo Estadual de Regulação e os prestadores de serviços.

O Complexo Estadual de Regulação teve seu início em 2001, sendo inicialmente responsável pela regulação de UTI NEO e gestantes de alto risco. Hoje é composto por dez centrais específicas, cada qual com uma atuação ímpar e área de abrangência determinada.

A Resolução SES-RJ nº 2.102, de 14 de julho de 2003, foi a responsável pela criação das centrais regionais de regulação em cada região de saúde do ERJ: Central Estadual de Regulação; Central Regional de Regulação da região Metropolitana I; Central Regional de Regulação da região Metropolitana II; Central Regional de Regulação da região Serrana; Central Regional de Regulação da região Noroeste; Central Regional de Regulação da região Norte; Central Regional de Regulação da região do Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande; Central Regional de Regulação da região Centro Sul; Central Regional de Regulação da região da Baixada Litorânea.

As **Centrais Regionais** atuam na competência do seu território e das ofertas existentes na sua região, enquanto a **Central Estadual** é responsável pela regulação de acesso dos 92 municípios aos leitos estratégicos e de alta complexidade existentes no ERJ, tais como, UTI neonatal, UTI pediátrica, cirurgia cardíaca infantil, neuro embolização de malformação vascular cerebral, hematologia e oncologia, entre outros. A **REUNI** é responsável pelo acesso dos cidadãos fluminenses dos 92 municípios aos serviços de alta complexidade ou recursos estratégicos existentes na capital.

Em 2015, a Deliberação CIB 3435 institui a Regulação unificada no âmbito das unidades de saúde da capital para as consultas de alta complexidade. Recentemente, a Central de Regulação Estadual de Consultas e Exames – CRECE foi instituída para a regulação de consultas de média e baixa complexidade ofertadas na capital.

O Sistema Estadual de Regulação – SER-RJ é a ferramenta de gerenciamento dos processos da regulação.

13.2. Oferta de recursos em Oncologia no estado do Rio de Janeiro

No estado do Rio de Janeiro foi convencionado que o mecanismo de acesso para os serviços de saúde SUS em Oncologia, seria a consulta de primeira vez em cirurgia na subespecialidade. Para isso, o paciente deverá ser encaminhado para a consulta no recurso cirúrgico do sítio primário da doença.

Sempre que possível, o paciente deverá ter a biópsia comprovando o sítio primário da doença maligna. O paciente deverá apresentar biópsia para os tumores de mama, próstata, aparelho urinário (exceto rim), cabeça e pescoço, estômago, cólon e reto, pele, tireoide, ossos e afins, endométrio e colo uterino.

Já para os tumores do sistema nervoso central, ovário, pulmão (que não seja acessível por broncoscopia), tumores de pâncreas, rim e fígado (por ausência de serviço de biópsia na rede), o paciente poderá ser encaminhado para a consulta de primeira vez apenas com exame de imagem com forte suspeita e história clínica detalhada, não necessitando de biópsia prévia.

Quanto aos linfomas e tumores de mama, há ainda a necessidade de anexar o exame imunohistoquímico.

No que se refere à onco hematologia, tem-se a necessidade de descrição do quadro clínico minucioso, além de já haver descartado outras fontes de alteração hematológica (perdas primárias e infecções). Sempre deverá ser anexado mais de um exame de sangue em períodos diferentes.

Importante esclarecer que alguns recursos são ofertados exclusivamente nos prestadores existentes na capital, como cirurgia hepatobiliar oncológica, lesão impalpável de mama, triagem oncológica pediátrica, iodoterapia, cardiologia oncológica e oftalmologia oncológica.

Outros recursos não estão presentes em todas as regiões, como a cirurgia torácica, de cabeça e pescoço, tumores ósseos e conectivos, e hematologia.

Quadro 17. Oferta de recursos em Oncologia, por hospitais da capital, junho de 2024.

Recurso	HFSE	HFI	HFCF	HFL	HFA	HGB	INCA I	INCA II	INCA III	HMK	HUPE	HUGG	HUCFF
Ambulatório 1a vez - Cirurgia de Cabeça e Pescoço, exceto tireóide (Oncologia)	x			x		x	x			x	x		
Ambulatório 1a vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x
Ambulatório 1a vez - Cirurgia Hepatobiliar	x			x		x	x				x		x
Ambulatório 1a vez - Cirurgia Torácica (Oncologia)	x			x	x	x	x			x	x	x	
Ambulatório 1a vez - Coloproctologia (Oncologia)	x	x	x	x	x	x	x				x		
Ambulatório 1a vez - Ginecologia (Oncologia)	x				x			x		x	x	x	x
Ambulatório 1a vez - Hematologia (Oncologia)							x					x	
Ambulatório 1a vez - Mastologia (Oncologia)	x	x	x	x	x				x	x		x	x
Ambulatório 1a vez - Neoplasias da Tireóide (Oncologia)	x					x	x						x
Ambulatório 1a vez - Neoplasias de Pele (Oncologia)	x	x		x	x	x	x			x	x		
Ambulatório 1a vez - Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)		x		x	x	x	x				x		x
Ambulatório 1a vez - Neurocirurgia - Tumores da Sela Túcica (Oncologia)												x	x
Ambulatório 1a vez - Neurologia (Oncologia)			x										
Ambulatório 1a vez - Oftalmologia (Oncologia)							x						
Ambulatório 1a vez - Planejamento em Braquiterapia							x		x	x	x		
Ambulatório 1a vez - Planejamento em Iodoterapia	x						x						
Ambulatório 1a vez - Planejamento em Radioterapia							x		x	x	x		x
Ambulatório 1a vez - Planejamento em Radioterapia Infantil							x						
Ambulatório 1a vez - Triagem em Oncologia Pediátrica	x						x						
Ambulatório 1a vez - Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo						x		x			x	x	
Ambulatório 1a vez - Urologia (Oncologia)	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	
Ambulatório 1a vez em Cirurgia Plástica Reparadora - Mama (Oncologia)	x	x			x	x							
Ambulatório 1a vez em Mastologia - Lesão Impalpável	x								x				
Confirmação de Diagnóstico - Oncologia										x			

Fonte: CIS/SES-RJ

A oferta de recursos em oncologia aumentou em 2023, em comparação aos anos anteriores no estado, mas a projeção de 2024 indica redução na oferta.

Os hospitais federais dos Servidores, Ipanema, Andaraí e as três unidades do INCA foram as unidades que apresentaram oferta reduzida desses recursos em 2024, em relação aos anos anteriores.

Em 2023, o **Hospital dos Servidores do Estado** apresentou redução de 49% das ofertas em relação ao ano de 2022, e na projeção de 2024, observa-se o pior quantitativo de oferta desta unidade.

O **Hospital de Ipanema** é o único que não é UNACON entre os prestadores da capital, embora esteja em processo de habilitação. Este prestador apresentou redução de 36% na oferta disponibilizada em 2023, em relação ao ano anterior, mas a projeção de 2024 indica o aumento da oferta. É relevante ressaltar que a unidade tem critérios de inclusão muito minuciosos, o que impede o total aproveitamento das ofertas.

O **Hospital Cardoso Fontes** apresentou crescimento de 30% na oferta de 2023 em relação a 2022, com oferta que, pela projeção, será próxima em 2024. A dificuldade da unidade é a fila interna para a oncologia clínica.

No **Hospital da Lagoa**, 2023 foi o melhor ano de oferta em comparação aos demais, ressalva feita ao recurso de cirurgia torácica que reduziu significativamente. Em 2024, o hospital deixou de ofertar cirurgia torácica e, na projeção geral, a oferta total da unidade está estimada em 495 consultas, o que equivale a 54% do ofertado em 2023.

O aumento de oferta no **Hospital Federal do Andaraí** em 2023 está diretamente ligado à

oferta de dois recursos que não foram ofertados em 2022: mastologia e ginecologia. No entanto, se compararmos a oferta de 2023 com a de 2018, se observa uma redução de 86% na oferta total. Na projeção para o ano de 2024, baseada na oferta do primeiro quadrimestre, a redução será ainda maior do que a de 2023.

Em relação ao **Hospital Federal de Bonsucesso**, é necessário esclarecer que, embora a unidade tenha habilitação de UNACON com Serviço de Hematologia, não há, segundo a direção do hospital e o próprio DGH, oncologista clínico na unidade, há aproximadamente três anos. Os recursos de cirurgia geral, urologia, toc, hepatobiliar e coloproctologia oncológica só deveriam ser ofertados quando a unidade puder dispor de oncologista clínico, pois atualmente o recurso fica ocioso e os pacientes ficam em fila.

No que se refere ao **INCA I**, se observa o aumento de 1,5% em relação ao ano de 2022, mas em comparação ao ano de sua maior oferta (2018), a redução de vagas chega a 32%. No **INCA II**, se observa aumento de 2,5% quando comparado a oferta de 2022, o que se deu basicamente na oferta de Ginecologia. Em comparação ao ano de sua maior oferta (2018), a redução de vagas chega a 44%. O **INCA III** teve aumento de oferta em 33%, em comparação ao ano de 2022. Contudo, esse aumento está concentrado na radioterapia e na braquiterapia. Em comparação ao ano de sua maior oferta (2018), a redução de vagas atinge 25%.

O **Hospital Universitário Pedro Ernesto** apresentou aumento crescente de oferta e é um grande prestador de cirurgia torácica, bem como o **Hospital Mário Kroeff** apresentou aumento significativo de oferta em 2023, em comparação aos demais anos.

No **Hospital Universitário Gaffrée e Guinle** houve redução de oferta em 2023, em relação a 2022, porém a unidade vem apresentando aumento de oferta ao longo dos anos e há previsão de aumento significativo em 2024. O hospital oferta recursos raros, como a cirurgia torácica e a oncohematologia.

No **Hospital Universitário Clementino Fraga Filho** houve aumento de oferta em 2023, mas, em 2024, deixou de ofertar mastologia e ginecologia oncológica.

Tabela 105. Série temporal da oferta de recursos em Oncologia, por serviço do município do Rio de Janeiro, 2018 ao 1º quadrimestre de 2024.

Serviço	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hospital Federal dos Servidores do Estado	1.185	1.316	2.482	2.070	1.783	908	186
Hospital Federal de Ipanema	1.892	1.351	2.152	1.772	1.617	1.205	532
Hospital Federal Cardoso Fontes	328	981	194	810	794	1.035	346
Hospital Federal da Lagoa	272	380	233	600	766	919	165
Hospital Federal do Andaraí	1.282	1.036	568	1.182	499	688	212
Hospital Geral de Bonsucesso	2.270	3.121	2.553	1.301	1.763	2.385	739
Instituto Nacional do Câncer I	8.406	7.034	5.903	5.964	5.603	5.686	1.915
Instituto Nacional do Câncer II	2.509	2.238	1.491	1.264	1.373	1.408	479
Instituto Nacional do Câncer III	2.429	2.246	2.382	1.937	1.397	1.865	635
Hospital Universitário Pedro Ernesto	1.006	1.774	2.139	2.137	2.771	3.336	1.329
Hospital Mario Kroeff	4.009	3.672	3.066	4.567	4.892	6.780	1.763

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	47	26	135	112	385	304	223
Hospital Univers. Clementino Fraga Fº	482	641	599	737	666	1.044	374

Fonte: Regulação SES/RJ

13.3. Oferta de consultas de primeira vez em Oncologia

Tabela 106: Distribuição da oferta em oncologia por especialidade e região de saúde.

Região Metropolitana II		
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO (UFF HUAP)	Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	16
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO (UFF HUAP)	Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Torácica (Oncologia)	16
HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	Ambulatório 1ª vez - Coloproctologia (Oncologia)	39
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO (UFF HUAP)	Ambulatório 1ª vez - Coloproctologia (Oncologia)	8
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO (UFF HUAP)	Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	2
HOSPITAL MUNICIPAL OCEANICO DE NITEROI	Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	8
HOSPITAL DO CANCER E DO CORACAO HCCOR	Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	20
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO (UFF HUAP)	Ambulatório 1ª vez - Hematologia (Oncologia)	12
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO (UFF HUAP)	Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	20
HOSPITAL MUNICIPAL OCEANICO DE NITEROI	Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	8
HOSPITAL DO CANCER E DO CORACAO HCCOR	Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	60
HOSPITAL DO CANCER E DO CORACAO HCCOR	Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Pele (Oncologia)	22
HOSPITAL MUNICIPAL OCEANICO DE NITEROI	Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	10
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO (UFF HUAP)	Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	4
HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	40
HOSPITAL DO CANCER E DO CORACAO HCCOR	Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	2
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO (UFF HUAP)	Ambulatório 1ª vez - Tumores do Tecido Osseo e Conectivo (Adulto)	10
HOSPITAL REGIONAL DARCY VARGAS	Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	40
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO (UFF HUAP)	Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	32
HOSPITAL MUNICIPAL OCEANICO DE NITEROI	Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	20
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO (UFF HUAP)	Ambulatório 1ª vez em Ginecologia - Doença Trofoblástica Gestacional (Mola Hidatiforme)	4
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO (UFF HUAP)	Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	22
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO (UFF HUAP)	Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Tumores da Sela Túcica (Oncologia)	4
Região Centro Sul		
FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SEVERINO SOMBRA (HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS)	Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	10
FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SEVERINO SOMBRA (HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS)	Ambulatório 1ª vez - Coloproctologia (Oncologia)	10
FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SEVERINO SOMBRA (HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS)	Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	20
FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SEVERINO SOMBRA (HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS)	Ambulatório 1ª vez - Hematologia (Oncologia)	4
FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SEVERINO SOMBRA (HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS)	Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	21
FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SEVERINO SOMBRA (HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS)	Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Pele (Oncologia)	11
FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SEVERINO SOMBRA (HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS)	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Quimioterapia	60
FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SEVERINO SOMBRA (HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS)	Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	20
Região Médio Paraíba		
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSÁ	Ambulatório 1ª vez - Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireoide (Oncologia)	7
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSÁ	Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	14
HOSPITAL JARDIM AMALIA LTDA - HINJA (VOLTA REDONDA)	Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	9
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSÁ	Ambulatório 1ª vez - Coloproctologia (Oncologia)	16
HOSPITAL JARDIM AMALIA LTDA - HINJA (VOLTA REDONDA)	Ambulatório 1ª vez - Coloproctologia (Oncologia)	9
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSÁ	Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	11
HOSPITAL JARDIM AMALIA LTDA - HINJA (VOLTA REDONDA)	Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	9
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSÁ	Ambulatório 1ª vez - Hematologia (Oncologia)	26
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSÁ	Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	24
HOSPITAL JARDIM AMALIA LTDA - HINJA (VOLTA REDONDA)	Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	21
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSÁ	Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Pele (Oncologia)	10
HOSPITAL JARDIM AMALIA LTDA - HINJA (VOLTA REDONDA)	Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Pele (Oncologia)	5
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSÁ	Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	5
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSÁ	Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	56
HOSPITAL JARDIM AMALIA LTDA - HINJA (VOLTA REDONDA)	Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	68
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSÁ	Ambulatório 1ª vez - Tumores do Tecido Osseo e Conectivo (Adulto)	15
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSÁ	Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	10
HOSPITAL JARDIM AMALIA LTDA - HINJA (VOLTA REDONDA)	Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	24
Região Norte		
CASA DE CARIDADE DE MACAÉ (HOSPITAL SAO JOAO BATISTA DE MACAÉ)	Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	6
CASA DE CARIDADE DE MACAÉ (HOSPITAL SAO JOAO BATISTA DE MACAÉ)	Ambulatório 1ª vez - Coloproctologia (Oncologia)	4
CASA DE CARIDADE DE MACAÉ (HOSPITAL SAO JOAO BATISTA DE MACAÉ)	Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	6
CASA DE CARIDADE DE MACAÉ (HOSPITAL SAO JOAO BATISTA DE MACAÉ)	Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	8
HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM - FUNDAÇÃO BENEDITO PEREIRA NUNES	Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	79
HOSPITAL DR BEDA	Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	112
SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA DE CAMPOS	Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	1
CASA DE CARIDADE DE MACAÉ (HOSPITAL SAO JOAO BATISTA DE MACAÉ)	Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	80
CASA DE CARIDADE DE MACAÉ (HOSPITAL SAO JOAO BATISTA DE MACAÉ)	Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	6

Região Noroeste		
HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI (HSJA)	Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	20
HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI (HSJA)	Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Torácica (Oncologia)	9
HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI (HSJA)	Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	21
HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI (HSJA)	Ambulatório 1ª vez - Hematologia (Oncologia)	4
HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI (HSJA)	Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	27
HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI (HSJA)	Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Pele (Oncologia)	8
HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI (HSJA)	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Quimioterapia	9
HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI (HSJA)	Ambulatório 1ª vez - Triagem em Oncologia Pediátrica	3
HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI (HSJA)	Ambulatório 1ª vez - Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	3
HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI (HSJA)	Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	7
HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI (HSJA)	Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	4

Região Serrana		
HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	Ambulatório 1ª vez - Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireoide (Oncologia)	8
HOSPITAL SAO JOSE - ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA (teresopolis)	Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	4
HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	51
HOSPITAL SAO JOSE - ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA (teresopolis)	Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Torácica (Oncologia)	3
HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Torácica (Oncologia)	3
HOSPITAL SAO JOSE - ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA (teresopolis)	Ambulatório 1ª vez - Coloproctologia (Oncologia)	8
HOSPITAL SAO JOSE - ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA (teresopolis)	Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	8
HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	8
HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	Ambulatório 1ª vez - Hematologia (Oncologia)	5
HOSPITAL SAO JOSE - ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA (teresopolis)	Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	17
HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	8
HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Pele (Oncologia)	15
HOSPITAL SAO JOSE - ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA (teresopolis)	Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	56
HOSPITAL SAO JOSE - ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA (teresopolis)	Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	10

Tabela 107: Oferta de Primeira vez em Iodoterapia

Unidade	Região	Recurso	oferta mensal
MS INCA HOSPITAL DO CANCER I - INCA I (RIO DE JANEIRO)	Região Metropolitana I	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Iodoterapia	8
HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI (HSJA)	Região Noroeste	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Iodoterapia	1
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO (UFF HUAP)	Região Metropolitana II	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Iodoterapia	4

Tabela 108: Oferta de Braquiterapia

Unidade	Região	Recurso	Oferta Mensal
MS INCA HOSPITAL DO CANCER I - INCA I (RIO DE JANEIRO)	Região Metropolitana I	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Braquiterapia	20
HOSPITAL MARIO KROEFF	Região Metropolitana I	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Braquiterapia	11
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	Região Medio Paraiba	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Braquiterapia	7
HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM - FUNDAÇÃO BENEDITO PEREIRA NUNES	Região Norte	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Braquiterapia	4
UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO - HUPE (RIO DE JANEIRO)	Região Metropolitana I	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Braquiterapia	32

Tabela 109: Oferta de Radioterapia

Unidade	Região	Recurso	Oferta mensal
ION/RJ - INSTITUTO ONCOLOGICO LTDA	Região Metropolitana I	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	69
MS INCA HOSPITAL DO CANCER I - INCA I (RIO DE JANEIRO)	Região Metropolitana I	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	104
MS INCA HOSPITAL DO CANCER III - INCA III (RIO DE JANEIRO)	Região Metropolitana I	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	68
HOSPITAL MARIO KROEFF	Região Metropolitana I	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	215
UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO - HUPE (RIO DE JANEIRO)	Região Metropolitana I	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	119
UFRRJ HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO - HUCFF (RIO DE JANEIRO)	Região Metropolitana I	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	19
RADIOVITAE SERVICOS MEDICOS LTDA	Região Metropolitana I	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	79
INOVA MEDIC (DUQUE DE CAXIAS)	Região Metropolitana I	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	20
CLÍNICA DE RADIOTERAPIA DO INGÁ (CRI)	Região Metropolitana II	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	117
ONCOMED CLINICA ONCOLOGICA LTDA	Região Metropolitana II	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	12
ONKO SOL ASSISTENCIA MEDICA ONCOLOGICA LTDA	Região Baixada Litoranea	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	59
FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SEVERINO SOMBRA (HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS)	Região Centro Sul	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	51
HOSPITAL JARDIM AMALIA LTDA - HINJA (VOLTA REDONDA)	Região Medio Paraiba	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	53
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRA MANSA	Região Medio Paraiba	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	24
RADIO SERRA SERVICOS MEDICOS LTDA	Região Serrana	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	129
HOSPITAL DR BEDA	Região Norte	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	36
HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM - FUNDAÇÃO BENEDITO PEREIRA NUNES	Região Norte	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	69
HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI (HSJA)	Região Noroeste	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	28

Tabela 110: Oferta de Radioterapia infantil

Unidade	Região	Recurso	oferta mensal
MS INCA HOSPITAL DO CANCER I - INCA I (RIO DE JANEIRO)	Região Metropolitana I	Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia (Infantil)	10

Tabela 111: Oferta de Radiocirurgia Gamma Knife

Unidade	Região	Recurso	oferta mensal
SES RJ INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER - IECPN (RIO DE JANEIRO)	Região Metropolitana I	Ambulatório 1ª vez - Radiocirurgia Gamma Knife	75

Tabela 112: Oferta de Pet Scan

Unidade	Região	Recurso	oferta mensal
MS INCA HOSPITAL DO CANCER I - INCA I (RIO DE JANEIRO)	Região Metropolitana I	Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT)	4
HOSPITAL UNIMED DE VOLTA REDONDA	Região Medio Paraiba	Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT)	26

Fonte: Regulação SES/RJ, janeiro de 2025

Abaixo são apresentadas as Médias de solicitações por recurso oncológico, média de oferta mensal, tempo médio de espera e fila por região de saúde no ERJ

Tabela 113: Médias de solicitações por recurso oncológico, média de oferta mensal, tempo médio de espera e fila da Metropolitana I

Metropolitana I

REUNI	MEDIA DE ENTRADAS ULTIMOS 6 MESES	MÉDIA MENSAL DE OFERTAS NOS ULTIMOS 6 MESES	FILA EM 21/01/2025	TME DA SOLICITAÇÃO ATÉ A CONSULTA (DIAS)
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	880	889	299	29
Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	374	416	124	29
Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	354	332	311	34
Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	202	138	322	37
Ambulatório 1ª vez - Coloproctologia (Oncologia)	201	103	765	105
Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Pele (Oncologia)	189	135	412	54
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	173	169	118	28
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireóide (Oncologia)	163	140	190	48
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Torácica (Oncologia)	115	86	165	43
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Hepatobiliar (Oncologia)	100	80	201	43
Ambulatório 1ª vez - Hematologia (Oncologia)	96	28	171	41
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Quimioterapia	94	121	109	44
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Braquiterapia	71	73	7	16
Ambulatório 1ª Vez - Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	64	72	51	51
Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	64	53	283	182
Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	41	93	17	32
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Iodoterapia	33	10	180	111
Ambulatório 1ª vez em Mastologia - Lesão Impalpável (Oncologia)	27	38	36	184
Ambulatório 1ª vez - Radiocirurgia Gamma Knife	24	70	1	10
Ambulatório 1ª vez - Triagem em Oncologia Pediátrica	20	61	7	17
Ambulatório 1ª vez - Oftalmologia (Oncologia)	19	10	45	42
Ambulatório 1ª Vez - Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Infantil)	11	12	1	31
Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Tumores da Sela Túrcica (Oncologia)	10	89	1	11
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia (Infantil)	8	9	5	20
Ambulatório 1ª vez - Cardiologia (Oncologia)	5	7	6	37
Ambulatório 1ª vez - Hematologia Pediátrica (Oncologia)	3	17	S/Pacientes	19
Ambulatório 1ª vez em Cirurgia Pediátrica - Implante de Cateter (Oncologia)	1	4	S/Pacientes	18
Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	1	0	1	---
Total da Central de Regulação	3.342	3255	3828	

Fonte: Regulação SES/RJ

A Metropolitana I (REUNI), além de atender aos pacientes do seu território, recebe as demandas de oncologia pediátrica (tumores sólidos e hematológicos) e hepatobiliar de todo o estado; recebe a cirurgia torácica de outras 3 regiões; é responsável pelo acesso de todos os pacientes com melanomas; e é responsável pelo tratamento de pacientes com tumores renais de

células claras, cujo tratamento não é feito por outros UNACONs, devido ao alto custo do medicamento (apenas INCA e HUPE conseguem tratar esses pacientes).

Tabela 114: Médias de solicitações por recurso oncológico, média de oferta mensal, tempo médio de espera e fila da Metropolitana II

Metropolitana II

METROPOLITANA II	MEDIA DE ENTRADAS ULTIMOS 6 MESES	MÉDIA MENSAL DE OFERTAS NOS ULTIMOS 6 MESES	FILA EM 21/01/2025	TME DA SOLICITAÇÃO ATÉ A CONSULTA (DIAS) (JUL A DEZ 2024)
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	131	118	107	35
Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	76	68	43	23
Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	74	93	3	8
Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	53	61	27	21
Ambulatório 1ª vez - Coloproctologia (Oncologia)	38	38	21	41
Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	35	38	10	16
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	20	17	15	30
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Torácica (Oncologia)	19	16	1	38
Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	18	20	36	35
Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Pele (Oncologia)	17	16	2	20
Ambulatório 1ª vez - Hematologia (Oncologia)	11	7	25	128
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Iodoterapia	8	4	21	40
Ambulatório 1ª vez - Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	7	9	2	37
Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	7	26	1	8
Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Tumores da Sela Túcica (Oncologia)	1	4	S/Pacientes	5
Total da Central de Regulação	515,2	535	314	

Fonte: Regulação SES/RJ

Observa-se que na Região Metropolitana II não há oferta de recursos oncológicos infantis e de hepatobiliar.

Tabela 115: Médias de solicitações por recurso oncológico, média de oferta mensal, tempo médio de espera e fila da Baixada Litorânea

Baixada Litorânea

BAIXADA LITORÂNEA	MEDIA DE ENTRADAS ULTIMOS 6 MESES	MÉDIA MENSAL DE OFERTAS NOS ULTIMOS 6 MESES	FILA em 21/01/2025	TME DA SOLICITAÇÃO ATÉ A CONSULTA (DIAS) (JUL A DEZ 2024)
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	70	53	77	50
Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	32	38	5	8
Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	27	29	18	45
Ambulatório 1ª vez - Coloproctologia (Oncologia)	20	19	7	36
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	15	12	4	20
Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Pele (Oncologia)	15	26	2	27
Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	13	11	9	54
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireoide (Oncologia)	13	12	7	22
Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	9	7	2	26
Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	5	5	5	35
Total da Central de Regulação	216	212	136	

Fonte: Regulação SES/RJ

A região não conta com atendimento para a oncologia infantil, tumores do tecido ósseo e conectivos, cirurgia torácica e neurocirurgia. Estes recursos vão para a Metropolitana I, na Reuni.

Tabela 116: Médias de solicitações por recurso oncológico, média de oferta mensal, tempo médio de espera e fila da Centro Sul

Centro Sul				
CENTRO-SUL	MÉDIA DE ENTRADAS ULTIMOS 6 MESES	MÉDIA MENSAL DE OFERTAS NOS ULTIMOS 6 MESES	FILA em 21/01/2025	TME DA SOLICITAÇÃO ATÉ A CONSULTA (DIAS) (JUL A DEZ 2024)
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	46	47	1	6
Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	19	21	4	22
Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	17	17	11	22
Ambulatório 1ª vez - Coloproctologia (Oncologia)	15	15	2	19
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Quimioterapia	10	61	S/Pacientes	3
Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	10	10	2	21
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	10	14	5	15
Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Pele (Oncologia)	7	5	4	27
Ambulatório 1ª vez - Hematologia (Oncologia)	4	13	1	18
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireóide (Oncologia)	3	5	2	31
Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	2	0	3	---
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Torácica (Oncologia)	1	0	S/Pacientes	---
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Hepatobiliar (Oncologia)	1	0	1	---
Total da Central de Regulação	140	208	36	X

Fonte: Regulação SES/RJ

No Centro-Sul, o recurso de Oncologia Geral foi modificado para Planejamento em Quimioterapia.

Assim como as demais regiões, os recursos de oncologia pediátrica, tumores de tecidos ósseos conectivos, hepatobiliar e cirurgia torácica são atendidos na Metropolitana I.

Tabela 117: Médias de solicitações por recurso oncológico, média de oferta mensal, tempo médio de espera e fila do Médio Paraíba

Médio Paraíba				
MÉDIO PARAÍBA	MÉDIA DE ENTRADAS ULTIMOS 6 MESES	MÉDIA OFERTAS NOS ULTIMOS 6 MESES	FILA EM 21/01/25	TME DA SOLICITAÇÃO ATÉ A CONSULTA (JUL A DEZ 2024)
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	119	94	311	50
Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	109	119	100	27
Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	42	40	48	30
Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	38	38	18	26
Ambulatório 1ª vez - Coloproctologia (Oncologia)	24	25	6	21
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	22	27	3	14
Ambulatório 1ª vez - Hematologia (Oncologia)	20	21	1	17
Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	17	18	12	25
Ambulatório 1ª vez - Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	15	12	10	23
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireóide (Oncologia)	13	16	5	53
Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Pele (Oncologia)	13	14	26	72
Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Tireóide (Oncologia)	6	5	7	61
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Braquiterapia	4	17	1	6
Avaliação em Oncologia (Internados)	2		S/Pacientes	---
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Quimioterapia	1	Entra na oncologia geral	S/Pacientes	---
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Hepatobiliar (Oncologia)	1	**	S/Pacientes	---
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Torácica (Oncologia)	1	**	S/Pacientes	---
Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	1	**	S/Pacientes	---
Total da Central de Regulação	439	446	548	X

Fonte: Regulação SES/RJ

A oncologia pediátrica, a neurocirurgia, a hepatobiliar e a cirurgia torácica da região do Médio Paraíba são atendidos nos UNACONS da capital.

Tabela 118: Médias de solicitações por recurso oncológico, média de oferta mensal, tempo médio de espera e fila da região Norte

Norte				
NORTE	MÉDIA DE ENTRADAS ULTIMOS 6 MESES	MÉDIA MENSAL DE OFERTAS NOS ULTIMOS 6 MESES	FILA	TME DA SOLICITAÇÃO ATÉ A CONSULTA (DIAS) (JUL A DEZ 2024)
Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	271	391	13	16
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	116	143	1	7
Ambulatório 1ª vez - Hematologia (Oncologia)	6	6	7	15
Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	4	7	S/Pacientes	19
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireóide (Oncologia)	3	**	2	---
Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	3	11	S/Pacientes	26
Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	3	6	1	11
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	2	6	1	6
Ambulatório 1ª vez - Coloproctologia (Oncologia)	2	5	S/Pacientes	10
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Braquiterapia	1	14	S/Pacientes	8
Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Pele (Oncologia)	1	3	S/Pacientes	13
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Torácica (Oncologia)	1	3	1	10
Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Tireóide (Oncologia)	1	**	S/Pacientes	---
Total da Central de Regulação	409	595	26	X
SEM OFERTA NA REGIÃO				
NECESSIDADE DE AUMENTO NA REUNI,				

Fonte: Regulação SES/RJ

A Norte é referência para a Metropolitana I os pacientes com neoplasia de tireoide e a oncologia infantil (triagem e hematologia). Na região, a entrada dos casos de cabeça e pescoço é pelo recurso de Oncologia Geral, e são direcionados para o Hospital Dr. Beda e para Macaé.

Tabela 119: Médias de solicitações por recurso oncológico, média de oferta mensal, tempo médio de espera e fila da região Noroeste

Noroeste

NOROESTE	MÉDIA DE ENTRADAS ÚLTIMOS 6 MESES	MÉDIA MENSAL DE OFERTAS NOS ÚLTIMOS 6 MESES	FILA em 21/01/2025	TME DA SOLICITAÇÃO ATÉ A CONSULTA (DIAS) (JUL A DEZ 2024)
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Quimioterapia	46	51	(Ctrl) -	29
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	40	41	S/Pacientes	10
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	22	25	S/Pacientes	7
Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	21	20	18	48
Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	18	30	2	25
Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Pele (Oncologia)	13	13	10	18
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Torácica (Oncologia)	12	11	S/Pacientes	29
Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	10	26	1	6
Ambulatório 1ª vez - Hematologia (Oncologia)	6	7	S/Pacientes	17
Ambulatório 1ª vez - Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	3	10	1	12
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireóide (Oncologia)	3	7	6	45
Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	2		S/Pacientes	---
Ambulatório 1ª vez em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	2	5	S/Pacientes	10
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Braquiterapia	2	11	S/Pacientes	9
Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	2	3	10	41
Ambulatório 1ª vez - Triagem em Oncologia Pediátrica	1	4	S/Pacientes	6
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Iodoterapia	1	3	S/Pacientes	15
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Hepatobiliar (Oncologia)	1		S/Pacientes	---
Ambulatório 1ª vez - Coloproctologia (Oncologia)	1	11	2	3

** SEM OFERTA NA REGIÃO

Fonte: Regulação SES/RJ

A Noroeste envia para a capital os pacientes com necessidade de hepatobiliar e triagem em oncologia pediátrica. A Oncologia Geral se transformou no recurso de Planejamento em Quimioterapia.

Tabela 120: Médias de solicitações por recurso oncológico, média de oferta mensal, tempo médio de espera e fila da região Serrana

Serrana

SERRANA	MÉDIA DE ENTRADAS ÚLTIMOS 6 MESES	MÉDIA MENSAL DE OFERTAS NOS ÚLTIMOS 6 MESES	Fila em 21/01/2025	TME DA SOLICITAÇÃO ATÉ A CONSULTA (DIAS) (JUL A DEZ 2024)
Ambulatório 1ª vez - Planejamento em Radioterapia	93	120	10	6
Ambulatório 1ª vez - Oncologia Geral (Adulto)	46	39	35	27
Ambulatório 1ª vez - Urologia (Oncologia)	19	22	22	41
Ambulatório 1ª vez - Mastologia (Oncologia)	13	20	14	38
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Geral (Oncologia)	13	58	9	30
Ambulatório 1ª vez - Ginecologia (Oncologia)	10	20	3	38
Ambulatório 1ª vez - Coloproctologia (Oncologia)	9	10	4	33
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia Torácica (Oncologia)	5	11	4	34
Ambulatório 1ª vez - Hematologia (Oncologia)	4	7	7	37
Ambulatório 1ª vez - Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireóide (Oncologia)	2	4	2	13
Ambulatório 1ª vez - Neoplasias da Pele (Oncologia)	1	11	5	14
Ambulatório 1ª vez - Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	1	**	1	---
Ambulatório 1ª vez em Cirurgia Plástica Reparadora - Mama (Oncologia)	1	**	S/Pacientes	---
Total da Central de Regulação	215	322	116	

** SEM OFERTA NA REGIÃO

Fonte: Regulação SES/RJ

Não há oferta na região para a Oncologia Infantil, assim como para os recursos de tecido

ósseo e conectivo.

O Hospital Alcides Carneiro atende apenas aos municípios de Petrópolis e, por isso, para os demais municípios da Serrana, as solicitações de cabeça e pescoço são referenciadas para a Metropolitana I.

Destaca-se que, no que tange à judicialização com foco na regulação, com base no painel de pacientes com mandados judiciais (Fonte: CIS-SES RJ), a oncologia é a especialidade com maior número de demandas judiciais no estado do Rio de Janeiro. Em 2024, se observou um aumento no número de pacientes atendidos por mandados judiciais, passando de 292, em 2023, para 338, em 2024. Este crescimento refere-se, principalmente, ao acesso a transferências e consultas de primeira vez. As transferências judiciais passaram de 479, em 2023, para 775, em 2024, refletindo uma significativa demanda por esse tipo de atendimento.

O painel também permite identificar que, em 2024, a região de saúde com maior demanda foi a Metropolitana II. Nesse contexto, o município de São Gonçalo se destacou como o maior demandante em oncologia, com 23,9% dos mandados judiciais voltados para transferências e 76,1% para consultas. Dentre as consultas solicitadas, a maior parte foi destinada à coloproctologia, seguida por demandas para tratamento clínico paliativo, devido ao estadiamento avançado dos pacientes, que frequentemente acessam o sistema de saúde após diagnóstico tardio.

Adicionalmente, é importante destacar que cerca de 25% dos pacientes com mandados judiciais contra o estado do Rio de Janeiro não possuíam cadastro prévio no Sistema Estadual de Regulação (SER). Essa falta de registro prévio compromete significativamente o processo de regulação, dificultando a organização e a fluidez da fila para atendimento oncológico.

13.3.1. Oferta de consultas de primeira vez em Oncologia - Absenteísmo

Tabela 121. Levantamento de absenteísmo ambulatorial em oncologia, região da Baía da Ilha Grande, Competência 2024.

Recurso (Ambulatório 1a vez)	Agendamentos	Faltas	% Absenteísmo
- em Neurocirurgia - Tumores da Sela Túrcica (Oncologia)	3	2	66,7%
- Oftalmologia (Oncologia)	3	2	66,7%
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireóide (Onco)	30	14	46,7%
- Coloproctologia (Oncologia)	29	13	44,8%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	14	6	42,9%
- Neoplasias da Pele (Oncologia)	36	15	41,7%
- Planejamento em Iodoterapia	9	3	33,3%
- Mastologia (Oncologia)	66	21	31,8%
- Cirurgia Geral (Oncologia)	19	6	31,6%
- Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	14	4	28,6%
- Oncologia Geral (Adulto)	83	22	26,5%
- Cirurgia Hepatobiliar (Oncologia)	8	2	25,0%
- Ginecologia (Oncologia)	30	7	23,3%
- Cirurgia Torácica (Oncologia)	10	2	20,0%
- Urologia (Oncologia)	37	7	18,9%
- Hematologia (Oncologia)	28	5	17,9%
- em Cirurgia Plástica Reparadora - Mama (Oncologia)	6	1	16,7%
- Planejamento em Braquiterapia	12	2	16,7%

- Planejamento em Radioterapia	170	28	16,5%
- em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	1	0	0,0%
- Cirurgia Geral - Reconstrução de trânsito pós Oncologia	1	0	0,0%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Infantil)	8	0	0,0%
- Triagem em Oncologia Pediátrica	1	0	0,0%
Total	618	162	26,2%

Fonte: Superintendência de Regulação/SES-RJ

Tabela 122. Levantamento de absenteísmo ambulatorial em oncologia, região da Baixada Litorânea, Competência 2024.

Recurso (Ambulatório 1a vez)	Agendamentos	Faltas	% Absenteísmo
- Oftalmologia (Oncologia)	11	6	54,5%
- em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	25	10	40,0%
- Cirurgia Hepatobiliar (Oncologia)	41	15	36,6%
- Planejamento em Quimioterapia	3	1	33,3%
- em Cirurgia Plástica Reparadora - Mama (Oncologia)	35	11	31,4%
- Oncologia Geral (Adulto)	128	30	23,4%
- Triagem em Oncologia Pediátrica	14	3	21,4%
- Cirurgia Geral - Reconstrução de trânsito pós Oncologia	14	3	21,4%
- Cirurgia Torácica (Oncologia)	113	23	20,4%
- Hematologia (Oncologia)	10	2	20,0%
- em Mastologia - Lesão Impalpável (Oncologia)	5	1	20,0%
- Planejamento em Braquiterapia	65	12	18,5%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	65	11	16,9%
- Cirurgia Geral (Oncologia)	162	26	16,0%
- Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	56	7	12,5%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Infantil)	16	2	12,5%
- em Neurocirurgia - Tumores da Sela Túrcica (Oncologia)	10	1	10,0%
- Coloproctologia (Oncologia)	230	22	9,6%
- Urologia (Oncologia)	412	36	8,7%
- Planejamento em Iodoterapia	13	1	7,7%
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireoide (Onco)	145	11	7,6%
- Ginecologia (Oncologia)	169	11	6,5%
- Neoplasias da Pele (Oncologia)	244	15	6,1%
- Planejamento em Radioterapia	803	45	5,6%
- Mastologia (Oncologia)	416	14	3,4%
Total	3.205	319	10,0%

Fonte: Superintendência de Regulação/SES-RJ

Tabela 123. Levantamento de absenteísmo ambulatorial em oncologia, região Centro-Sul, Competência 2024.

Recurso (Ambulatório 1a vez)	Agendamentos	Faltas	% Absenteísmo
- em Cirurgia Plástica Reparadora - Mama (Oncologia)	3	3	100%
- em Mastologia - Lesão Impalpável (Oncologia)	1	1	100%
- Cirurgia Hepatobiliar (Oncologia)	15	10	66,7%
- Triagem em Oncologia Pediátrica	2	1	50,0%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Infantil)	7	2	28,6%
- Planejamento em Iodoterapia	7	2	28,6%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	23	6	26,1%
- Neoplasias da Pele (Oncologia)	85	22	25,9%
- Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	12	3	25,0%
- Cirurgia Geral (Oncologia)	93	23	24,7%
- Cirurgia Torácica (Oncologia)	29	7	24,1%
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireóide (Onco)	77	14	18,2%
- em Neurocirurgia - Tumores da Sela Túrcica (Oncologia)	6	1	16,7%
- Planejamento em Braquiterapia	25	4	16,0%
- Ginecologia (Oncologia)	81	12	14,8%
- Hematologia (Oncologia)	40	5	12,5%
- Coloproctologia (Oncologia)	130	15	11,5%
- em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	11	1	9,1%
- Urologia (Oncologia)	205	16	7,8%
- Planejamento em Radioterapia	505	34	6,7%
- Mastologia (Oncologia)	144	7	4,9%
- Planejamento em Quimioterapia	130	1	0,8%
- Cirurgia Geral - Reconstrução de trânsito pós Oncologia	1	0	0,0%
- Oftalmologia (Oncologia)	1	0	0,0%
Total	1.633	190	11,6%

Fonte: Superintendência de Regulação/SES-RJ

Tabela 124. Levantamento de absenteísmo ambulatorial em oncologia, região do Médio Paraíba, Competência 2024.

Recurso (Ambulatório 1a vez)	Agendamentos	Faltas	% Absenteísmo
- Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	42	28	66,7%
- Cardiologia (Oncologia)	2	1	50,0%
- Cirurgia Geral - Reconstrução de trânsito pós Oncologia	2	1	50,0%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	125	55	44,0%
- Neoplasias da Pele (Oncologia)	98	42	42,9%
- Cirurgia Geral (Oncologia)	222	89	40,1%
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireóide (Onco)	159	59	37,1%
- em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	27	8	29,6%
- em Cirurgia Plástica Reparadora - Mama (Oncologia)	22	6	27,3%
- em Mastologia - Lesão Impalpável (Oncologia)	8	2	25,0%
- Coloproctologia (Oncologia)	251	61	24,3%
- Ginecologia (Oncologia)	172	41	23,8%
- Cirurgia Torácica (Oncologia)	25	5	20,0%
- Oftalmologia (Oncologia)	5	1	20,0%
- Cirurgia Hepatobiliar (Oncologia)	37	7	18,9%
- Triagem em Oncologia Pediátrica	11	2	18,2%
- Urologia (Oncologia)	419	71	16,9%
- Oncologia Geral (Adulto)	1.139	178	15,6%
- Hematologia (Oncologia)	185	26	14,1%
- em Neurocirurgia - Tumores da Sela Túrcica (Oncologia)	8	1	12,5%
- Planejamento em Radioterapia	897	83	9,3%
- Mastologia (Oncologia)	389	32	8,2%
- Planejamento em Braquiterapia	45	1	2,2%
- Avaliação em Oncologia (Internados)	4	0	0,0%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Infantil)	7	0	0,0%
- Planejamento em Radioterapia (Infantil)	1	0	0,0%
- Planejamento em Iodoterapia	15	0	0,0%
Total	4.317	800	18,5%

Fonte: Superintendência de Regulação/SES-RJ

Tabela 125. Levantamento de absenteísmo ambulatorial em oncologia, região Metropolitana I - Baixada Fluminense, Competência 2024.

Recurso (Ambulatório 1a vez)	Agendamentos	Faltas	% Absenteísmo
- Planejamento em Radioterapia (Infantil)	2	2	100%
- Hematologia Pediátrica (Oncologia)	2	1	50,0%
- em Mastologia - Lesão Impalpável (Oncologia)	35	15	42,9%
- Oftalmologia (Oncologia)	13	5	38,5%
- em Cirurgia Plástica Reparadora - Mama (Oncologia)	31	10	32,3%
- em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	65	19	29,2%
- Cirurgia Hepatobiliar (Oncologia)	147	42	28,6%
- Cirurgia Torácica (Oncologia)	232	66	28,4%
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireóide (Onco)	361	93	25,8%
- Planejamento em Quimioterapia	876	218	24,9%
- Coloproctologia (Oncologia)	293	71	24,2%
- Planejamento em Radioterapia	1.466	346	23,6%
- Cirurgia Geral (Oncologia)	424	92	21,7%
- Cirurgia Geral - Reconstrução de trânsito pós Onco	19	4	21,1%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Infantil)	24	5	20,8%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	176	36	20,5%
- Planejamento em Iodoterapia	15	3	20,0%
- Neoplasias da Pele (Oncologia)	252	50	19,8%
- Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	92	16	17,4%
- Triagem em Oncologia Pediátrica	35	6	17,1%
- Urologia (Oncologia)	968	148	15,3%
- Ginecologia (Oncologia)	551	84	15,2%
- Planejamento em Braquiterapia	40	6	15,0%
- Hematologia (Oncologia)	59	8	13,6%
- em Neurocirurgia - Tumores da Sela Túrcica (Onco)	77	7	9,1%
- Mastologia (Oncologia)	1.311	112	8,5%
Total	7.566	1.465	19,4%

Fonte: Superintendência de Regulação/SES-RJ

Tabela 126. Levantamento de absenteísmo ambulatorial em oncologia, região Metropolitana I - Capital, Competência 2024.

Recurso (Ambulatório 1a vez)	Agendamentos	Faltas	% Absenteísmo
- Hematologia Pediátrica (Oncologia)	10	5	50,0%
- Oncologia Geral (Adulto)	5	2	40,0%
- Cirurgia Hepatobiliar (Oncologia)	340	116	34,1%
- Planejamento em Quimioterapia	189	59	31,2%
- Cirurgia Geral - Reconstrução de trânsito pós Oncologia	29	9	31,0%
- Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	342	98	28,7%
- Oftalmologia (Oncologia)	50	14	28,0%
- em Mastologia - Lesão Impalpável (Oncologia)	206	49	23,8%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	396	92	23,2%
- Cirurgia Torácica (Oncologia)	575	125	21,7%
- Cardiologia (Oncologia)	42	9	21,4%
- em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	221	47	21,3%
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireóide (Onco)	846	177	20,9%
- Coloproctologia (Oncologia)	776	159	20,5%
- Planejamento em Radioterapia (Infantil)	95	19	20,0%
- Cirurgia Geral (Oncologia)	783	146	18,6%
- Urologia (Oncologia)	3.207	540	16,8%
- Planejamento em Braquiterapia	594	99	16,7%
- Neoplasias da Pele (Oncologia)	1.033	171	16,6%
- Planejamento em Iodoterapia	46	7	15,2%
- Triagem em Oncologia Pediátrica	135	20	14,8%
- Planejamento em Radioterapia	8.429	1.242	14,7%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Infantil)	46	6	13,0%
- Ginecologia (Oncologia)	1.055	135	12,8%
- Hematologia (Oncologia)	130	14	10,8%
- em Neurocirurgia - Tumores da Sela Túrcica (Oncologia)	113	12	10,6%
- Mastologia (Oncologia)	2.702	272	10,1%
- em Cirurgia Plástica Reparadora - Mama (Oncologia)	12	1	8,3%
- em Cirurgia Pediátrica - Implante de Cateter (Onco)	18	1	5,6%
- Planejamento em Radioterapia (Contratado)	3	0	0,0%
Total	22.428	3.646	16,3%

Fonte: Superintendência de Regulação/SES-RJ

Tabela 127. Levantamento de absenteísmo ambulatorial em oncologia, região Metropolitana II, Competência 2024.

Recurso (Ambulatório 1a vez)	Agendamentos	Faltas	% Absenteísmo
- Cirurgia Hepatobiliar (Oncologia)	115	42	36,5%
- em Mastologia - Lesão Impalpável (Oncologia)	38	12	31,6%
- Planejamento em Iodoterapia	73	23	31,5%
- em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	92	26	28,3%
- Oftalmologia (Oncologia)	11	3	27,3%
- em Neurocirurgia - Tumores da Sela Túrcica (Oncologia)	31	8	25,8%
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireóide (Onco)	215	52	24,2%
- Cirurgia Geral (Oncologia)	237	53	22,4%
- Cirurgia Torácica (Oncologia)	188	39	20,7%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	122	24	19,7%
- Coloproctologia (Oncologia)	382	74	19,4%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Infantil)	11	2	18,2%
- Oncologia Geral (Adulto)	464	70	15,1%
- Planejamento em Radioterapia	1.758	260	14,8%
- Neoplasias da Pele (Oncologia)	224	33	14,7%
- Hematologia (Oncologia)	109	16	14,7%
- Planejamento em Braquiterapia	114	15	13,2%
- Urologia (Oncologia)	804	103	12,8%
- Triagem em Oncologia Pediátrica	8	1	12,5%
- Ginecologia (Oncologia)	388	47	12,1%
- Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	147	15	10,2%
- em Cirurgia Plástica Reparadora - Mama (Oncologia)	23	2	8,7%
- Cirurgia Geral - Reconstrução de trânsito pós Oncologia	44	3	6,8%
- Mastologia (Oncologia)	861	47	5,5%
- Planejamento em Radioterapia (Contratado)	1	0	0,0%
- Planejamento em Quimioterapia	4	0	0,0%
Total	6.464	970	15,0%

Fonte: Superintendência de Regulação/SES-RJ

Tabela 128. Levantamento de absenteísmo ambulatorial em oncologia, região Noroeste, Competência 2024.

Recurso (Ambulatório 1a vez)	Agendamentos	Faltas	% Absenteísmo
- Broncoscopia com Biópsia-ONCOLOGIA	1	1	100%
- Broncoscopia (Ambulatorial)-ONCOLOGIA	2	2	100%
- Planejamento em Iodoterapia	6	4	66,7%
- Oftalmologia (Oncologia)	2	1	50,0%
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireóide (Oncologia)	80	26	32,5%
- em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	19	6	31,6%
- Coloproctologia (Oncologia)	10	3	30,0%
- Triagem em Oncologia Pediátrica	7	2	28,6%
- Cintilografia de Ossos c/ ou s/ Fluxo Sanguíneo - Corpo Inteiro (Ambulatorial) - ONCOLOGIA	596	160	26,8%
- em Cirurgia Plástica Reparadora - Mama (Oncologia)	4	1	25,0%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	23	5	21,7%
- Oncologia Geral (Adulto)	16	3	18,8%
- Hematologia (Oncologia)	65	12	18,5%
- Cirurgia Torácica (Oncologia)	122	20	16,4%
- Cirurgia Geral (Oncologia)	253	40	15,8%
- Urologia (Oncologia)	186	27	14,5%
- Planejamento em Quimioterapia	566	75	13,3%
- Tomografia Computadorizada (Geral)-ONCOLOGIA	4.883	505	10,3%
- Neoplasias da Pele (Oncologia)	126	11	8,7%
- Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	23	2	8,7%
- Ressonância Nuclear Magnética (Geral)-ONCOLOGIA	838	67	8,0%
- Ginecologia (Oncologia)	101	6	5,9%
- Mastologia (Oncologia)	199	10	5,0%
- Planejamento em Radioterapia	456	22	4,8%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Infantil)	1	0	0,0%
- Cintilografia para pesquisa de Corpo Inteiro IODO - ONCO	6	0	0,0%
- Cintilografia do Miocárdio Repouso ou Estresse - ONCO	3	0	0,0%
- Cintilografia Renal DTPA - ONCOLOGIA	1	0	0,0%
- Cintilografia Renal DMSA - ONCOLOGIA	1	0	0,0%
- Planejamento em Braquiterapia	19	0	0,0%
- Cintilografia de Tireoide c/ ou s/ Captação (Ambulatorial)- ONCO	9	0	0,0%
- Videolaringoscopia - Adulto-ONCOLOGIA	2	0	0,0%
- em Neurocirurgia - Tumores da Sela Túrcica (Oncologia)	1	0	0,0%
- Hematologia Pediátrica (Oncologia)	1	0	0,0%
Total	8.628	1.011	11,7%

Fonte: Superintendência de Regulação/SES-RJ

Tabela 129. Levantamento de absenteísmo ambulatorial em oncologia, região Norte, Competência 2024.

Recurso (Ambulatório 1a vez)	Agendamentos	Faltas	% Absenteísmo
- em Mastologia - Lesão Impalpável (Oncologia)	2	1	50,0%
- Neoplasias da Pele (Oncologia)	26	12	46,2%
- Coloproctologia (Oncologia)	13	5	38,5%
- em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	13	5	38,5%
- em Neurocirurgia - Tumores da Sela Túrcica (Oncologia)	6	2	33,3%
- Cirurgia Torácica (Oncologia)	22	6	27,3%
- Cirurgia Geral (Oncologia)	34	9	26,5%
- Planejamento em Iodoterapia	12	3	25,0%
- Oftalmologia (Oncologia)	12	3	25,0%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	13	3	23,1%
- Oncologia Geral (Adulto)	3.024	641	21,2%
- Mastologia (Oncologia)	43	9	20,9%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Infantil)	6	1	16,7%
- Triagem em Oncologia Pediátrica	8	1	12,5%
- Urologia (Oncologia)	61	7	11,5%
- Planejamento em Braquiterapia	18	2	11,1%
- Hematologia (Oncologia)	31	3	9,7%
- Planejamento em Quimioterapia	14	1	7,1%
- Ginecologia (Oncologia)	30	2	6,7%
- em Cirurgia Plástica Reparadora - Mama (Oncologia)	16	1	6,3%
- Planejamento em Radioterapia	1.084	23	2,1%
- Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	2	0	0,0%
- Cirurgia Hepatobiliar (Oncologia)	1	0	0,0%
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireóide (Onco)	12	0	0,0%
Total	4.503	740	16,4%

Fonte: Superintendência de Regulação/SES-RJ

Tabela 130. Levantamento de absenteísmo ambulatorial em oncologia, região Serrana, Competência 2024.

Recurso (Ambulatório 1a vez)	Agendamentos	Faltas	% Absenteísmo
- em Mastologia - Lesão Impalpável (Oncologia)	1	1	100,00%
- Cirurgia Hepatobiliar (Oncologia)	26	10	38,46%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Infantil)	6	2	33,33%
- em Neurocirurgia - Tumores da Sela Túrcica (Oncologia)	6	2	33,33%
- Cirurgia Geral (Oncologia)	154	30	19,48%
- Planejamento em Quimioterapia	6	1	16,67%
- Cirurgia Torácica (Oncologia)	61	10	16,39%
- Tumores do Tecido Ósseo e Conectivo (Adulto)	59	9	15,25%
- Coloproctologia (Oncologia)	132	20	15,15%
- Neoplasias da Pele (Oncologia)	81	12	14,81%
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Exceto Tireóide (Oncologia)	137	20	14,60%
- Oftalmologia (Oncologia)	7	1	14,29%
- em Neurocirurgia - Neurocirurgia (Oncologia)	22	3	13,64%
- Neoplasias da Tireoide (Oncologia)	31	4	12,90%
- Urologia (Oncologia)	271	34	12,55%
- Ginecologia (Oncologia)	136	15	11,03%
- Hematologia (Oncologia)	49	5	10,20%
- Planejamento em Braquiterapia	32	3	9,38%
- Mastologia (Oncologia)	186	17	9,14%
- Planejamento em Radioterapia	867	40	4,61%
- Oncologia Geral (Adulto)	3.048	49	1,61%
- Cirurgia Geral - Reconstrução de trânsito pós Oncologia	1	0	0,00%
- Planejamento em Radioterapia (Contratado)	7	0	0,00%
- Planejamento em Iodoterapia	9	0	0,00%
- em Cirurgia Plástica Reparadora - Mama (Oncologia)	2	0	0,00%
- Triagem em Oncologia Pediátrica	8	0	0,00%
Total	5.345	288	5,39%

Fonte: Superintendência de Regulação/SES-RJ

O absenteísmo na primeira consulta em oncologia é um desafio significativo para a efetividade do tratamento e o diagnóstico precoce do câncer. A falta de comparecimento à primeira consulta pode resultar em atrasos no diagnóstico, o que pode comprometer as chances de sucesso do tratamento. Existem diversos fatores que contribuem para o absenteísmo, e destaca-los é fundamental para implementar estratégias de enfrentamento. Tais como: falta de informação e conscientização, dificuldades de acesso, cultura de negação ou subestimação da doença, problemas financeiros, falta de acompanhamento ou reforço da consulta, cultura de. Portanto, o enfrentamento do absenteísmo na primeira consulta em oncologia exige uma abordagem multifacetada que envolva educação, apoio logístico, psicológico e um acompanhamento mais ativo do paciente. Ao atacar as raízes do problema e implementar ações estratégicas, é possível reduzir significativamente a incidência de faltas e garantir que mais pacientes iniciem o tratamento no momento mais adequado.

14. NECESSIDADE DE NOVAS HABILITAÇÕES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Quadro 18. Estimativa da necessidade de novos serviços a habilitar no estado, por região de saúde.

Região de Saúde	80% da População projetada IBGE 2024	Casos Novos de Câncer 2023 ¹	Parâmetro UNACON Necessários ²	Unacon habilitados Existentes ³	Déficit
Total	13.775.743	38.093	38	25	-13
Baía da Ilha Grande	216.286	598	1	0	-1
Baixada Litorânea	722.537	1.998	2	1	-1
Centro-Sul	268.849	743	1	1	-
Médio Paraíba	734.744	2.032	2	2	-
Metropolitana I	8.369.987	23.145	23	12	-11
Metropolitana II	1.634.716	4.520	5	2	-3
Noroeste	282.726	782	1	1	-
Norte	775.714	2.145	2	4	-
Serrana	770.184	2.130	2	2	-

Fontes: Parâmetros INCA, 2022

População: Projeção IBGE para 2024

Notas:

1. Para o cálculo dos casos novos foi considerada a Taxa Bruta de 276,52/100.000 hab, de acordo com as projeções do INCA para os anos 2023-2025 (todos os cânceres, exceto pele não melanoma).
2. Parâmetro: 1 UNACON para cada 1.000 casos novos de câncer estimados.
3. Três UNACONS exclusivos de hematologia ou de pediatria, localizados na região Metropolitana I, não foram incluídos (de acordo com a recomendação da Portaria 688/2023). Serviços isolados de Radioterapia e Hospital Geral habilitados, não foram considerados na estimativa.

O quadro abaixo aponta as unidades sugeridas para habilitação, que se encontram em análise junto ao Ministério da Saúde.

Quadro 19. Estabelecimentos em processo de habilitação no estado do Rio de Janeiro, Janeiro/2025.

PROCESSO DE SOLICITAÇÃO DE HABILITAÇÃO EM ONCOLOGIA (EM ANDAMENTO)							
Nº DO PROCESSO - SEI	DATA DA ABERTURA DO PROCESSO	ESTABELECIMENTO (NOME)	CNES	MUNICÍPIO	SERVIÇOS	SERVIÇO HABILITADO STATUS	SERVIÇO PLEITEADO COM HABILITAÇÃO
SEI-080001/005424/2023	14/03/2023	HOSPITAL DO CÂNCER E DO CORAÇÃO HCCOR	113891	SAO GONCALO	UNACON	*	NOVO
SEI-120001/011417/2022	06/12/2022	HUV HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE VASSOURAS	2273748	VASSOURAS	UNACON com Serviço de Hematologia e Radioterapia	UNACON COM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA	Radioterapia
SEI-08/001/010266/2019	24/06/2019	HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	12505	NITERÓI	UNACON com Serviço de Hematologia e Radioterapia, com a inclusão do Centro de Radiologia do Ingá	UNACON COM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA	Incorporação do UNACON Radioterapia - INGA

SEI-080001/029662/2023	21/12/2023	HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DE MACAE HPM	5412447	MACAÉ	UNACON com Hematologia	*	Hematologia
SEI-080001/018227/2021	16/08/2021	HOSPITAL MUNICIPAL MOACYR RODRIGUES DO CARMO	6007317	DUQUE DE CAXIAS	UNACON	*	NOVO

Fonte: sistema SAIPS acesso em 28/01/2025

Das unidades em processo de habilitação, duas são novos UNACONS, mas encontram-se em pendência de inspeção ou adequação da Vigilância Sanitária estadual e da conclusão do Plano Estadual de Oncologia. Outras três unidades pleitearam a habilitação de novos serviços, sendo duas para o Serviço de Radioterapia e uma para o Serviço de Hematologia, cujas pendências também estão relacionadas à inspeção e/ou adequação de inspeção da Vigilância Sanitária Estadual.

14.1. Estimativa de custo anual para atender à demanda de tratamento em alta complexidade dos casos novos de câncer no estado do Rio Janeiro

Tabela 131. Recursos financeiros anuais necessários para atender à demanda de tratamento em alta complexidade dos casos novos de câncer no estado, segundo estimativas do INCA, para o período 2023-2025

Região de Saúde/Município	§ CIRURGIA R\$ 3.774,00	§ QUIMIO R\$ 595,00	§ RADIO R\$ 3.839,00	§ TOTAL ONCO
Total	R\$ 94.479.443,20	R\$ 120.680.386,56	R\$ 88.987.659,83	R\$ 304.147.489,59
Baía da Ilha Grande	R\$ 1.621.050,98	R\$ 2.070.599,19	R\$ 1.526.824,55	R\$ 5.218.474,71
Baixada Litorânea	R\$ 4.703.902,20	R\$ 6.008.383,59	R\$ 4.430.479,63	R\$ 15.142.765,42
Centro-Sul	R\$ 1.856.923,37	R\$ 2.371.883,48	R\$ 1.748.986,44	R\$ 5.977.793,29
Médio Paraíba	R\$ 4.987.905,30	R\$ 6.371.146,14	R\$ 4.697.974,56	R\$ 16.057.026,00
Metropolitana I	R\$ 57.290.169,09	R\$ 73.177.820,68	R\$ 53.960.077,52	R\$ 184.428.067,29
Metropolitana II	R\$ 11.608.942,79	R\$ 14.828.323,03	R\$ 10.934.152,63	R\$ 37.371.418,46
Noroeste	R\$ 1.894.099,38	R\$ 2.419.369,10	R\$ 1.784.001,53	R\$ 6.097.470,00
Norte	R\$ 5.210.117,27	R\$ 6.654.981,71	R\$ 4.907.270,06	R\$ 16.772.369,04
Serrana	R\$ 5.306.332,82	R\$ 6.777.879,65	R\$ 4.997.892,92	R\$ 17.082.105,39

Fontes: Estimativas INCA, 2022

População pactuada SES/RJ para 2021

15. REABILITAÇÃO EM ONCOLOGIA

A dor, assim como as restrições físicas, emocionais e sociais decorrentes da neoplasia maligna e/ou da abordagem terapêutica ao câncer são fatores importantes na assistência aos pacientes.

A localização primária do câncer, o seu estágio e as intervenções propostas norteiam as condutas de reabilitação físicas necessárias, que, por vezes, para o melhor resultado, podem demandar que se iniciem precocemente, mesmo antes das intervenções de combate ao tumor.

O objetivo da reabilitação é diminuir ou eliminar, quando possível, as perdas funcionais, a dor e os problemas psicológicos e sociais associados ao câncer e ao seu tratamento, e melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família.

Ressalta-se que compete aos estabelecimentos habilitados para atendimento na rede estadual de oncologia de alta complexidade (UNACON e CACON), a responsabilidade por todos os procedimentos necessários desde o diagnóstico definitivo, estadiamento, tratamento ao câncer,

reabilitação até os cuidados paliativos, quando for o caso, em articulação regulada com os demais componentes da rede de atenção à saúde em que se insere, com vistas à garantia do integral atendimento do paciente. O custeio pode ser complementado por verba estadual, caso ultrapasse o teto MAC.

15.1. Reabilitação no câncer de mama

A necessidade de reconstruir a mama e, em alguns casos, as restrições do movimento do ombro, linfedema do membro superior e síndrome da rede axilar (formação de cordões fibrosos), decorrentes da mastectomia, dentre outras, são demandas que podem ser minimizadas com os cuidados de reabilitação.

A Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do SUS, nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer, e a Portaria GM/MS nº 127, de 13 de fevereiro de 2023, que instituiu estratégia excepcional de ampliação do acesso à reconstrução mamária pós mastectomia no âmbito do SUS (habilitação temporária de serviços) buscaram garantir o acesso das mulheres à reconstrução da mama, fator muitas vezes determinante para a saúde emocional (auto imagem, identidade, sexualidade, aceitação) das pacientes.

No estado, no entanto, se observa produção ainda incipiente desses procedimentos.

Tabela 132. Produção de reconstrução mamária pós-mastectomia total, estado do Rio de Janeiro, janeiro de 2019 a junho de 2024.

Estabelecimento	2019	2020	2021	2022	2023	2024
RJ, Campos dos Goytacazes - HOSPITAL DR BEDA - 2287285	0	0	0	0	8	2
RJ, Maricá - ERNESTO CHE GUEVARA SMSM - 9895124	0	0	0	0	2	1
RJ, Niterói - HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO - 0012505	0	0	1	5	6	8
RJ, Nova Iguaçu - HGNI HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUACU - 2798662	0	0	0	0	0	1
RJ, Petrópolis - HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO - 2275562	0	3	0	13	11	7
RJ, Rio de Janeiro - HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ - 2269384	1	0	1	8	11	8
RJ, Rio de Janeiro - HOSPITAL MARIO KROEFF - 2269899	0	11	22	28	9	2
RJ, Rio de Janeiro - HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO - 2280167	2	7	7	10	0	6
RJ, Rio de Janeiro - HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE - 2295415	2	1	3	2	0	0
RJ, Rio de Janeiro - IFF FIOCRUZ - 2708353	1	1	1	0	0	0
RJ, Rio de Janeiro - MS HOSPITAL DE IPANEMA - 2269775	3	12	4	4	1	2
RJ, Rio de Janeiro - MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA - 2273659	1	10	8	5	13	12
RJ, Rio de Janeiro - MS HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSE - 2269880	0	0	0	3	6	2
RJ, Rio de Janeiro - MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO - 2269988	1	10	21	15	33	27
RJ, Rio de Janeiro - MS INCA HOSPITAL DO CANCER III - 2273462	1	28	12	29	19	30
RJ, Rio de Janeiro - MS INCA II HOSPITAL DO CANCER II - 2269821	0	0	0	1	1	1
RJ, Rio de Janeiro - SMS HOSPITAL MUNICIPAL BARATA RIBEIRO AP 1 0 - 2270242	0	0	1	1	0	0
RJ, Rio de Janeiro - UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO - 2269783	0	0	1	2	2	1
RJ, Rio de Janeiro - UFRJ INSTITUTO DE GINECOLOGIA - 2296594	0	0	0	0	0	1
Total	12	83	82	126	122	111

Fonte: SIH, consulta em 02/02/2025

No seguimento das pacientes mastectomizadas é fundamental que haja acesso aos demais

profissionais envolvidos no processo de reabilitação, como fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros.

15.2. Reabilitação no câncer colorretal

O câncer colorretal pode demandar a realização de colostomia, quimioterapia e radioterapia.

A reabilitação para esses pacientes envolve orientações sobre os cuidados com a função intestinal e com a ostomia, o manejo de efeitos colaterais como a fadiga e linfedema, o controle da alimentação, a realização de atividade física e sexual, além de um acompanhamento psicológico para apoio quanto a questões ,tais como, imagem corporal e atividades sociais. A Portaria MS 400/2009, que estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, surge como um dos frutos a partir da criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.060, de 05 de junho de 2002, com o imperativo à necessidade de garantir às pessoas ostomizadas a atenção integral à saúde por meio de intervenções especializadas.

A Lei Ordinária Estadual 7980/2018 formaliza, na esfera legal, a criação do Programa de Atendimento ao Ostomizado no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, e de forma injuntiva garante às pessoas portadoras de ostomia, insumos como bolsas coletoras de colostomia e ileostomias, além de adjuvantes de proteção a pele periestomal.

O estado tem distribuído em suas regiões de saúde, 28 pólos de atendimentos à pessoa portadora de ostomia pactuados em CIB.

O Programa de Ostomia do estado possui aproximadamente 13,7 mil fluminenses cadastrados, majoritariamente, bbn residentes das regiões metropolitanas I e II. DesTes, 1.100 apresentam o câncer como causa direta ou indireta da confecção de ostomias.

Quadro 20. Distribuição dos polos de ostomia por região de saúde

Região de Saúde	Polos
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis e Paraty
Baixada Litorânea	Cabo Frio e Rio das Ostras
Centro-Sul	Três Rios e Vassouras
Médio Paraíba	Volta Redonda
Metropolitana I	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Magé, Mesquita, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro (Instituto Oscar Clark e Bangu), São João de Meriti além da Policlínica Piquet Carneiro e o Sistema Prisional por intermédio do DEGASE
Metropolitana II	Niterói, São Gonçalo, Itaboraí
Noroeste	Itaperuna
Norte	Campos e Macaé
Serrana	Petrópolis, Teresópolis e Nova Friburgo

Considerando que a assistência especializada da rede estadual ocorre de forma descentralizada com base no relacionamento preconizado para a atenção às pessoas ostomizadas, foi estabelecido que o Polo de ostomia recepciona o indivíduo portador de ostomia, acolhe, cadastra, orienta e presta apoio psicológico e estabelece o fluxo de condução deste indivíduo.

15.3. Reabilitação no câncer de traqueia, brônquios e pulmão

A Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito do SUS, oferece duas alternativas de reabilitação fonatória com traqueostomia e/ou laringectomizados: a voz esofágica (método conhecido como procedimento de reabilitação natural) e a traqueoesofágica, cujo código previsto no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) é o 07.02.09.004-2 - prótese traqueoesofágica para reabilitação da fonação do paciente laringectomizado - inclui material.

Para os pacientes submetidos a laringectomia total por neoplasia maligna da laringe, que não se adaptaram à reabilitação vocal prévia com voz esofágica e prótese traqueoesofágica, está indicada para a reabilitação vocal, a laringe eletrônica, cujo código SIGTAP é o 07.01.03.035-6 - laringe eletrônica para reabilitação vocal. A habilitação exigida pelo Ministério da Saúde para esses procedimentos é a de UNACON e/ou CACON, conforme definido no SIGTAP.

A reabilitação da função pulmonar respiratória pode reduzir a dispnéia e a fadiga do paciente, aumentar a sua capacidade física, o que resulta em significativa melhora em sua qualidade de vida e redução das hospitalizações.

16. CUIDADOS PALIATIVOS

O ERJ vem ao longo anos assumindo seu papel como gestor e o compromisso com a implantação dos cuidados paliativos com a publicação da Lei 8425 de 01 de julho de 2019 o qual instituiu o Programa Estadual de Cuidados Paliativos e a Resolução SES N 3252 de 15 de fevereiro de 2024 que dispõe sobre a criação da Câmara Técnica em Cuidados Paliativos (CTCP), com a participação de membros governamentais e não governamentais com participação de entidades representativas da pauta dos Cuidados Paliativos no ERJ.

A CTCP a partir da divisão por subgrupos de trabalho temáticos priorizaram três eixos relacionados à Política Nacional de Cuidados Paliativos Educação, Fármacos e Implantação, que contribuiriam com propostas para a elaboração do Plano Estadual de Cuidados Paliativos cujo objetivo é orientar gestores para a implantação e implementação da política de cuidados paliativos no âmbito do ERJ.

Estão listados na Tabela 133, os atendimentos de pacientes em cuidados paliativos registrados no SIA-SUS.

Tabela 133: atendimentos de pacientes em cuidados paliativos por região de saúde, janeiro/2023-junho/2024

Procedimento realizado	Atend. de pac. em cuidados paliativos		Atend fisiotp. de pac. com cuidados paliativos	
	2023	2024	2023	2024
Baía da Ilha Grande	-	-	16	7
Baixada Litorânea	-	-	402	241
Centro-Sul	1	-	50	30
Médio Paraíba	-	-	25	10
Metropolitana I	119	234	3.018	1.429
Metropolitana II	-	1	465	219
Noroeste	-	-	118	149
Norte	-	-	49	678
Serrana	-	-	600	578
Total	120	235	4.250	2.069

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2023 e 2024 são preliminares, com situação da base nacional em 02/02/2025, sujeitos a retificação.

Atualmente, vem sendo desenvolvida, no âmbito da SES RJ a ampliação da oferta de serviços para Cuidados Paliativos cujo projeto piloto em parceria com PROADI-SUS, foi iniciado em 2024 em dois municípios, sendo ambos da região METRO I e II respectivamente com consultoria do Hospital Sirio Libanes. Estão previstas duas equipes matriciais que já iniciaram a capacitação conforme previsto na Portaria GM MS No 3681 de 7 de maio de 2024 que instituiu a Política de cuidados paliativos.

16.1. Controle da Dor Crônica

O câncer pode causar diferentes tipos de dor dependendo do local, estágio da doença e envolvimento de estruturas corporais.

O tratamento da dor tem como objetivo reduzi-la a níveis que permitam uma qualidade de vida considerada aceitável pelo paciente. Segundo a OMS (1987), o tratamento medicamentoso da dor oncológica considera a prescrição de medicamentos não opioides, adjuvantes (antidepressivos e anticonvulsivantes) e opioides, cuja seleção dependerá da intensidade da dor (de acordo com a escala analgésica da dor). VENDAFRIDA, et al, 2017

Dentre as ações desenvolvidas para o cuidado integral do paciente oncológico, tem-se o acesso a medicamentos para tratamento e controle da dor. Esses medicamentos estão contemplados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e a indicação de utilização e

monitoramento deve seguir o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica (Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS nº 1, de 22 de agosto de 2024). O protocolo é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes, e inclui uma lista de medicamentos como analgésicos, antiinflamatórios não esteroidais, antiepilépticos, antidepressivos, opioides fracos e fortes, os quais podem ser ofertados desde que observados os critérios descritos.

Em todo o estado, até o momento, não há oferta sistemática do tratamento da dor crônica em oncologia, conforme previsto no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica.

17. CUIDADOS PROLONGADOS

Os cuidados prolongados integram o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, como retaguarda a esta e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Constituem-se em uma estratégia intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico e a APS. Destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

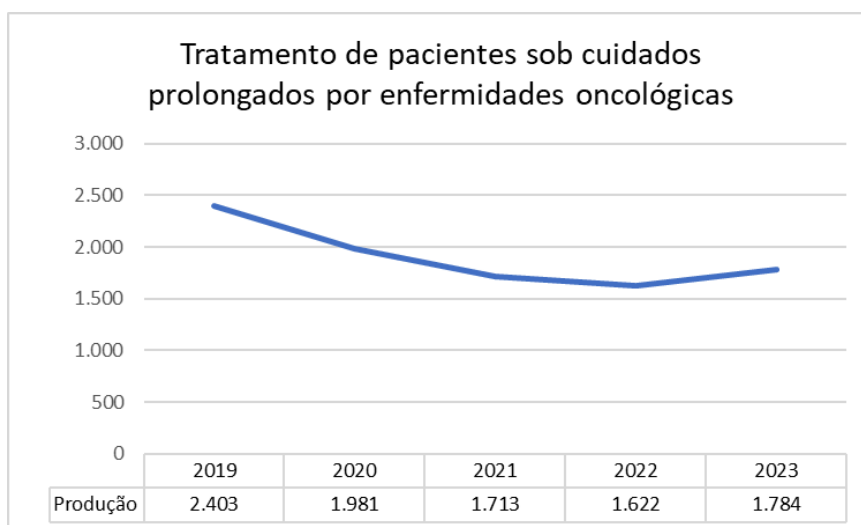
A estratégia objetiva a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia, oferecendo atenção à saúde de maneira integral, contínua, multiprofissional e interdisciplinar.

Portanto, qualquer paciente que necessite de reabilitação, de recuperação de até 90 dias, que se enquadre nos critérios estabelecidos pela Portaria GM nº 2.809 de 07 de dezembro de 2012, pode ser atendido pela Unidade de Cuidados Prolongados (UCP).

Entende-se que o processo de produção do cuidado do paciente oncológico deve ser organizado em rede. A UCP atua nesse contexto, como componente complementar no circuito da RAS, funcionando como retaguarda à APS e às unidades oncológicas.

No momento, o Estado conta com 05 Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) habilitadas, com 132 leitos, sendo 01 no município de Petrópolis, 01 em Vassouras, 01 em Valença e 02 no Rio de Janeiro.

Gráfico 16. Produção de tratamentos em cuidados prolongados, estado do Rio de Janeiro, 2019-2023.



Fonte: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS, Ministério da Saúde/Datasus.

Situação da base em 07/12/2024 às 20:26, sujeito a alterações. Gerado em 08/12/2024

18. FINANCIAMENTO DA ONCOLOGIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

18.1. Programação Pactuada Integrada (PPI)

A PPI é uma estratégia fundamental no Sistema Único de Saúde (SUS) que visa otimizar a gestão e a oferta de serviços de saúde de maneira organizada e eficiente, por meio de um planejamento colaborativo entre as esferas federal, estadual e municipal. No estado do Rio de Janeiro, a PPI tem se mostrado um instrumento eficaz para garantir o acesso e a continuidade do tratamento oncológico para a população fluminense, especialmente em um contexto de alta demanda e complexidade nos cuidados com pacientes com câncer.

O foco da PPI em oncologia no Rio de Janeiro está em integrar e coordenar os diversos serviços de saúde envolvidos no tratamento do câncer, promovendo um fluxo contínuo de cuidados, desde o diagnóstico até o acompanhamento pós-tratamento. A programação permite que os municípios, em conjunto com o estado, pactuem a oferta de serviços especializados em oncologia, como radioterapia, quimioterapia e cirurgias oncológicas, garantindo que esses serviços estejam disponíveis para todos os cidadãos, independentemente de sua localização ou condição social.

Um dos principais benefícios da PPI no âmbito da oncologia é a redução das desigualdades no acesso ao tratamento. Ao promover a pactuação de serviços, a PPI assegura que as unidades de saúde estaduais e municipais se complementam, evitando lacunas no atendimento e possibilitando o encaminhamento de pacientes para serviços especializados conforme a necessidade. Isso é especialmente importante no Rio de Janeiro, onde, devido à grande concentração de população e à diversidade geográfica, há desafios no acesso equitativo aos cuidados de saúde.

A PPI também facilita a implementação de protocolos clínicos uniformes, promovendo a padronização do atendimento oncológico e a melhoria da qualidade dos tratamentos oferecidos.

Além disso, a integração das redes de saúde permite o compartilhamento de informações e o monitoramento contínuo do estado de saúde dos pacientes, o que contribui para a detecção precoce de recidivas ou complicações.

Outro ponto relevante da PPI no estado do Rio de Janeiro é a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. A partir de uma rede de serviços integrada, pacientes podem ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), encaminhados para Centros de Referência de Oncologia ou hospitais especializados, e, posteriormente, acompanhados em unidades de reabilitação e cuidados paliativos, quando necessário. Isso garante que os pacientes oncológicos recebam um cuidado integral e contínuo, fundamental para o sucesso do tratamento.

Em resumo, a Programação Pactuada Integrada tem um papel crucial na organização e qualificação dos serviços de oncologia no estado do Rio de Janeiro. Ao promover uma rede integrada e eficiente, ela garante o acesso universal e equitativo ao tratamento, melhorando a coordenação entre os diferentes serviços de saúde e, conseqüentemente, contribuindo para o aumento da qualidade do atendimento aos pacientes oncológicos.

Tabela 134: Teto MAC para Oncologia 2024

Teto MAC Oncologia Estadual - Competência 2024		
Município Executor	Valor do teto em oncologia - a partir de janeiro/2024	
	Teto Anual	Teto Mensal
BARRA MANSA	11.034.937,80	919.578,15
CABO FRIO	13.110.881,40	1.092.573,45
CAMPOS	16.203.125,28	1.350.260,44
ITAPERUNA	6.739.433,52	561.619,46
MACAÉ	8.636.792,88	719.732,74
NITERÓI	13.519.406,28	1.126.617,19
NOVA IGUAÇU	8.889.061,44	740.755,12
PETRÓPOLIS	7.065.987,96	588.832,33
RIO BONITO	8.386.115,64	698.842,97
RIO DE JANEIRO	117.556.326,60	9.796.360,55
VASSOURAS	5.754.421,20	479.535,10
VOLTA REDONDA	10.026.630,24	835.552,52
Total	226.923.120,24	18.910.260,02

Fonte: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação - SES/RJ

O termo "teto MAC" está relacionado com o Modelo de Atenção à Saúde, um sistema utilizado no Brasil para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). O teto MAC se refere ao valor máximo de recursos financeiros destinados a cada município ou estado para cobrir as despesas com serviços de saúde, de acordo com o modelo de financiamento do SUS.

O teto MAC, portanto, define um limite de valores que cada ente federativo pode receber para custear serviços de saúde, como atenção básica, atendimentos médicos, medicamentos, e outros serviços previstos no SUS. Esse teto é baseado em critérios como a população do município ou estado, a demanda por serviços de saúde e outros fatores definidos pelo Ministério da Saúde.

Esses recursos são distribuídos anualmente, com base em critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, e visam garantir que os recursos sejam aplicados de maneira equitativa e suficiente para a manutenção dos serviços de saúde em todo o país.

No entanto, o recurso distribuído para os municípios através do teto MAC (Média e Alta Complexidade) é insuficiente para a demanda do estado do Rio de Janeiro.

De acordo com a legislação vigente, a gestão das ações e dos serviços de saúde do SUS, deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios, que possuem atribuições e responsabilidades definidas constitucionalmente.

18.2. Programa de Cofinanciamento em Oncologia

Cumprindo às diretrizes da política em saúde, o cofinanciamento estadual em oncologia integra as ações da rede de serviços assistenciais, uma vez que a promoção do apoio financeiro às unidades de saúde garante a continuidade da prestação dos serviços em assistência oncológica de forma difusa em todo Estado.

O cofinanciamento está inserido no bloco de recursos destinados à manutenção de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde para as unidades de alta complexidade em oncologia, assistência especializada em oncologia (UNACON ou CACON) e unidades não habilitadas pelo Ministério da Saúde.

Para viabilizar o tratamento local, desde 2019, a SES editou vários instrumentos voltados ao apoio financeiro aos municípios gestores de unidades de assistência oncológica no estado, dos quais se destacam os relativos aos dois últimos anos:

RESOLUÇÃO SES N.º 2994 DE 27 DE abril DE 2023 e RESOLUÇÃO SES N.º 3173 DE 05 DE OUTUBRO DE 2023 cofinanciamento aos municípios gestores de unidades e/ou estabelecimentos de Assistência de alta complexidade em oncologia que possuem habilitação junto ao Ministério da Saúde, como Unidades ou Centros Estaduais de Assistência Especializada em Oncologia (UNACON ou CACON).

RESOLUÇÃO SES N.º 2990 DE 26 DE ABRIL DE 2023 e RESOLUÇÃO SES N.º 3172 DE 05 DE OUTUBRO DE 2023 - financiamento de custeio aos serviços de Assistência Especializada em oncologia às unidades de atendimento não habilitadas.

RESOLUÇÃO SES N.º 3301 DE 19 DE ABRIL DE 2024 e RESOLUÇÃO SES N.º 3565 DE

02 DE DEZEMBRO DE 2024 - financiamento de custeio aos serviços especializados em oncologia às unidades de atendimento não habilitadas para que possam ampliar o acesso dos pacientes à assistência oncológica.

RESOLUÇÃO SES N.º 3300 DE 19 DE ABRIL DE 2024 - cofinanciamento aos municípios gestores de unidades e/ou estabelecimentos de assistência de alta complexidade em oncologia que possuem habilitação como Unidades ou Centros Estaduais de Assistência Especializada em Oncologia (UNACON ou CACON) junto ao Ministério da Saúde.

A modalidade permite que municípios tenham maior autonomia e responsabilidade na gestão dos recursos, amplia o número de vagas ofertadas na Rede, reduz o tempo de acesso ao tratamento do paciente, além de fortalecer o vínculo, cuidado e estímulo aos municípios a realizarem um cuidado efetivo à população.

As resoluções nº 2994/2023 e nº 3173/2023 estipulam o **LIMITE FINANCEIRO ANUAL PROGRAMADO de R\$ 89.022.444,10**. Do recurso programado, foram utilizados R\$ 73.201.652,07 (setenta e três milhões duzentos e um mil, seiscentos e cinquenta e dois reais e sete centavos). Os pagamentos dos recursos foram realizados por meio de processos administrativos, aos gestores dos municípios onde se encontram as unidades oncológicas de alta complexidade, a saber:

Tabela 135: Recursos do Cofinanciamento Estadual, 2023

REGIÃO	FAVORECIDO	VALOR 2023
BAIXADA LITORÂNEA	CABO FRIO	R\$ 8.496.478,96
	2878286 H SANTA IZABEL	R\$ 8.496.478,96
BAIXADA LITORÂNEA Total		R\$ 8.496.478,96
CENTRO-SUL	VASSOURAS	R\$ 5.356.571,13
	2273748 HUV	R\$ 5.356.571,13
CENTRO-SUL Total		R\$ 5.356.571,13
MÉDIO PARAÍBA	BARRA MANSA	R\$ 10.668.305,50
	2280051 SANTA CASA MISERICORDIA	R\$ 10.668.305,50
	VOLTA REDONDA	R\$ 5.348.887,95
	0025186 HINJA	R\$ 5.348.887,95
MÉDIO PARAÍBA Total		R\$ 16.017.193,45
METROPOLITANA I	DUQUE DE CAXIAS	R\$ 8.741.152,59
	6007317 HM MOACYR RODRIGUES CARMO	R\$ 8.741.152,59
METROPOLITANA I Total		R\$ 8.741.152,59
METROPOLITANA II	NITERÓI	R\$ 3.876.506,21
	0012505 HU ANTÔNIO PEDRO & 3477371 CR INGÁ	R\$ 1.585.529,77
	0105317 HM OCEANICO DR GILSON CANTARINO	R\$ 1.840.726,96
	3477371 CR INGÁ	R\$ 450.249,48
	RIO BONITO	R\$ 831.671,02
	2296241 HR DARCY VARGAS	R\$ 831.671,02
	SAO GONCALO	R\$ 10.338.683,47
0113891 HCCOR	R\$ 9.158.221,46	

	0113891 HCCOR & 2292084 H DR LUIZ PALMIER	R\$ 1.180.462,01
METROPOLITANA II Total		R\$ 15.046.860,70
NOROESTE	ITAPERUNA	R\$ 1.828.518,94
	2278855 H SÃO JOSÉ DO AVAÍ	R\$ 1.828.518,94
NOROESTE Total		R\$ 1.828.518,94
NORTE	CAMPOS DOS GOYTACAZES	R\$ 6.660.986,58
	2287250 SOC PORT BENEF & 2287285 H DR BEDA & 2287447 HE ÁLVARO ALVIM	R\$ 6.660.986,58
NORTE Total		R\$ 6.660.986,58
SERRANA	PETRÓPOLIS	R\$ 4.580.552,47
	2275562 H ALCIDES CARNEIRO	R\$ 4.580.552,47
	TERESÓPOLIS	R\$ 6.473.337,25
	2292386 ASS CONG SANTA CATARINA	R\$ 6.473.337,25
SERRANA Total		R\$ 11.053.889,72
Total Geral		R\$ 73.201.652,07

Fonte: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação - SES/RJ

Além da complementação para os municípios com unidades habilitadas, a Secretaria Estadual de Saúde financiou unidades que aguardam habilitação e orçamento do Ministério de Saúde, por meio das resoluções SES nº 2990 de 26 de abril de 2023, SES nº 2994 de 27 de abril de 2023, SES nº 3172 de 05 de outubro de 2023 e SES nº 3173 de 05 de outubro de 2023, com recurso programado no valor de **R\$ 73.201.652,07**.

Em 2024 a Secretaria Estadual de Saúde financiou unidades que aguardam habilitação e orçamento do Ministério de Saúde, por meio das resoluções SES nº 3300 de 19 de abril de 2024 e SES nº 3301 de 19 de abril de 2024, com recurso programado no valor de **R\$ 34.021.335,90**.

18.3. Chamamento Público

O chamamento público para radioterapia no estado do Rio de Janeiro é um processo de seleção de unidades privadas ou filantrópicas para prestar serviços de radioterapia a pacientes com câncer.

O chamamento público é um processo administrativo que visa firmar parcerias com organizações da sociedade civil. O edital do chamamento público é o instrumento que torna público o interesse da administração pública e explicita as regras para a parceria.

Para este chamamento foi considerada a ata da audiência realizada no dia 21 de julho de 2020, no bojo da Ação Civil Pública nº 0006744-51.2014.4.02.5101, que diante das propostas apresentadas nos autos pela União Federal para imediata regularização da fila de Radioterapia, o juízo ordenou o Estado do Rio de Janeiro a realizar novo chamamento público, respeitando os valores da tabela SUS, vez que comprovadamente são estes os valores praticados na maioria dos Estados da Federação.

Tabela 136: Faturamento relativo ao chamamento público realizado em 2023

Total faturado - 2023						
Mês	Chamamento Nº001/2019			Chamamento Nº 001/2020		Chamamento Nº 008/2020
	Hospital São Vicente de Paulo	Radiovitae	Radioserra	Oncomed	Inova Medic	COI Américas
Município	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Petrópolis	Niterói	Duque de Caxias	Rio de Janeiro
VALOR ORÇADO MENSAL	R\$ 62.305,00	R\$ 412.935,00	R\$ 462.631,25	R\$ 53.449,00	R\$ 469.680,00	R\$ 128.111,00
Janeiro	R\$ 11.808,00	R\$ 391.989,00	R\$ 465.726,00	R\$ 57.124,00	R\$ 337.880,00	R\$ 123.200,00
Fevereiro	R\$ 26.468,00	R\$ 242.921,00	R\$ 370.065,00	R\$ 33.861,00	R\$ 28.224,00	R\$ 90.251,02
Março	R\$ 25.899,00	R\$ 442.123,00	R\$ 506.273,00	R\$ 43.417,00	R\$ 326.961,00	R\$ 117.909,00
Abril	R\$ 10.512,00	R\$ 313.327,00	R\$ 466.156,00	R\$ 35.125,00	R\$ 269.268,00	R\$ 43.720,00
Maiο	R\$ 57.979,00	R\$ 229.156,00	R\$ 466.156,00	R\$ 52.984,00	R\$ 249.180,00	R\$ 68.553,00
Junho	R\$ 17.646,00	R\$ 404.521,00	R\$ 426.847,00	R\$ 29.461,00	R\$ 194.554,00	R\$ 127.996,00
Julho	R\$ 68.368,30	R\$ 423.564,00	R\$ 319.074,00	R\$ 56.255,00	R\$ 201.670,00	R\$ 160.314,00
Agosto	R\$ 57.596,00	R\$ 418.137,00	R\$ 406.248,00	R\$ 106.625,00	R\$ 313.049,00	R\$ 146.561,00
Setembro	R\$ 37.021,00	R\$ 330.803,00	R\$ 493.449,00	R\$ 34.738,00	R\$ 276.332,00	R\$ 109.528,00
Outubro	R\$ 356.147,00	R\$ 356.147,00	R\$ 392.850,00	R\$ 39.553,00	R\$ 268.386,00	R\$ 163.538,00
Novembro	R\$ 32.392,00	R\$ 366.244,00	R\$ 378.968,00	R\$ 33.934,00	R\$ 223.983,00	R\$ 76.828,00
Dezembro	R\$ 44.720,41	R\$ 308.107,00	R\$ 280.948,00	R\$ 23.016,00	R\$ 245.694,00	R\$ 107.054,00
	R\$ 746.556,71	R\$ 4.227.039,00	R\$ 4.972.760,00	R\$ 546.093,00	R\$ 2.935.181,00	R\$ 1.335.452,02

Fonte: SUPAECA/SUBAS/SES-RJ

Em 2023, o total faturado foi de R\$ 14.763.081,73 relativos ao Chamamento Nº 001/2019, Chamamento Nº001/2020 e Chamamento Nº008/2020, para os prestadores mencionados acima.

Em 2024, o total faturado foi de R\$ 10.757.620,23, relativos ao Chamamento Nº001/2019, Chamamento Nº001/2020 e Chamamento Nº008/2020 para os prestadores mencionados acima.

19. USO DE TECNOLOGIAS INOVADORAS EM ONCOLOGIA

Com fundamento na Lei Complementar nº 182, de 1º de junho de 2021 - que trata do Marco Legal das Startups e do Empreendedorismo Inovador (MLSEI), encontra-se em tramitação nesta SES/RJ o processo SEI-080001/032640/2024, o processo para licitação especial destinada a materialização do "1º Desafio de Inovação Aberta em Saúde Pública do Estado do Rio de Janeiro".

Através desta iniciativa, pretende-se fomentar soluções inovadoras para abordar problemas críticos na saúde pública, dentre eles, aqueles da área de Oncologia, como por exemplo o rastreamento do câncer de mama.

Desse modo, foi proposto o desafio intitulado "Como a Inteligência Artificial pode contribuir para a prevenção e o tratamento do câncer?", temos a expectativa de que Startups interessadas apresentem proposta de soluções que coadunem com as necessidades apontadas pelas áreas técnicas da SES/RJ no que se refere à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer.

Além disso, destacamos também a criação do Grupo de Trabalho de Saúde Digital, instituído por meio da resolução CIB RJ nº 9.109, de 5 de dezembro de 2024 (SEI-080001/037016/2024), que está sendo responsável pela elaboração do Plano de Ação do Programa SUS Digital, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024.

Ademais, no Plano de Ação do Programa SUS Digital a área de Oncologia está sendo destacada e priorizada, no qual está sendo formulado objetivo e ações voltadas ao aprimoramento do

rastreamento, diagnóstico e acompanhamento do câncer de mama, com o uso de soluções digitais inovadoras e telessaúde.

20. MATRIZ SWOT (FOFA) - FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, FRAGILIDADES E AMEAÇAS À REDE DE ONCOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

20.1. Fortalezas

- . Cofinanciamentos e chamamentos públicos
 - .Cofinanciamento para serviços habilitados;
 - .Cofinanciamento para serviços não habilitados;
 - . Chamamento público em radioterapia;
- . Investimentos estaduais em Infraestrutura:
 - . Construção do Hospital Estadual de Oncologia de Nova Friburgo;
 - . Construção da Radioterapia do Hospital Estadual de Oncologia de Nova Friburgo;
 - . Construção do Instituto Estadual do Câncer da Baixada Fluminense;
 - . Rio Imagem Baixada ;
- . Organização da Linha de Cuidado do câncer de mama;
- . Controle da qualidade de exames de mamografia e citopatológico de colo de útero;
- . Implementação dos Registros de Câncer de Base Populacional;
- . Implementação do Roteiro para Inspeção de Serviços de Terapia antineoplásicas (STA);
- . Aumento da produção de quimioterapia dos Hospitais em Oncologia Mário Kroeff e HUPE no período avaliado
- . Reativação do Mamógrafo móvel;Utilização do Programa Telessaúde na Regulação com o objetivo de monitorar a jornada do paciente em seu itinerário terapêutico.
- . Aprimoramento da transparência, do monitoramento da jornada terapêutica do paciente e da disseminação da informação em saúde no estado, por meio da implementação de recursos da Tecnologia de Informação e Comunicação - TIC, no Centro de Inteligencia em Saúde (CIS)

20.2. Oportunidades

. Expansão e Regionalização dos Serviços:

1. Habilitação de novas UNACONS
2. Habilitação de novos serviços
3. Portaria que institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde;
4. Programa Mais Acesso a Especialistas.
5. Implantação das OCIs com oferta de diagnóstico precoce para os cinco principais tipos de câncer com maior incidência.
6. Portaria que institui a Rede de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
7. Portaria que institui o Programa de navegação da pessoa com diagnóstico de câncer, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

. Parceria com o INCA para o controle de qualidade nos exames de mamografia e qualificação dos serviços, quando necessário

. O uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC), saúde digital e o telessaúde como ferramentas e estratégias essenciais para acompanhamento e a comunicação do pacientes em toda a rede de atenção, especialmente em áreas de baixa capacidade tecnológica, ausência de serviços especializados e de difícil acesso;

. Portaria que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

. PER/SUS para reforma do parque de equipamentos para Radioterapia;

. Realização de exame de Detecção de Mutação Genética dos Genes BRCA1 e BRCA2 em mulheres com histórico familiar do diagnóstico de câncer de mama ou de ovário ;

. Definição de fluxos assistenciais organizados para atender às necessidades do paciente, desde a prevenção até os cuidados paliativos;

. Uso de evidências científicas, definição de metas e indicadores para avaliação da qualidade e resultados.

20.3. Fragilidades

. Ausência de uma rede de serviços estruturada para atender à pessoa com câncer em todos os pontos de atenção;

. Atenção centrada em serviços de Alta Complexidade, com pouca interlocução com os demais serviços da Rede de Atenção;

. Pouco estímulo a hábitos saudáveis e combate aos fatores de risco, como tabagismo e má

alimentação, incluindo combate aos impactos dos agrotóxicos;

- . Fragmentação do cuidado da pessoa com câncer e ausência de jornada de um tratamento;
- . Entrada tardia da pessoa com câncer no Sistema de Saúde e diagnóstico tardio;
- . Baixa capacidade do Sistema de Saúde de realizar diagnóstico precoce e de implementar estratégias de rastreio;
- . Fragmentação nos sistemas de informação e dificuldade para planejamento, gestão, monitoramento e avaliação das políticas;
- . Não cumprimento dos tempos entre o diagnóstico e o início de tratamento previstos em lei;
- . Oferta de exames de apoio, diagnóstico e imagem desarticulada da Rede de Atenção;
- . Falta de regularidade dos registros hospitalar de câncer - RHC;
- . Inexistência de Registro de câncer de base populacional - RCBP;
- . Inconformidades das informações obtidas nos Sistemas CNES (leitos, equipamentos e RH, etc.);
- . Recursos escassos, o que dificulta a expansão e modernização da rede oncológica;
- . PPI para oncologia defasada;
- . Não fornecimento de medicamentos essenciais para controle da dor.
- . Dificuldade para operacionalização do acesso às tecnologias em oncologia no âmbito do SUS, as quais devem estar alinhadas com as evidências científicas com objetivo de oferecer um sistema de saúde equânime e eficiente.

20.4. Ameaças

- . Grande déficit de médicos patologistas no estado, fundamentais para o diagnóstico do câncer. Há pouco mais de 1/3 dos patologistas necessários ao SUS (entre 32,2% e 38,6% do necessário);
- . Baixo registro de produção pelos hospitais federais nos sistemas oficiais;
- . Tabela SUS defasada para procedimentos oncológicos;
- . Demora na qualificação para habilitação de unidades especializadas para o tratamento;
- . Redução da produção dos Hospitais Federais nos anos avaliados;
- . Casos não registrados nas bases oficiais comprometendo as análises necessárias ao planejamento de ações e serviços;

- . Não conformidades na atualização do CNES; como por exemplo quantitativos de leitos, equipamentos disponíveis e em uso, profissionais que prestam serviços ao SUS e a respectiva carga horária, dentre outros).
- . Possível Redefinição de Perfil de atendimento dos Hospitais Federais como ex. HFL;
- . Judicialização, devido a dificuldade para operacionalização do acesso às tecnologias em oncologia no âmbito do SUS.

21. ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO DO CÂNCER NO ESTADO

- . Revisão da composição do Grupo Condutor de Oncologia e da Câmara Técnica de Oncologia no ERJ;
- . Reativação das reuniões Sistemáticas do Grupo Condutor de Oncologia e da Câmara Técnica de Oncologia no ERJ;
- . Educação permanente para capacitação quanto a registros, utilização e atualização dos sistemas de informação oficiais;
- . Educação permanente para qualificação quanto a exames e protocolos clínicos;
- . Habilitação de novas UNACONS e a habilitação de novas unidades especializadas;
- . Utilização do roteiro de inspeção de Serviços de Terapia antineoplásica publicado através da Portaria SUVISA Nº4102/2024 como ferramenta de auto avaliação para qualificação da unidades para fins de habilitação;
- . Manutenção dos cofinanciamentos e chamamentos públicos
- . Fortalecimento da Atenção Primária, por meio da capacitação de profissionais para rastreamento e diagnóstico precoce das neoplasias malignas,
- . Ampliação da vacina contra o HPV em meninas e meninos;
- . Qualificação quanto às informações clínicas de encaminhamento inseridas nas solicitações das consultas especializadas nos sistemas de regulação, tendo em vista que a insuficiência de dados clínicos impacta a análise de gravidade e o tempo médio do fluxo regulatório;
- . Implementação de modelo de gestão compartilhada em unidades de alta complexidade;
- . Captação de recursos adicionais junto a órgãos oficiais para aplicação na rede de atenção oncológica;
- . Apoio técnico à implementação da Oferta de Cuidado Integrado - OCI para os cinco tipos câncer mais incidentes;
- . Monitoramento contínuo para avaliar a eficácia da implementação e realinhamento das estratégias.
- . Implantação de novas tecnologias no cuidado Integral da rede de Oncologia do ERJ:

. Telessaúde: reduzir custos e ampliar a capilaridade do diagnóstico usando teleconsultas e telediagnósticos, com menor necessidade de deslocamento para grandes centros.

. Inteligência Artificial: utilizar ferramentas para otimizar a triagem e reduzir custos em etapas de diagnóstico.

22. METAS E INDICADORES

Quadro 21. Plano Estadual de Saúde 2024-2027: Metas e Indicadores relacionados à Oncologia

Plano Estadual de Saúde 2024-2027											
Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2024-2027											
DIRETRIZ PES 1. Organizar regionalmente as Redes de Atenção à Saúde, fortalecendo a atenção em todos os níveis e a transversalidade da promoção e vigilância em saúde.											
OBJETIVO PES 1.2. Reduzir a mortalidade prematura pelos cânceres mais prevalentes no estado.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)					Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
			Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024				
1.2.1	Reduzir em 1/3, até 2030, a mortalidade padronizada (30 a 69 anos) por DCNT (Doenças do aparelho circulatório, Neoplasias malignas, Doenças respiratórias crônicas e Diabetes), a partir de uma taxa de 255, em 2027	Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por DCNT	340,31	2015	Taxa	255	283	274	264	255	
1.2.2	Reduzir para 24,8/100 mil hab. a taxa padronizada de mortalidade prematura por neoplasia maligna de mama.	Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por neoplasia maligna de mama	25,9	2022	Taxa	24,8	25,4	25,2	25	24,8	
1.2.3	Reduzir para 7,7/100 mil hab. a taxa padronizada de mortalidade prematura por neoplasia maligna de colo do útero.	Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por neoplasia maligna de colo do útero	8,5	2022	Taxa	7,7	8,2	8	7,9	7,7	
1.2.4	Reduzir para 35/100 mil hab. a taxa padronizada de mortalidade prematura por neoplasias malignas do aparelho digestivo.	Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por neoplasias malignas do aparelho digestivo	36,9	2022	Taxa	35	35,9	35,6	35,3	35	
1.2.5	Implantar o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) de acordo com as especificações do Instituto Nacional do Câncer - INCA	Porcentagem do RCBP implantado	0	2023	Porcentual	100%	25%	50%	75%	100%	
1.2.6	Aumentar para 0,4 a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.	0,17	2022	Razão	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	
1.2.7	Aumentar para 0,21 a razão de exames de mamografias de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos	Razão de exames de mamografias de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos	0,17	2022	Razão	0,21	0,18	0,19	0,2	0,21	
1.2.8	Ampliar em 12% ao longo dos quatro anos, o número de pacientes tratados com radioterapia no SUS no estado do Rio de Janeiro.	Número de pacientes tratados com radioterapia no SUS no estado do Rio de Janeiro.	13.154	2022	Número	14.733	13.548	13.955	14.373	14.733	
1.2.9	Ampliar em 12% ao longo dos quatro anos, o número de pacientes tratados com cirurgias oncológicas no SUS no estado do Rio de Janeiro.	Número de pacientes tratados com cirurgias oncológicas no SUS no estado do Rio de Janeiro.	11.400	2022	Número	12.768	11.742	12.084	12.457	12.768	
1.2.10	Ampliar em 20% ao longo dos quatro anos, o número de pacientes tratados com quimioterapia no SUS no estado do Rio de Janeiro.	Número de pacientes tratados com quimioterapia no SUS no estado do Rio de Janeiro.	37.500	2022	Número	45.000	39.375	41.344	43.410	45.000	

OBJETIVO PES 1.6. Reduzir a morbimortalidade por doenças transmissíveis.												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)					Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
			Valor	Ano	Unidade de Medida							
1.6.7	Elaborar o mapa de risco para a população exposta a poluentes ambientais, nos 11 municípios prioritários.	Número de municípios prioritários com mapa de risco elaborado.	0	2023	Número	11	3	6	9	11		
Indicador (Linha-Base)												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027		
1.6.8	Implantar em 100% dos municípios, as Ações de Vacinação de Alta Qualidade - AVAQ, para melhorar as coberturas vacinais e a homogeneidade entre as vacinas.	Percentual de municípios com as Ações de Vacinação de Alta Qualidade - AVAQ implantadas	0	2023	Percentual	100%	85%	90%	95%	100%		
Indicador (Linha-Base)												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027		
1.6.24	Eliminar a transmissão vertical da hepatite B.	Número de crianças de até 14 anos notificadas com hepatite B por transmissão vertical	8	2022	Número	0	6	4	2	0		
Indicador (Linha-Base)												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027		
1.6.25	Ampliar para 90% o tratamento dos pacientes com carga viral detectada de hepatite C.	Percentual de pacientes com carga viral detectada de hepatite C tratados	45,54%	2022	Percentual	90%	57%	68%	79%	90%		
OBJETIVO PES 1.9. Fortalecer a Atenção Nutricional e a Segurança Alimentar												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027		
1.9.2	Aumentar para 21% a cobertura do estado nutricional monitorado da população no estado do Rio de Janeiro	Cobertura do estado nutricional monitorado da população no estado do Rio de Janeiro	13%	2022	Percentual	21%	15%	17%	19%	21%		
Indicador (Linha-Base)												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027		
1.9.3	Aumentar para 5% o registro do consumo alimentar no estado do Rio de Janeiro	Cobertura do registro do consumo alimentar da população no estado do Rio de Janeiro	1%	2022	Percentual	5%	2%	3%	4%	5%		
OBJETIVO PES 1.12. Reduzir o risco de dano desnecessário ao paciente associado ao cuidado em saúde.												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027		
1.12.1	Implantar o Plano Estadual de Segurança do Paciente 2026-2030	Percentual do Plano Estadual de Segurança do Paciente implantado	0	2023	Percentual	50%	5%	10%	25%	50%		
OBJETIVO PES 1.14. Qualificar a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027		
1.14.1	Ampliar para 40% a cobertura de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde	Cobertura de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde	26%	2023	Percentual	40%	32%	35%	37%	40%		
Indicador (Linha-Base)												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027		
1.14.3	Pactuar 2 Centros de Especialidades Odontológicas - CEO na perspectiva regional	Número de CEO pactuados na perspectiva regional	0	2023	Número	2	0	0	1	1		
Indicador (Linha-Base)												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027		
1.14.4	Construir o Plano Estadual de Saúde Bucal	Plano Estadual de Saúde Bucal construído	0	2023	Percentual	100%	25%	50%	75%	100%		
Indicador (Linha-Base)												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027		
1.14.5	Ampliar para 75% a Cobertura de Atenção Primária em Saúde - APS no estado do Rio de Janeiro	Percentual da cobertura da APS no estado do Rio de Janeiro	67%	2023	Percentual	75%	69%	71%	73%	75%		
Indicador (Linha-Base)												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027		
1.14.6	Cofinanciar 100% das equipes de saúde da família, saúde bucal em saúde da família, consultório na rua, equipes multiprofissionais e polos de academia da saúde pelo PREFAPS	Percentual de equipes cofinanciadas	100%	2023	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%		

OBJETIVO PES 1.18. Ampliar e organizar a Atenção Especializada nos territórios.												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)					Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
			Valor	Ano	Unidade de Medida							
1.18.6	Garantir apoio a 25% dos entes municipais, anualmente, para manutenção e/ou expansão das ações e serviços de saúde.	Percentual de municípios apoiados financeiramente para manutenção e/ou expansão das ações e serviços de saúde	100%	2022	Percentual	25%	25%	25%	25%	25%		
OBJETIVO PES 1.19. Fortalecer e qualificar a assistência hospitalar e ambulatorial no SUS no estado do Rio de Janeiro.												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)					Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
			Valor	Ano	Unidade de Medida							
1.19.5	Ampliar em 10%, ao longo dos quatro anos, o número de consultas médicas e de outros profissionais de nível superior realizadas nos estabelecimentos de saúde ambulatoriais da SES/RJ	Número de consultas médicas e de outros profissionais de nível superior realizadas nos estabelecimentos de saúde ambulatoriais da SES/RJ	244.490	2022	Número	268.939	250.602	256.858	263.289	268.939		
OBJETIVO PES 1.20. Ampliar e fortalecer a hemorrede pública												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)					Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
			Valor	Ano	Unidade de Medida							
1.20.2	Ampliar em 10% o número de leitos hematológicos no estado	Número de leitos de hematologia no estado.	158	2023	Número	174	162	166	170	174		
OBJETIVO PES 2.1. Qualificar a Assistência Farmacêutica.												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)					Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
			Valor	Ano	Unidade de Medida							
2.1.3	Construir, aprovar e publicar, até 2027, a Política Estadual de Medicamentos e Assistência Farmacêutica	Percentual da Política Estadual de Medicamentos e Assistência Farmacêutica elaborada.	0	2023	Percentual	100%	25%	50%	75%	100%		
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)					Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
			Valor	Ano	Unidade de Medida							
2.1.4	Manter o nível de abastecimento dos medicamentos do CEAF, grupos de financiamento 1B e 2, igual ou superior a 90%.	Média anual do abastecimento dos medicamentos do CEAF (grupo 1B e 2)	0	2023	Percentual	90%	90%	90%	90%	90%		
OBJETIVO PES 2.3. Garantir o acesso a exames diagnósticos.												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)					Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
			Valor	Ano	Unidade de Medida							
2.3.1	Alcançar, ao longo de 4 anos, 89.000 exames nas unidades móveis de Imagem	Número de exames realizados nas unidades móveis de Imagem	10.000	2022	Número	89.000	20.000	22.000	23.000	24.000		
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)					Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
			Valor	Ano	Unidade de Medida							
2.3.2	Alcançar, ao longo de 4 anos, 1.900.000 exames nos Centros Estaduais de Diagnósticos por Imagem - CEDI Centro e CEDI Baixada	Número de exames realizados nos Centros de Diagnósticos por Imagem Centro e Baixada Fluminense	231.600	2022	Número	1.900.000	472.000	474.000	476.000	478.000		
DIRETRIZ PES 3. Fortalecer a Gestão Estadual do SUS, a Governança Pública e a Participação e Controle Social.												
OBJETIVO PES 3.7. Qualificar o planejamento estadual, municipal e regional integrado.												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)					Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
			Valor	Ano	Unidade de Medida							
3.7.1	Organizar as 07 linhas de cuidado prioritárias, no estado do Rio de Janeiro, até 2027: atenção materno infantil, câncer de mama, IAM, câncer de próstata, tuberculose, AVC e Urgência/Emergência.	Número de Linhas de Cuidado organizadas	0	2023	Número	7	2	2	1	2		
DIRETRIZ PES 4. Proporcionar melhorias na infraestrutura física dos serviços de saúde do SUS sob gestão estadual, de forma a garantir a assistência à saúde da população.												
OBJETIVO PES 4.1. Disponibilizar serviços de saúde do SUS estruturados e adequados ao atendimento à saúde da população.												
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)					Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
			Valor	Ano	Unidade de Medida							
4.1.2	Concluir a obra do Hospital Estadual de Oncologia de Nova Friburgo	Hospital Estadual de Oncologia de Nova Friburgo construído	75%	2023	Percentual	100%	100%	0	0	0		
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)					Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
			Valor	Ano	Unidade de Medida							
4.1.5	Construir a Radioterapia do Hospital Estadual de Oncologia da Região Serrana	Radioterapia do Hospital Estadual de Oncologia da Região Serrana construída	0	2023	Percentual	100%	50%	100%	0	0		
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Indicador (Linha-Base)					Meta PES 2024-2027	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
			Valor	Ano	Unidade de Medida							
4.1.7	Construir o Instituto Estadual do Câncer da Baixada Fluminense	Instituto Estadual do Câncer da Baixada Fluminense construído	0	2023	Percentual	100%	40%	80%	100%	0		

23. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer se mantém como a segunda causa que mais impacta a mortalidade prematura (30 a 69 anos) para a população do estado do Rio de Janeiro. As elevadas estatísticas de incidência tornam esta patologia uma constante preocupação e pauta de discussões para gestores, profissionais de saúde e população em geral. (OPAS, 2024)

O enfrentamento da crescente demanda para o diagnóstico e tratamento dos cinco principais tipos de câncer no estado do Rio de Janeiro (mama, próstata, pulmão, colo do útero e colorretal) é um desafio complexo que exige a superação de dificuldades significativas e a implementação de estratégias efetivas, por meio de um planejamento estratégico robusto e coordenado.

O objetivo primordial desse Plano foi atualizar o diagnóstico situacional da oncologia no SUS no estado do Rio de Janeiro, de forma colaborativa, com a participação das diversas áreas técnicas da SES/RJ envolvidas na temática e representantes do INCA. Buscou-se evidenciar os desafios, avanços e estratégias necessárias para o aprimoramento da atenção oncológica no estado. É imprescindível reconhecer as fragilidades existentes no sistema, que impactam diretamente a qualidade e a efetividade do cuidado prestado às pessoas com câncer.

Dentre os principais desafios, destacam-se: dificuldades na implementação de estratégias eficazes de rastreio e no diagnóstico precoce da doença, evidenciados no alto estadiamento ao diagnóstico de grande parte dos casos; falha no início tempestivo do tratamento, com descumprimento dos prazos legais; insuficiência da rede de serviços para atender a população, a qual se encontra pouco estruturada e com baixa integração entre os níveis assistenciais, resultando em fragmentação do cuidado; escassez de recursos, em função do subfinanciamento da assistência, o que compromete a expansão e qualificação da rede oncológica; deficiências nos sistemas de informação, dificultando o monitoramento, a avaliação e o planejamento em saúde; e o baixo investimento, de todos os setores envolvidos, na promoção de hábitos saudáveis.

Apesar dessas fragilidades, avanços significativos têm sido buscados, especialmente por meio do cofinanciamento de serviços habilitados e não habilitados em oncologia, bem como de chamamentos públicos voltados para a ampliação da radioterapia. Importantes investimentos em infraestrutura estão em curso, incluindo a construção do Hospital Estadual de Oncologia de Nova Friburgo e do Instituto Estadual do Câncer da Baixada Fluminense. A organização da linha de cuidado do câncer de mama, o controle da qualidade dos exames de mamografia e citopatológico do colo do útero e a implementação dos Registros de Câncer de Base Populacional são iniciativas relevantes para o fortalecimento da rede oncológica no estado.

Com o objetivo de superar os desafios identificados e consolidar os avanços obtidos, esse Plano propõe um conjunto de estratégias para o aprimoramento da atenção oncológica, na qual a superação dos nós críticos exige não apenas investimentos em infraestrutura e ampliação da oferta/acesso aos recursos, mas também a criação de um sistema eficiente de informações, que apoie a gestão e facilite a jornada do paciente.

Entre as principais medidas, destacam-se a revisão e reativação dos grupos de gestão em

oncologia, a capacitação contínua de profissionais, a habilitação de novas unidades especializadas, o fortalecimento da atenção primária e a ampliação da vacina contra o HPV. Também são fundamentais o aprimoramento dos sistemas de regulação, a captação de recursos adicionais e a implementação de tecnologias inovadoras, como Telessaúde e Inteligência Artificial, para otimizar o atendimento e ampliar o acesso aos serviços.

Ressalta-se que o controle social no contexto do plano estadual de oncologia do Rio de Janeiro tem um papel fundamental na garantia de que as políticas públicas atendam efetivamente às necessidades da população e que os recursos destinados ao enfrentamento do câncer sejam utilizados de forma eficiente.

Por fim, a efetividade desse Plano dependerá da construção, integrada e colaborativa, de uma programação de ações, envolvendo os três entes federativos (União, Estado e Municípios) e do seu monitoramento contínuo, para avaliar a implementação das estratégias e promover os ajustes necessários. O compromisso coletivo entre gestores, profissionais de saúde e o Controle Social será essencial para garantir um sistema de atenção oncológica mais equânime, eficiente e acessível, proporcionando melhores desfechos e maior qualidade de vida para as pessoas com câncer no estado do Rio de Janeiro.

24. REFERÊNCIAS

Atty ATM, Tomazelli JG, Dias MBK, Ribeiro CM, Migowski A, Bertoni N. Cartão Nacional de Saúde: Avaliação da Confiabilidade em Bases de Dados Codificadas da Oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2019; 65(2): e-12337. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/7562/68de4edea86e9b35ca9aaf2b96919d607950.pdf>. Consulta em 18/11/2024

BARBOSA, Janio Gustavo. Infraestrutura de informação na fronteira entre saúde e direito: ampliando o diagnóstico da judicialização no Brasil. 2022. 233 f. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas populacionais, disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados> Consulta em 15/12/2024

BRASIL.. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA).

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Nota Técnica do INCA: ASSUNTO: Revisão do Parâmetro para Cálculo da Capacidade de Produção do Mamógrafo Simples – 2015;

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Registro Hospitalar de Câncer. Integrador RHC.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Registros de Câncer de Base Populacional. SisbasePOP Web. Consulta em 15/12/2024

BRASIL.. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Sistema de Informação do Câncer – SISCAN.

BRASIL.. Ministério da Saúde. DATASUS/Tabwin e Tabnet

BRASIL.. Ministério da Saúde. DATASUS – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

BRASIL.. Ministério da Saúde. DATASUS-SIA/SIH.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Brasília. 2024.

BRASIL.Ministério da Saúde. DATASUS. Painel de Oncologia. Brasília. 2024.

BRASIL.. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il

BRASIL.. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria SAES/MS nº 1399 de 17/12 /2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado. Brasília/DF, 2018. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/09/PRI-Orientacoes-Tripartite-Terceira-Edicao.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Anexo VI (Origem Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012 que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS e seus Instrutivos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013. Portaria MS nº 1340/2014. 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3388/2013. Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 613/2017. Altera a Portaria nº 3.388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que trata da Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS nº 263/2019. Atualiza os procedimentos radioterápicos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 599/2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 – Anexo IX. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS nº 189 / 2014. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 01/2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar, disponível em <https://www.ans.gov.br/>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. Portal e-Gestor, disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portal DAB, disponível em <http://aps.saude.gov.br/>;

BRASIL.. Ministério da Saúde. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - Si-PNI, disponível em <http://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/inicio.jsf>

BRASIL, Ministério da Saúde: Justificativa para ampliação da faixa etária da vacinação contra HPV em pacientes imunossuprimidas. MS/Março/2021. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: MS/Inca, 2016. Organização Pan-Americana da Saúde. Metodologia para o cálculo de cobertura da vacina contra o HPV na Região das Américas. Washington, D.C.: OPAS; 2019.

BRASIL.. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 140/2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos

no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 54p p.;

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e da Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria Extraordinária de Combate à Pobreza e à Fome. **Mapeamento da Insegurança Alimentar e Nutricional com foco na desnutrição (Mapa InSAN) a partir da análise do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)** / Secretaria Extraordinária de Combate à Pobreza e à Fome. Coordenação-geral de apoio à gestão do Sisan. Coordenação-geral de Articulação Federativa do Sisan - Brasília: Ministério do Desenvolvimento e da Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 41/2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL, Ministério da Saúde, Protocolo de Acesso às Ofertas de Cuidados Integrados na Atenção Especializada em Oncologia, 20p., 2024

BRASIL, Ministério da Saúde, PORTARIA GM/MS Nº 6.590, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2025 que altera a PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 e regulamenta a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - PNPCC, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS

Dias, Maria Beatriz Kneipp; Assis, Mônica de; Santos, Renata Oliveira Maciel dos; Migowski, Arn; Tomazelli, Jeane Glaucia. Adequação da oferta de procedimentos para a detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: um estudo transversal, Brasil e regiões, 2019. Cadernos de Saúde Pública, Maio 2024; 40(5):e00139723. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8598/19339>

CANCER TOMORROW/ IARC – <http://gco.iarc.who.int>. Versão: Globocan 2022 (versão 1.1) – 08/02/2024 acessado em 19/11/2024.

CATALUNYA. Departament de Salut. Criteris de planificació del diagnòstic per la imatge. Barcelona, set.2010.

CONNOLLY, Dean; HUGHES, Xan; BERNER, Alison. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among transgender men and non-binary people with a cervix: A systematic narrative review. Preventive Medicine, Volume 135, 2020.

Fórum DCNTs, 14 de junho de 2021, Disponível em: esta referência não está disponível <https://www.forumdcnts.org/post/pesquisadores-iarc-cancer-mortalidade>, acessado em 19.11.2024.

Guidelines de follow-up ESMO, <https://www.esmo.org/guidelines>, acessado em 231220224

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015

<https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/PNS%20Vol%202.pdf> acesso em 02/12/2024

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE/Cidades/Brasil/Panorama. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/panorama>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER(Brasil) José Alencar Gomes da Silva. Detecção Precoce do Câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2021, 72p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER(Brasil) José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 6. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro : INCA, 2020, 128p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2023 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro : INCA, 2022. 160 p.

JARDIM BC, Migowski A, Corrêa FM, Azevedo e Silva G. Covid-19 no Brasil em 2020: impacto nas mortes por câncer e doenças cardiovasculares. Rev Saúde Pública. 2022;56:22. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004040>

KORKES F, Maluf F. Increasing costs from bladder cancer in the Brazilian Health System: the role of establishing public health policies. Int Braz J Urol. 2021 Mar-Apr;47(2):443-447. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.0658. PMID: 33284548; PMCID: PMC7857771.)

LEI Nº 12.732, DE 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início

LEI 14.758, de 19 de dezembro de 2023, que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, e altera a Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde)

LOBO, TC. Tendências da morbimortalidade por câncer de pulmão no Brasil 09 dezembro/2020 Disponível em:<https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/outros/cancer-de-pulmao/2020/tendencias-da-morbimortalidade-por-cancer-de-pulmao-no-brasil/>

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2006-2020**: estado nutricional e consumo alimentar. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica do estado nutricional e consumo alimentar nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2020 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

NILSON EAF, ANDRADE RCS, BRITO DA, OLIVEIRA ML. Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e32. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial sobre Deficiência (2011) – Capítulo 4 – Reabilitação.

Organização Mundial da Saúde, disponível em https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1; Protocolos Telessaúde -<https://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/teleconsultoria/regulasus/>;

OPAS-
<https://www.paho.org/pt/noticias/1-2-2024-carga-global-cancer-aumenta-em-meio-crescente-necessidade-servicos>. acessado em 04/02/2025

Painel de Oncologia : disponível em [Painel-Oncologia - BRASIL \(datasus.gov.br\)](https://datasus.gov.br/Painel-Oncologia).

Plano de Expansão de Radioterapia, disponível em:

<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/29/Situacao-dos-Projetos--PB-e-PE-SETEMBRO-2020---> em 14.10.2020.

PORTARIA Nº 931, de 10 de maio de 2012, Institui o Plano de Expansão da Radioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS).

PORTARIA GM/MS Nº 127, de 13 de fevereiro de 2023, Institui estratégia excepcional de ampliação do acesso à reconstrução mamária em caso de mulheres com diagnóstico de câncer de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

PORTARIA conjunta SAES/SAPS/SECTICS/MS Nº 1, de 22 de agosto de 2024 Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica

PORTARIA SAES/MS Nº 688, de 28 de agosto de 2023, altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia.

PORTARIA GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023, que institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde;

PORTARIA GM/MS Nº 3.681, DE 7 de maio de 2024, Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.

PORTARIA SAES/MS nº 1.821, de 11 de junho de 2024, que inclui Grupo, atributos e regras condicionadas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da

Atenção Ambulatorial Especializada.

PORTARIA SAES/MS Nº 1.824, de 11 de junho de 2024 Inclui Subgrupo, Forma de Organização, procedimentos, atributos e compatibilidades na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais no Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, Ofertas de Cuidados Integrado (OCI) em Oncologia.

PORTARIA GM/MS Nº 3.949, de 18 de junho de 2024, Estabelece recursos financeiros do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada referentes ao reajuste dos valores de habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), a serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) de Estados, Municípios e Distrito Federal.

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 17, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2024 Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama.

PORTARIA GM/MS Nº 5.758, de 4 de dezembro de 2024, que altera a Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024, que institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

PORTARIA SAES/MS Nº 2.321, de 5 de dezembro de 2024, que altera a Portaria SAES/MS nº 1640, de 7 de maio de 2024, que dispõe sobre operacionalização do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

PORTARIA SAES/MS Nº 2.331, DE 10 de dezembro de 2024 Inclui, exclui, altera atributos e compatibilidades de procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece os Procedimentos Obrigatórios por Ofertas de Cuidados Integrado (OCI), no âmbito do Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada.

PORTARIA GM/MS Nº 6.464, de 30 de dezembro de 2024 Estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser disponibilizado a Estados, Distrito Federal e Municípios.

RESOLUÇÃO Nº 41 , de 31 de outubro de 2018. Diário Oficial da União, Nº 225, 23 de novembro de 2018. Maio de 2021

Royal College of Radiologists, disponível em <https://www.rcr.ac.uk/search-v2?search=provision%20of%20pet&page=2>;

SANTOS, J.S., and TEIXEIRA, C.F. Produção científica sobre política de saúde no Brasil (1988-2014): contribuição ao debate sobre a Reforma Sanitária Brasileira. In: TEIXEIRA, C.F., comp. Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 41-72. ISBN 978-85-232-2021-1. <https://doi.org/10.7476/9788523220211.0003>.

TEIXEIRA, MB et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB Saúde debate 38 (spe) • Out 2014 <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014s005>

Ventafridda et al; WHO METHOD FOR CANCER PAIN, CANCER February 15 1987

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer Control. Knowledge into action. Early Detection (module 3). WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007.UICC, disponível em <https://www.uicc.org/search/site/city%20challenge>;

WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Geneva: World Health Organization; 2020.

WORLD CANCER RESEARCH FUND; AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective: a summary of the third expert report.** London: WCRF, 2018b. Disponível em: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Summary-of-Third-Expert-Report-2018.pdf>. Acesso em: 19 set. 2022.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241563406>

<https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/en-whs08-full.pdf>

ANEXOS:

1. Informação em Oncologia:

Observatório do Câncer

O objetivo do Observatório do Câncer é melhorar a cobertura e a efetividade da coleta de exames preventivos e da vacinação contra o HPV nos municípios. O Observatório também busca engajar gestores e profissionais de saúde para melhorar esses dados.

O Observatório de Oncologia é uma plataforma online que monitora dados abertos e compartilha informações relevantes sobre oncologia no Brasil. Os objetivos do Observatório de Oncologia são:

- Produzir e disponibilizar painéis interativos para analisar bases de dados;
- Melhorar o monitoramento de políticas públicas na área de oncologia;
- Identificar e disseminar novos conhecimentos em oncologia;
- Tomar decisões baseadas em evidências;

SISCAN

O Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) é uma plataforma web que tem como objetivo auxiliar na detecção precoce de câncer de mama e de colo do útero.

O SISCAN integra os sistemas de informação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) e do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). O sistema registra exames, como citologia, biópsias, mamografia, e permite o acompanhamento de mulheres com resultados alterados.

O SISCAN tem as seguintes características:

- Está integrado ao Cadastro Nacional de Cartão de Saúde (CadSUS) e ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- Disponibiliza, em tempo real, as informações inseridas no sistema pela internet;
- Permite pesquisar o cartão SUS da mulher, caso ela não saiba informar;
- Permite que as UBS insiram informações relacionadas ao tratamento;
- Permite aos profissionais dos estabelecimentos de saúde habilitados para coleta, solicitação e emissão de laudos de exames, estarem automaticamente disponíveis no sistema como responsáveis por essas ações;
- Agrupa exames realizados pela mesma mulher;
- Os exames podem ter três status: requisitado, com resultado e liberado;
- O seguimento só é encerrado se for informado óbito;
- Permite gerar o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), arquivo destinado ao faturamento dos procedimentos;
- O manual do SISCAN apresenta informações sobre a operacionalização do sistema e auxilia os profissionais que o utilizam;

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), e disponibilizar para prestadores de mamografia exclusivamente privados o módulo componente do Programa Nacional de Qualidade da Mamografia.

Por fim, 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.

Registros de Câncer

O objetivo do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) é coletar, armazenar, processar, analisar e divulgar informações sobre pacientes com câncer, de forma a monitorar e melhorar a qualidade da assistência oncológica.

O RHC é uma ferramenta importante para a vigilância do câncer e para a avaliação do trabalho realizado nos hospitais. As informações coletadas são usadas para compor estatísticas, pesquisas e análises sobre a evolução, tratamento e sobrevida dos pacientes.

O RHC é obrigatório para hospitais habilitados na Atenção Especializada em Oncologia do SUS e facultativo para os hospitais não habilitados conforme Art. 23 inciso X da Portaria SAES/MS nº 1399/2019.

A informação produzida em um RHC permite o monitoramento da assistência prestada ao paciente. Sua principal função é clínica, sendo um recurso para acompanhar e avaliar a qualidade do trabalho realizado nos hospitais, incluindo os resultados no tratamento do câncer. A maioria dos RHC utiliza o SisRHC, um sistema informatizado desenvolvido pelo INCA para o registro e processamento dos dados.

São centros de coleta, armazenamento, processamento e análise - de forma sistemática e contínua - de informações de pacientes atendidos em uma unidade hospitalar, com diagnóstico confirmado de câncer.

Os registros de câncer de base populacional (RCBP) são centros sistematizados de coleta, armazenamento e análise da ocorrência e das características de todos os casos novos de câncer em uma população. Tem por objetivo conhecer o número de casos novos (incidência) de câncer, sua distribuição e tendência temporal na população pertencente à área geográfica de sua cobertura.

As informações produzidas pelos RCBP subsidiam estudos epidemiológicos para identificação de populações de risco e permitem medir a eficácia de programas de prevenção e controle do câncer. Os RCBP, em sua maioria, utilizam o sistema para informatização dos dados nos RCBP – SisBasepop Web (BPW), desenvolvido e disponibilizado pelo INCA, para estruturação de suas bases de dados e gerenciamento do processo de coleta e produção de informações.

As bases de dados, consolidadas segundo o ano da primeira consulta realizada no hospital informante, são enviadas para compor a base nacional dos registros hospitalares de câncer, sob a guarda do INCA, por meio do Integrador RHC.

Atualmente temos no RJ 31 unidades habilitadas em Alta Complexidade em Oncologia; 100% possuem centros de RHC implantados e na sua grande maioria atuantes.

O monitoramento do envio das bases de dados, bem como a organização para realização de cursos de capacitação para registradores são responsabilidades da Coordenação Estadual e INCA conforme previsto na Legislação.

CNES

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) tem como objetivo identificar e registrar todos os serviços de saúde do Brasil, públicos e privados, e fornecer informações sobre eles.

O CNES foi criado pelo Ministério da Saúde e tem como principais objetivos:

- Automatizar a coleta de dados sobre os estabelecimentos de saúde
- Fornecer dados para o planejamento de ações de saúde
- Promover a transparência sobre a capacidade e infraestrutura dos estabelecimentos de saúde
- Controlar o custeio repassado pelo MS aos estabelecimentos de saúde
- Dar visibilidade à sociedade sobre o potencial assistencial do Brasil
- Ser um instrumento de gestão para o Sistema Único de Saúde (SUS)

O CNES registra informações sobre uma variedade de estabelecimentos de saúde, como hospitais, clínicas, laboratórios, consultórios, entre outros. Os dados coletados incluem informações básicas, localização, gestor responsável, atendimento prestado, equipamentos, serviços de apoio, serviços especializados, instalações físicas e profissionais.

O CNES é fundamental para o planejamento, regulação e avaliação do sistema de saúde no Brasil, uma vez que este cadastro propicia aos gestores o conhecimento efetivo da rede assistencial e existente e sua capacidade instalada, sendo muito importante sua atualização constante deste cadastro de forma a permitir repasses de acordo com a infraestrutura do estabelecimento, atestar a regularidade no funcionamento, auxiliar nas possíveis habilitações e na contratualização.

DATASUS - SIA/SIH

SIH-SUS e o SIA-SUS configuram-se como sistemas que, apesar de suas limitações de abrangência e qualidade, são, para a maioria dos estados e municípios brasileiros, as únicas fontes de dados de internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais.

O registro de procedimentos ambulatoriais e hospitalares são essenciais no constante monitoramento das produções registradas; este acompanhamento sistemático das produções inclui desde indicadores da qualidade de assistência como subsídios para avaliações de cumprimentos de metas contratuais e parâmetros de habilitações.

Painel de Oncologia

O objetivo do painel de oncologia é monitorar o tempo entre o diagnóstico e o primeiro tratamento de pacientes com neoplasias malignas. O painel foi desenvolvido para monitorar a Lei nº 12.732, de 2012, que estabelece um prazo de 60 dias para o início do tratamento.

O painel de oncologia apresenta dados sobre diagnóstico e tratamento oncológico, disponíveis nos Sistemas de Informação do SUS. Ele não é um sistema de informação, e os dados apresentados não podem ser utilizados como incidência de câncer.

O painel de oncologia disponibiliza três painéis:

- Monitoramento do início do tratamento oncológico
- Casos sem data de diagnóstico por ano de tratamento
- Casos diagnosticados de câncer de pele não melanoma e tireoide

O painel também oferece filtros para pesquisa por tipo de cirurgia, especialidade médica e tempo de espera.

Os dados disponíveis no Painel de Oncologia são oriundos do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) - através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) - do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informações de Câncer (SISCAN), geridos pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as

Secretarias Municipais de Saúde, sendo processado pelo DATASUS - Departamento de Informática do SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Os registros de procedimentos de diagnóstico e de tratamento realizados pelos serviços de saúde que compõem o Sistema Único de Saúde (estabelecimentos de saúde públicos ou particulares conveniados ao SUS) são consolidados pelo DATASUS, formando as bases de dados dos procedimentos realizados pelo SUS no Brasil.

Informações de diagnóstico de câncer de colo do útero e de mama estão disponíveis desde 2013 devido ao ano de início de implantação do SISCAN.

Para os demais cânceres as informações de diagnóstico oriundas do procedimento diagnóstico “exame anatomopatológico para congelamento/parafina por peça cirúrgica ou por biópsia” (exceto colo uterino e mama) estão disponíveis a partir de maio de 2018, quando passou a ser obrigatório o registro do cartão nacional de saúde e da CID-10 (Portaria SAS Nº 643, de 17 de maio de 2018).

Contudo, também estão disponíveis informações de casos anteriores a maio de 2018, em que, seguindo as regras definidas para construção do painel, havia informação de diagnóstico registrado na AIH ou na APAC

Auditoria do SUS

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é instituída por meio da Portaria GM/MS nº 874/2013 atualizada pela Lei nº 14.758 de 19/12/2023 que Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Objetivando dar celeridade ao acesso ao diagnóstico e tratamento e conseqüentemente a redução da mortalidade e a incapacidade decorrentes da doença, assim como auxiliar na melhoria da qualidade de vida aos usuários com câncer por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos, a oferta de serviços é realizada no âmbito das redes de atenção à saúde, de forma articulada e visando o provimento contínuo de ações e serviços em saúde aos usuários.

No escopo da auditoria, a Política supramencionada define no artigo nº 21, inciso IX dentre as responsabilidades dos entes federados, a de “adotar mecanismos de monitoramento, avaliação e auditoria incluindo tempo de espera para início do tratamento e satisfação do usuário, com vistas à melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados”. Dessa forma, o Sistema Estadual de Auditoria do SUS atuará realizando, regularmente, auditorias analíticas, que consistem no levantamento de dados e coleta de informações acerca do prestador; e realizar fase operacional, sempre que necessário, a fim de avaliar, in loco, a prestação do serviço. Com isso, as ações de Auditoria serão voltadas às assistências ambulatorial e hospitalar, aos serviços diagnósticos e ao tratamento oncológico.

As ações da Auditoria do SUS visam, ainda, verificar aspectos orçamentários e financeiros relacionados ao custeio do diagnóstico e tratamento do câncer, a obediência aos princípios e diretrizes do SUS, o cumprimento do Plano Estadual de Oncologia, da legislação relacionada à oncologia e demais normas que regem a prestação de serviços de saúde. A avaliação observará a rede de atenção oncológica, capacidade instalada e produção, a fim de verificar a tempestividade e qualidade dos atendimentos.

2. Regulação do Acesso Assistencial no ERJ

Funcionamento do Complexo Estadual de Regulação

É importante ressaltar que o Complexo Estadual de Regulação é composto por dez centrais específicas, cada qual com uma atuação ímpar e área de abrangência determinada.

Centrais Regionais – As centrais regionais atuam na competência do seu território e das ofertas existentes na sua região. Apresentando cada uma delas as seguintes características próprias, a saber:

Baixada Fluminense: ausência de serviços de alta complexidade, sendo totalmente dependente da Capital para isso.

Baixada Litorânea: grande dificuldade na assistência na terapia renal substitutiva em pacientes em regime de internação em leito de enfermaria. Região turística com alto índice de acidentes que acaba por demandar o envio de pacientes politraumatizados para as regiões do entorno;

Serrana: região com grande concentração de municípios, dezesseis ao total, sem instrumento de saúde estadual e com grande área rural, o que dificulta o trabalho da atenção primária dos municípios; demanda procedimentos de cirurgia vascular em estágio avançado para outras regiões de saúde;

Médio Paraíba: é uma das regiões com mais serviços de saúde na própria região, quase que autossuficiente, demandando para outras regiões algumas subespecialidades de oncologia como a hematologia, cabeça e pescoço e a cirurgia torácica;

Metropolitana 2: vem crescendo em serviços de saúde, principalmente no diagnóstico e cardiologia, mas ainda tem oferta restrita, principalmente em risco habitual na gravidez, ocupando de forma equívoca os leitos de gestação de alto risco na rede estadual;

Centro Sul: conta com uma unidade estadual especializada em ortopedia de alta complexidade. Tem grande parceria com a Médio Paraíba na utilização de ofertas de serviços diagnósticos e outras ofertas como leito clínico de UTI adulto e pediátrico. Conta também com uma unidade universitária de grande porte com serviços especializados, e recebeu recentemente Radioterapia.

Noroeste: não conta com estrutura estadual; é uma região extensa composta por quatorze municípios, com baixa ocupação territorial por habitante. Conta com uma unidade filantrópica responsável pela execução de alta complexidade na região. Demanda para a Capital a Cirurgia Cardíaca Infantil.

Norte: tem uma oferta resolutiva para demandas cardiovasculares e tem pouca dependência de outras regiões.

Sistema Estadual de Regulação – SER-RJ

A Regulação de Acesso à Saúde tem como objetivo principal ordenar o fluxo do acesso dos usuários aos diferentes serviços de saúde existentes nos três níveis de atenção. Além disso, tem que garantir acesso equânime e em tempo oportuno aos tratamentos de saúde existentes na sua área de abrangência.

3. Programação Pactuada Integrada da Atenção à Saúde (PPI)

A Programação Pactuada Integrada (PPI) é uma importante ferramenta de gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa promover a organização e o planejamento das ações e serviços de saúde em nível estadual. A PPI tem como objetivo principal a articulação e pactuação entre as diferentes esferas de gestão, incluindo o estado, os municípios e a União, visando à garantia do acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde.

A importância da PPI reside na sua capacidade de promover a efetivação do princípio da regionalização, estabelecendo mecanismos de cooperação e integração entre os diversos atores envolvidos na gestão do sistema de saúde. Ela permite a alocação adequada de recursos, a definição de metas e prioridades, além de contribuir para a redução das desigualdades regionais e a melhoria do atendimento à população.

No atual cenário de saúde do estado do Rio de Janeiro, a implementação da PPI se torna ainda mais relevante. Enfrentamos desafios complexos, como a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde, fortalecer a rede de atenção primária, reduzir as filas de espera por procedimentos e garantir a integralidade do cuidado em todas as regiões.

A realidade socioeconômica e demográfica do estado do Rio de Janeiro impõe demandas específicas, com variações significativas entre os municípios. A PPI, por meio da pactuação e planejamento conjunto, é uma ferramenta essencial para enfrentar esses desafios e buscar soluções que se adequem às particularidades de cada região.

A SES assume a responsabilidade de realizar o monitoramento e ajuste da Programação Pactuada Integrada (PPI) em conformidade com as demandas dos municípios, formalizando a pactuação revisada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de acordo com as solicitações regionais. Destaca-se que os remanejamentos são atualizados mensalmente.

As informações disponíveis no sistema SISPPi apresentam a programação dos serviços e procedimentos custeados pelo limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC). Cada período exibe os valores anuais aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para o respectivo mês de referência, não devendo ser somados aos valores de outros meses. Os valores programados são provenientes do limite de teto financeiro MAC informado pelo Ministério da Saúde (SISMAC), e são representados pelo SISPPi (valores anuais). Todas as programações de valores estão baseadas na tabela SIGTAP e nos valores médios de produção dos procedimentos aprovados de média e alta complexidade, com financiamento MAC, nos sistemas SIH/SUS e SIA/SUS.

Os dados disponíveis são informações referentes às transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro, desde 2009. Essas informações são atualizadas mensalmente e obtidas por meio do sítio do Fundo Nacional de Saúde, abrangendo apenas as transferências realizadas na modalidade Fundo a Fundo.

Recursos específicos – incentivos: Recursos de custeio que não provêm exclusivamente da tabela de procedimentos, conforme disposto na portaria GM/MS 698, de 30 de março de 2006, segundo as seguintes categorias:

- CEO IAC - HOSPITAIS DE ENSINO
- IAC - HOSPITAIS FEDERAIS
- IAC - HOSPITAIS FILANTRÓPICOS
- IAPI - INTEGRASUS
- SAMU

Recursos específicos - reserva técnica: Recursos usados, após deliberação na CIB, na consolidação da programação para áreas não contempladas no início do processo de programação, alocação de recursos nos limites financeiros de municípios definidos pela CIB, adequação de áreas que ficaram com déficit na programação, garantia de sustentabilidade de serviços considerados

essenciais pela CIB, dentre outros.

No contexto da PPI, enfrentamos alguns desafios importantes que demandam atenção e esforços conjuntos:

-Necessidade de uma nova Metodologia de Programação.

-Redução das Desigualdades Regionais: promover uma distribuição mais equitativa de recursos e serviços, considerando as particularidades e necessidades de cada região, a fim de reduzir as desigualdades e garantir a equidade no acesso à saúde.

-Integração da Rede de Serviços: Estabelecer mecanismos efetivos de comunicação e integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, como a articulação entre atenção primária, especializada, hospitalar e de urgência e emergência.

-Ampliação do Acesso e Redução das Filas: buscar estratégias eficientes para ampliar o acesso aos serviços de saúde, reduzindo as filas de espera por consultas, exames e procedimentos, de forma a garantir o atendimento oportuno e adequado à população.

-Gestão Eficiente de Recursos: assegurar uma gestão eficiente e transparente dos recursos financeiros, humanos e tecnológicos, com foco na otimização dos resultados e na maximização dos benefícios para a população.

-Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: garantir a consolidação e a qualificação da rede de atenção primária, fortalecendo a Estratégia de Saúde da Família e ampliando o acesso a ações de promoção, prevenção e cuidado integrado.

A superação desses desafios requer uma atuação conjunta e articulada entre os gestores estaduais, municipais e demais atores envolvidos no sistema de saúde, com base na PPI e nos princípios do SUS. Somente por meio de uma programação pactuada e integrada poderemos avançar na construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e eficiente para os cidadãos do Rio de Janeiro.

Reafirmamos o compromisso da Secretaria Estadual de Saúde em promover a implementação e aprimoramento da PPI, buscando superar os desafios e alcançar resultados positivos para a saúde de nossa população.

Programa de Cofinanciamento em Oncologia e chamamento estadual

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

No que tange ao aspecto financeiro, está previsto na Constituição e nas leis federais nºs 8.080 e 8.142 ambas de 1990. A Emenda Constitucional 29/2000, foi considerada marco histórico do financiamento da saúde, ratificando a vinculação de recursos financeiros da seguridade social, definindo percentuais mínimos de investimento da receita para os Estados e os Municípios.

Em 28 de dezembro de 2017, foi publicada a Portaria MS nº 3.992, que dispôs sobre a alteração das normas do financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS.

O instrumento estabeleceu que, a partir de 2018, o repasse dos recursos financeiros destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferidos aos demais Entes federados na modalidade fundo a fundo, passariam a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

No âmbito estadual, o bloco de financiamento organiza-se por grupo de identificação das transferências relacionadas ao nível de atenção ou à finalidade da despesa na saúde. A categorização em ações detalhadas deriva de Resoluções que estabelecem incentivos financeiros e especificam condições, requisitos ou obrigações que são necessários para a adesão/obtenção desses incentivos, imprimindo transparência à memória de cálculo dos repasses realizados, bem como possibilita o monitoramento de programas, projetos e estratégias específicas relacionados à política de saúde, além de garantir transparência da aplicação dos recursos públicos.

Os recursos incertos nas Resoluções são transferidos diretamente do Fundo Estadual de Saúde (FES) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS). Os incentivos ou repasses financeiros aos FMS viabilizam aos gestores locais a execução e aplicação do recurso nos termos da Constituição Federal, da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e das leis orçamentárias anuais.

O repasse fundo a fundo é um mecanismo de transferência de recursos financeiros utilizado no SUS. Este sistema visa assegurar que os recursos cheguem de forma mais eficiente e célere aos entes municipais, facilitando a execução de ações e serviços de saúde no nível local, além do acompanhamento e a fiscalização dos recursos transferidos e sua aplicação.

Cumprindo às diretrizes da política em saúde, o cofinanciamento estadual em oncologia integra as ações da rede de serviços assistenciais, uma vez que a promoção do apoio financeiro às unidades de saúde garante a continuidade da prestação dos serviços em assistência oncológica de forma difusa em todo Estado.

O cofinanciamento está inserido no bloco de recursos destinados à manutenção de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde para as unidades de alta complexidade em oncologia, assistência especializada em oncologia (UNACON ou CACON) e unidades não habilitadas pelo Ministério da Saúde.

No Estado do Rio de Janeiro, a Rede de Alta Complexidade Oncológica foi pactuada por meio da Deliberação CIB-RJ nº 2.883 de 12 de maio de 2014 e o Plano Oncológico pela Deliberação CIB-RJ nº 4.609 de 05 de julho de 2017. Para tanto, as ações e estratégias em saúde ao longo do período de vigência do Plano foram sendo modificadas.

Sem embargo às metas pactuadas no Plano Estadual, que engloba diversas outras ações, é cristalino afirmar que apoiar financeiramente os municípios gestores de Unidades e/ou estabelecimentos de assistência de alta complexidade em oncologia representa um enorme avanço na oferta de uma assistência de qualidade, o que se traduz na expansão do tratamento oncológico.

Em que pese todas as esferas de governo e a autonomia das gestões e reconhecendo as necessidades dos territórios, condição sine qua non o fortalecimento das estratégias de organização dos serviços que possibilitem melhor acesso aos cuidados de saúde, onde vivem as pessoas.

Para viabilizar o tratamento local, nos últimos anos, a SES editou vários instrumentos voltados ao apoio financeiro aos municípios gestores de unidades de assistência oncológica no Estado, a saber:

RESOLUÇÃO SES Nº 1817 DE 19 DE MARÇO DE 2019 - financiamento temporário de custeio à unidade de assistência de alta complexidade em oncologia, para atendimentos de quimioterapia e radioterapia.

RESOLUÇÃO SES Nº 2136 DE 07 DE OUTUBRO DE 2020 - cofinanciamento estadual às unidades de assistência de alta complexidade em oncologia, estabelecimentos que têm como perfil assistencial a oncologia e possuem habilitação como unidades ou centros de assistência especializada em oncologia, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

RESOLUÇÃO SES Nº 2357 DE 23 DE JULHO DE 2021 - repasses de recursos financeiros a título de cofinanciamento aos municípios gestores de Unidades e/ou estabelecimentos de Assistência de alta complexidade em oncologia e possuem habilitação junto ao SUS/MS, como Unidades ou Centros de Assistência Especializada em Oncologia (UNACON).

RESOLUÇÃO SES N.º 2659 DE 11 DE março DE 2022 - repasses dos recursos financeiros a título de cofinanciamento aos municípios gestores de Unidades e/ou estabelecimentos de Assistência de alta complexidade em oncologia e possuam habilitação junto ao SUS/MS, como Unidades ou Centros de Assistência Especializada em Oncologia (UNACON).

RESOLUÇÃO SES N.º 2640 DE 18 DE FEVEREIRO DE 2022 - financiamento de custeio aos serviços de Assistência Especializada em oncologia às unidades de atendimento não habilitadas.

RESOLUÇÃO SES N.º 2994 DE 27 DE abril DE 2023 e RESOLUÇÃO SES N.º 3173 DE 05 DE OUTUBRO DE 2023 cofinanciamento aos municípios gestores de unidades e/ou estabelecimentos de Assistência de alta complexidade em oncologia que possuem habilitação junto ao Ministério da Saúde, como Unidades ou Centros Estaduais de Assistência Especializada em Oncologia (UNACON ou CACON).

RESOLUÇÃO SES N.º 2990 DE 26 DE ABRIL DE 2023 e RESOLUÇÃO SES N.º 3172 DE 05 DE OUTUBRO DE 2023 - financiamento de custeio aos serviços de Assistência Especializada em oncologia às unidades de atendimento não habilitadas.

RESOLUÇÃO SES N.º 3301 DE 19 DE ABRIL DE 2024 e RESOLUÇÃO SES N.º 3565 DE 02 DE DEZEMBRO DE 2024 - financiamento de custeio aos serviços especializados em oncologia às unidades de atendimento não habilitadas para que possam ampliar o acesso dos pacientes à assistência oncológica.

RESOLUÇÃO SES N.º 3300 DE 19 DE ABRIL DE 2024 - cofinanciamento aos municípios gestores de unidades e/ou estabelecimentos de assistência de alta complexidade em oncologia que possuem habilitação como Unidades ou Centros Estaduais de Assistência Especializada em Oncologia (UNACON ou CACON) junto ao Ministério da Saúde.

A modalidade permite que municípios tenham maior autonomia e responsabilidade na gestão dos recursos, amplia o número de vagas ofertadas na Rede, reduz o tempo de acesso ao tratamento do paciente, além de fortalecer o vínculo, cuidado e estímulo aos municípios a realizarem um cuidado efetivo à população.

4. Protocolos de Contrarreferência

No intuito de qualificar o atendimento nas unidades básicas de saúde, promover o constante aperfeiçoamento técnico da equipe multiprofissional da APS, permitir que

pacientes portadores de neoplasia com baixo risco de recidiva, em tratamento hormonal adjuvante ou portadores de neoplasias que necessitam de acompanhamento clínico, que já foram atendidos e receberam o tratamento oncológico pertinente e adequado da sua patologia nas unidades de Oncologia, e que contam com a concordância da equipe técnica do UNACON/CACON, serão encaminhados para também manter seu acompanhamento clínico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's)

O projeto de contrarreferência está fundamentado na proposição de reencaminhar o paciente oncológico com baixo risco de recidiva, com as respectivas informações clínicas relevantes para o seu seguimento na unidade básica de saúde, conforme protocolos de follow-up baseados na literatura médica.

Como guia desta proposta utilizamos os protocolos de seguimento da Escola Europeia de Oncologia Clínica/ESMO, publicados no *Annals of Oncology* em 2014 e atualizados em 2019, disponíveis no site www.esmo.org. Em anexo apresentamos as rotinas de seguimento para cinco neoplasias mais prevalentes no RJ com indicações de periodicidade de atendimentos e de exames a serem efetuados, além das recomendações de autocuidado necessárias.

Importante ressaltar que o seguimento nas UBS's não exclui o vínculo do paciente com seu UNACON/CACON e seu imediato retorno a estas unidades em casos de suspeita de progressão da neoplasia, toxicidade medicamentosa não facilmente manejável a nível básico ou qualquer outra intercorrência clínica significativa, devendo ser considerado prioritário, não excedendo período superior a 7 dias.

Em anexo, encontram-se os modelos de protocolos de contrarreferência a serem apreciados nas instâncias de pactuação, sendo que após sua aprovação deverão ser adotados por todas as Unidades Oncológicas que compõem a Rede Estadual de Assistência ao Paciente Oncológico.

5. Programa nacional de expansão e qualificação da atenção ambulatorial especializada - PMAE e a oferta de cuidado integrado - OCIS

O PMAE, também chamado de Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada é uma estratégia da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde - PNAES e tem como objetivo ampliar e qualificar o cuidado e o acesso à Atenção Especializada em Saúde - AES. O objetivo é promover o acesso aos exames de investigação e confirmação diagnóstica e às consultas de especialistas o mais célere possível, a partir do encaminhamento realizado pela Equipe de Saúde da Família - ESF. O PMAE institui um novo modelo de financiamento da atenção ambulatorial especializada por meio das OCIs.

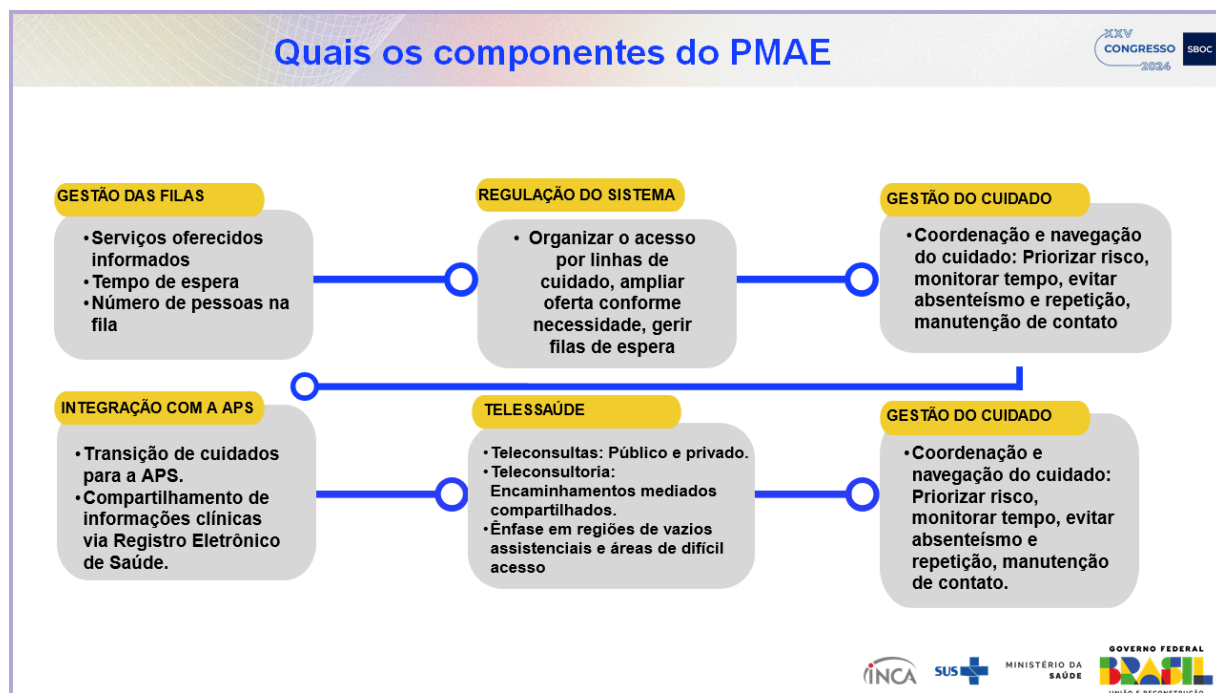
A Oferta de Cuidado Integrado - OCI, pode ser compreendida como um conjunto de procedimentos e tecnologias de cuidado necessários a uma atenção oportuna e com qualidade, integrados para concluir uma etapa na linha de cuidado ou na condução de agravos específicos de rápida resolução, de diagnóstico ou de tratamento, conforme disposto na Portaria SAES/MS nº 1.821, de 11 de junho de 2024 (BRASIL, 2024d). Trata-se, portanto, de uma estratégia oportuna para viabilização do cuidado em saúde articulado em rede, contribuindo com a regulação do acesso e a continuidade do cuidado e com o fortalecimento e apoio à APS. O prazo para realização das OCIs é de até 60 dias, dependendo do início e do encerramento da APAC (primeiro e último procedimento da OCI).

Dentre os objetivos do PMAE destacamos: aumentar a disponibilidade de consultas, exames e outros procedimentos; reduzir filas e o tempo de espera; mudar a lógica de financiamento do serviço; melhorar o encaminhamento dos pacientes.

Atualmente todos os 92 municípios que compõem o estado do Rio de Janeiro já aderiram ao

PMAE e encontram-se em fase de envio e conclusão do plano, conforme previsto nas portarias citadas acima.

Figura 9: Componentes do PMAE



Fonte: R. Gil, SBOC 2024

6. Controle da Dor Crônica

O câncer pode causar diferentes tipos de dor dependendo do local, estágio da doença e envolvimento de estruturas corporais. Os tipos mais frequentes associados ao câncer são a dor nociceptiva (decorrente da invasão direta do tumor em tecidos como ossos, músculos, órgãos ou pele, que pode ser de acordo com sua característica, somática, ou seja, bem localizada, constante ou visceral, sendo difusa, difícil de localizar) ou ainda neuropática, que tem como causa a compressão ou invasão de nervos pelo tumor, ou lesão nervosa causada por tratamentos como quimioterapia, radioterapia ou cirurgia, cuja característica é a sensação de queimação, choque, formigamento ou dor em facadas. Geralmente, a dor associada ao câncer é multifatorial a qual combina fatores, como crescimento do tumor, tratamentos invasivos e impacto psicológico. Portanto, envolve uma abordagem multimodal de medidas farmacológicas (analgésicos AINES e opioides e adjuvantes terapêuticos) e não farmacológicas (bloqueios nervosos, fisioterapia e psicoterapia), uma vez que a dor aparece em mais de 50% dos pacientes com câncer, principalmente porque os opioides analgésicos não estão disponíveis ou não são administrados adequadamente.

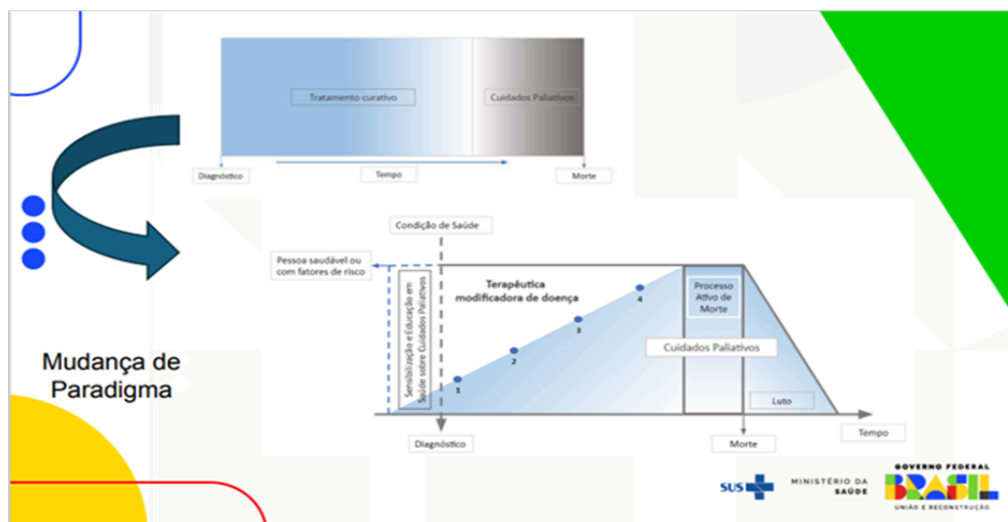
Para pacientes oncológicos, o tratamento da dor tem como objetivo reduzi-la a níveis que permitam uma qualidade de vida considerada aceitável pelo paciente. OMS, 1987 O tratamento medicamentoso da dor oncológica frequentemente segue as recomendações da OMS, por meio da escada analgésica da dor. OMS, 1987. Ela considera a prescrição de medicamentos não opioides, adjuvantes (antidepressivos e anticonvulsivantes) e opioides, cuja seleção dependerá da intensidade da dor. OMS, 1987 Dentre as ações desenvolvidas para o cuidado integral do paciente oncológico,

tem-se o acesso a medicamentos para tratamento e controle da dor. Esses medicamentos estão contemplados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e a indicação de utilização e monitoramento deve seguir o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica (PORTARIA CONJUNTA SAES/SAPS/SECTICS Nº 1, DE 22 DE AGOSTO DE 2024). Para tal o protocolo, contém o conceito geral da dor crônica, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento farmacológico e não farmacológico e mecanismos de regulação, controle e avaliação, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes e inclui uma lista de medicamentos com analgésicos antiinflamatórios não esteroidais, antiepilépticos, antidepressivos, opioides fracos e fortes, os quais podem ser ofertados desde que observados critérios descritos no Protocolo.

7.Cuidados paliativos

Antes, a atenção aos cuidados Paliativos centrava-se em pacientes em fase final de vida. Hoje, se considera que eles vão além dessa prática, ou seja, devem estar disponíveis para pacientes e seus familiares após o diagnóstico e durante todo o processo de doença ameaçadora a continuidade da vida e incluindo durante o luto. conforme Figura 10 abaixo:

Figura 10: Figura ilustrativa da mudança de paradigma do cuidado paliativo



Fonte: MS

Em resumo, consistem na assistência integral promovida por equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a continuidade de sua vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, durante o período do diagnóstico, adoecimento, finitude e luto (Resolução CIT nº 41/2018). Todo e qualquer paciente que possui doença crônica e/ou ameaçadora da vida poderá se beneficiar dos Cuidados Paliativos – crianças, adultos e idosos.

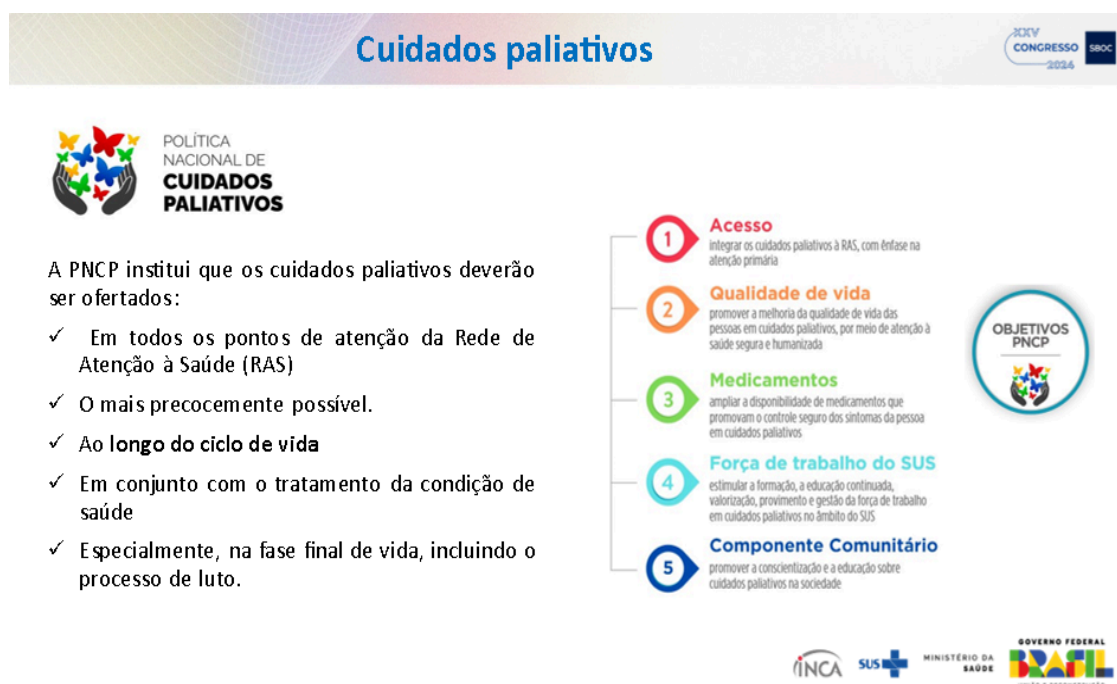
Em 31 de outubro de 2018, o Ministério da Saúde publicou a Resolução nº 41, que dispõe sobre as diretrizes para organização dos cuidados paliativos à luz dos cuidados integrados e continuados no âmbito do SUS (BRASIL, 2018). A resolução define que os cuidados paliativos devam estar disponíveis em todos os pontos da RAS, na atenção primária à saúde, domiciliar, ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência.

Em 07 de maio de 2024 houve a publicação da Portaria GM/MS nº 3681 que instituiu a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do SUS e que determina a oferta de cuidados em diversos pontos da RAS, prevê mudanças de cultura nos processos e inclui matriciamento de equipes com telessaúde (fazendo a gestão dos casos) e as equipes assistenciais (prestando a assistência propriamente dita), ambas formadas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Também serão criadas equipes com pediatria. Os gestores locais terão autonomia para incorporar outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos e nutricionistas.

A PNCP prevê três eixos prioritários que irão guiar os cuidados paliativos no serviço público de saúde:

- Implementação de equipes multiprofissionais paliativistas para disseminar práticas assistenciais em cuidados paliativos às demais equipes da rede;
- Promoção de informação qualificada e educação continuada e permanente em cuidados paliativos;
- Promover a garantia do acesso à medicamentos e insumos necessários a quem está em cuidados paliativos.

Figura 11: Resumo da PNCP, Fonte INCA

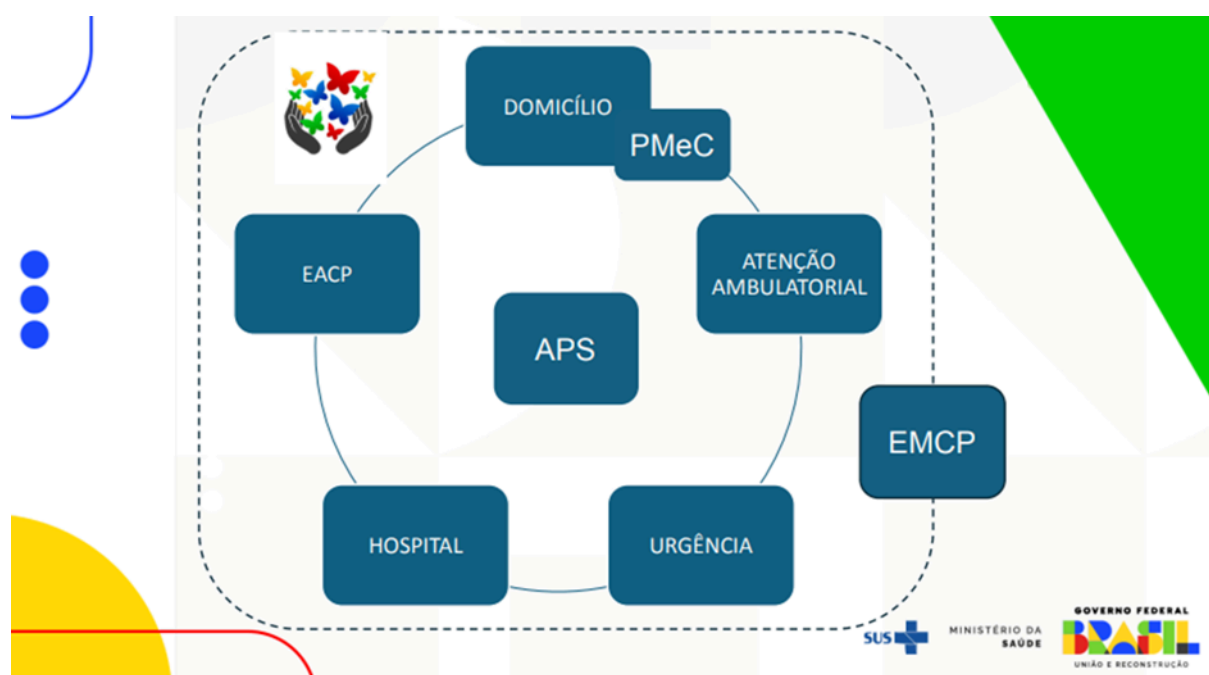


Fonte: MS

A PNCP inclui a habilitação pelo Ministério da Saúde (MS) de equipe matricial (EMCP), que possui território definido de até 500 mil habitantes na macrorregião, e equipe assistencial (EACP) que realiza ações assistenciais de cuidados paliativos no estabelecimento que está vinculada, considerando que serão referência para conjunto de unidades de saúde hospitalares com 400 leitos SUS. A EMCP deve apoiar a RAS, em especial APS, na identificação de pacientes elegíveis para cuidados paliativos no território e integrar essa abordagem ao plano de cuidados.

O gestor estadual é quem solicita ao MS a habilitação da EMCP. A EACP tem ação conjunta com a equipe diretamente responsável pelos cuidados, notifica a EMCP sobre os pacientes atendidos e organiza a assistência paliativa no território.

Figura 12: Fluxo para Implantação da EMCP



Fonte: MS

8. Casos Novos de Câncer no estado do Rio de Janeiro - SUS

Tabela 137: Série histórica do diagnóstico de câncer no SUS, estado do Rio de Janeiro, 2014-2023.

Diagnóstico Detalhado	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
C00 - Neoplasia maligna do lábio	14	10	10	15	18	69	71
C01 - Neoplasia maligna da base da língua	50	47	60	54	42	77	95
C02 - Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da língua	76	86	105	96	123	198	158
C03 - Neoplasia maligna da gengiva	12	6	16	11	10	26	26
C04 - Neoplasia maligna do assoalho da boca	72	54	48	51	60	66	55
C05 - Neoplasia maligna do palato	37	29	35	30	53	91	60
C06 - Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca	59	45	62	55	66	99	102
C07 - Neoplasia maligna da glândula parótida	17	21	23	48	51	61	46

C08 - Neoplasia maligna de outras glândulas salivares maiores e as não especificadas	9	8	9	13	29	31	25
C09 - Neoplasia maligna da amígdala	56	42	53	37	37	45	70
C10 - Neoplasia maligna da orofaringe	267	275	310	294	280	306	335
C11 - Neoplasia maligna da nasofaringe	74	76	86	62	71	102	92
C12 - Neoplasia maligna do seio piriforme	9	9	4	8	5	19	11
C13 - Neoplasia maligna da hipofaringe	49	44	40	54	38	64	55
C14 - Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definida, do lábio, cavidade o	13	24	30	38	45	40	35
C15 - Neoplasia maligna do esôfago	249	215	270	241	269	400	373
C16 - Neoplasia maligna do estômago	330	350	341	342	366	898	928
C17 - Neoplasia maligna do intestino delgado	6	6	13	15	27	250	196
C18 - Neoplasia maligna do cólon	676	670	668	678	885	1.852	1.848
C19 - Neoplasia maligna da junção reto-sigmoide	29	20	29	35	59	132	151
C20 - Neoplasia maligna do reto	547	530	520	585	617	790	803
C21 - Neoplasia maligna do ânus e do canal anal	140	123	123	150	153	306	187
C22 - Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepáticas	26	29	30	35	67	174	176
C23 - Neoplasia maligna da vesícula biliar	13	15	25	17	21	53	38
C24 - Neoplasia maligna de outras partes, e de partes não especificadas das vias biliares	10	7	17	19	15	38	30
C25 - Neoplasia maligna do pâncreas	85	98	79	114	121	204	174
C26 - Neoplasia maligna de outros órgãos digestivos e de localizações mal definidas no aparelho dig	7	4	4	4	8	32	58
C30 - Neoplasia maligna da cavidade nasal e do ouvido médio	7	13	12	15	19	59	39
C31 - Neoplasia maligna dos seios da face	34	22	28	15	26	47	45
C32 - Neoplasia maligna da laringe	212	193	227	239	221	285	251
C33 - Neoplasia maligna da traqueia	2	1	3	0	4	13	4
C34 - Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	649	615	684	618	658	780	856
C37 - Neoplasia maligna do timo	10	5	4	3	10	5	3
C38 - Neoplasia maligna do coração, mediastino e pleura	12	10	4	6	16	129	104
C39 - Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas do aparelho respirat	0	0	1	0	4	4	8
C40 - Neoplasia maligna dos ossos e cartilagens articulares dos membros	49	35	47	29	62	256	84
C41 - Neoplasia maligna dos ossos e das cartilagens articulares de outras localizações e de localiz	30	32	26	37	50	263	175
C43 - Melanoma maligno da pele	66	64	63	58	71	171	201
C44 - Outras neoplasias malignas da pele	72	83	71	90	224	2.053	1.513
C45 - Mesotelioma	0	0	0	0	1	4	1
C46 - Sarcoma de Kaposi	11	10	13	20	16	10	14
C47 - Neoplasia maligna dos nervos periféricos e do sistema nervoso autônomo	4	6	6	5	4	8	10
C48 - Neoplasia maligna dos tecidos moles do retroperitônio e do peritônio	13	7	8	16	37	261	150
C49 - Neoplasia maligna do tecido conjuntivo e de outros tecidos moles	133	119	152	124	202	271	390
C50 - Neoplasia maligna da mama	3.474	3.429	3.352	3.671	4.021	4.636	4.164
C51 - Neoplasia maligna da vulva	36	40	42	27	47	95	84
C52 - Neoplasia maligna da vagina	13	32	17	10	14	68	58
C53 - Neoplasia maligna do colo do útero	673	720	756	769	909	1.170	1.167

C54 - Neoplasia maligna do corpo do útero	277	297	296	351	415	708	633
C55 - Neoplasia maligna do útero, porção não especificada	0	0	0	0	10	178	165
C56 - Neoplasia maligna do ovário	199	207	200	178	224	330	399
C57 - Neoplasia maligna de outros órgãos genitais femininos e dos não especificados	4	0	7	2	2	206	85
C58 - Neoplasia maligna da placenta	9	10	13	20	26	22	26
C60 - Neoplasia maligna do pênis	23	14	14	17	31	49	41
C61 - Neoplasia maligna da próstata	2.088	2.101	2.048	2.045	2.809	3.292	2.596
C62 - Neoplasia maligna dos testículos	47	41	64	68	80	124	114
C63 - Neoplasia maligna de outros órgãos genitais masculinos e dos não especificados	0	0	0	0	0	388	3
C64 - Neoplasia maligna do rim, exceto pelve renal	74	59	70	65	136	195	193
C65 - Neoplasia maligna da pelve renal	3	1	2	4	12	32	38
C66 - Neoplasia maligna dos ureteres	1	0	2	5	3	13	8
C67 - Neoplasia maligna da bexiga	168	167	155	173	275	503	373
C68 - Neoplasia maligna de outros órgãos urinários e dos não especificados	2	3	1	0	2	10	17
C69 - Neoplasia maligna do olho e anexos	15	15	10	11	13	56	46
C70 - Neoplasia maligna das meninges	9	3	3	10	10	16	15
C71 - Neoplasia maligna do encéfalo	124	119	154	178	203	266	225
C72 - Neoplasia maligna da medula espinhal, dos nervos cranianos e de outras partes do sistema nerv	23	16	23	30	32	59	188
C73 - Neoplasia maligna da glândula tireóide	11	14	15	16	39	260	268
C74 - Neoplasia maligna da glândula supra-renal [glândula adrenal]	14	10	13	16	11	31	15
C75 - Neoplasia maligna de outras glândulas endócrinas e de estruturas relacionadas	10	13	5	16	18	31	13
C76 - Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas	7	11	20	20	47	2.151	588
C77 - Neoplasia maligna secundária e não especificada dos gânglios linfáticos	32	25	47	139	179	1.089	844
C78 - Neoplasia maligna secundária dos órgãos respiratórios e digestivos	7	5	3	9	30	63	97
C79 - Neoplasia maligna secundária de outras localizações	369	390	456	502	638	848	901
C80 - Neoplasia maligna, sem especificação de localização	63	71	55	59	70	175	70
C81 - Doença de Hodgkin	113	124	138	160	140	144	137
C82 - Linfoma não-Hodgkin, folicular (nodular)	56	74	49	75	74	85	71
C83 - Linfoma não-Hodgkin difuso	256	264	268	302	276	273	271
C84 - Linfomas de células T cutâneas e periféricas	18	21	20	21	21	28	20
C85 - Linfoma não-Hodgkin de outros tipos e de tipo não especificado	26	24	36	24	37	68	87
C88 - Doenças imunoproliferativas malignas	6	6	1	5	6	8	6
C90 - Mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos	186	174	190	200	200	215	211
C91 - Leucemia linfoide	155	175	186	170	165	162	228
C92 - Leucemia mieloide	207	192	189	201	211	254	187
C93 - Leucemia monocítica	6	2	4	3	1	3	4
C94 - Outras leucemias de células de tipo especificado	0	0	1	2	3	4	3
C95 - Leucemia de tipo celular não especificado	2	1	0	1	3	28	7
C96 - Outras neoplasias malignas e as não especificadas dos tecidos linfático, hematopoético e teci	7	9	6	7	14	25	33
C97 - Neoplasias malignas de localizações múltiplas independentes (primárias)	0	0	0	0	1	1	0

D00 - Carcinoma in situ da cavidade oral, do esôfago e do estômago	0	0	0	0	3	20	15
D01 - Carcinoma in situ de outros órgãos digestivos	0	0	0	0	2	86	109
D02 - Carcinoma in situ do ouvido médio e do aparelho respiratório	0	0	0	0	1	11	6
D03 - Melanoma in situ	0	0	0	0	2	7	6
D04 - Carcinoma in situ da pele	0	0	0	0	21	139	65
D05 - Carcinoma in situ da mama	0	2	6	3	15	65	31
D06 - Carcinoma in situ do colo do útero (cérvix)	54	50	67	59	75	194	145
D07 - Carcinoma in situ de outros órgãos genitais e dos não especificados	0	0	0	0	16	144	170
D09 - Carcinoma in situ de outras localizações e das não especificadas	0	0	0	0	13	138	95
D37 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido da cavidade oral e dos órgãos digestivos	0	0	0	0	13	77	190
D38 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do ouvido médio e dos órgãos respiratórios	0	0	0	0	15	31	36
D39 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos órgãos genitais femininos	0	0	1	1	29	122	93
D40 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos órgãos genitais masculinos	0	0	0	0	23	35	19
D41 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos órgãos urinários	0	0	0	0	27	51	41
D42 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido das meninges	0	0	0	1	1	4	3
D43 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do encéfalo e do sistema nervoso central	1	2	3	0	48	90	70
D44 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido das glândulas endócrinas	1	0	1	6	82	134	55
D45 - Policitemia vera	22	26	13	26	23	17	16
D46 - Síndromes mielodisplásicas	43	44	44	43	51	55	52
D47 - Outras neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido dos tecidos linfático, hematopoético	128	88	95	95	97	147	87
D48 - Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido de outras localizações e de localizações n	1	1	5	5	42	400	298
Total	13.299	13.150	13.525	14.197	17.218	31.371	26.347

Fonte: Painel de Oncologia, setembro de 2024

9. Estimativa da necessidade de procedimentos para Rastreamento e Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama - População total do estado do Rio de Janeiro

Tabela 138: Estimativa de necessidade de procedimentos para Diagnóstico Precoce e Rastreamento do câncer de mama para a população total feminina do estado do Rio de Janeiro, 2024.

Procedimento	Código	Parâmetro	Diagnóstico Precoce Sintomáticas	
			< 30 anos 0,048%	30 anos ou + 0,522%
			1.580	29.977
			Nº Proc	Nº Proc
Mamografia bilateral para rastreamento	02.04.03.018-8	NA	NA	NA

Mamografia	02.04.03.003-0	28,15%	445	8.438
Ultrassonografia mamária bilateral	02.05.02.009-7	278,37%	4.399	83.446
Punção aspirativa por agulha grossa (core biópsia)	02.01.01.060-7	18,07%	286	5.417
Biópsia - exérese de nódulo de mama	02.01.01.056-9	13,30%	210	3.987
Exame anatomopatológico de mama - biópsia	02.03.02.006-5	31,10%	491	9.323
Exame citopatológico de mama	02.0301.004-3	3,44%	54	1031
Encaminhamento para tratamento oncológico	-	15,53%	245	4.655

Fonte: Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Parâmetros técnicos para detecção precoce do câncer de mama. / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro : INCA, 2022.

10.Saúde Bucal no estado do Rio de Janeiro

Quadro 22. Equipes de Saúde Bucal, estado do Rio de Janeiro, 2024

eSB credenciadas	1.549
eSB homologadas	1.397
Unidade Odontológica Móvel	1 unidade homologada
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	86
. Tipo I (3 cadeiras odontológicas)	24
. Tipo II (4 a 6 cadeiras odontológicas)	54
. Tipo III (7 ou + cadeiras odontológicas)	8
Laboratório Regional de prótese dentária (LRPD)	58

Fonte: eGestor AB

10.1. Serviços estaduais de Saúde Bucal

- Unidades de Saúde Estaduais com Serviços de Emergência em Bucomaxilofacial
HE Azevedo Lima, HE Alberto Torres, HE Getúlio Vargas, HE Lagos, HE Carlos Chagas
- Unidades de Saúde Estaduais com Serviços de Odontologia Hospitalar
HE Azevedo Lima, HE Alberto Torres, HE Prefeito João Batista Caffaro, HE Getúlio Vargas, HRMP Zilda Arns, bHE Roberto Chabo, HE Ricardo Cruz, H da Criança, HTO Baixada, HTO Dona Lindu, IE Cérebro, HE Lagos, HECC, HEAN, HEER, HEMORIO, IETAP, IECAC, Hospital da Mãe, Hospital da Mulher.
- Serviços estratégicos que são ofertados por meio do Sistema Estadual de Regulação - SER: TC Cone Beam, radiografia panorâmica, radiografia periapical, estomatologia, paciente com necessidade

especial (PNE), odontopediatria, endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, cirurgia bucomaxilofacial.

O diagnóstico bucal com ênfase na prevenção e detecção do câncer bucal está no rol dos serviços mínimos que devem ser ofertados pelos Centros de Especialidades (CEO).

10.2. Projeto TeleEstomato Brasil

O Tele-estomatologia é um serviço de teleconsultoria para doenças que se manifestam como lesões no sistema estomatognático. O objetivo é dar suporte aos profissionais de saúde/cirurgiões-dentistas no que diz respeito ao diagnóstico e manejo de lesões maxilofaciais, evitar encaminhamentos desnecessários e diminuir o tempo de espera para consulta em serviço especializado para os casos de alto risco para neoplasia.

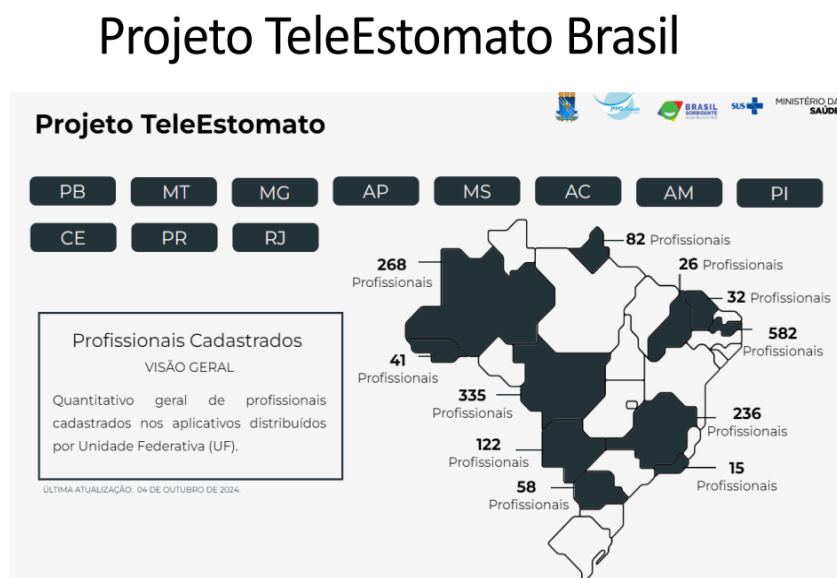
Figura 13: Projeto TeleEstomato Brasil



Fonte: MS

O aplicativo é uma ferramenta que conecta os profissionais das APS com os teleconsultores especialistas em patologia oral, permitindo a troca de conhecimentos e experiências por meio da Teleinterconsultoria, evitando encaminhamentos desnecessários e diminuindo o tempo de espera para consulta em serviço especializado, principalmente para os casos de alto risco como neoplasia. Com este aplicativo, os profissionais solicitantes podem enviar relatos de casos clínicos detalhados, incluindo informações sobre sintomas, exames realizados, histórico do paciente e qualquer outra informação relevante. Em seguida, eles podem solicitar orientações específicas sobre como conduzir o caso, receber sugestões de diagnóstico diferencial, revisão de exames, opções de tratamento e outras recomendações clínicas. Através dessa ferramenta, os profissionais expandem seus conhecimentos para aprimorar a prática clínica em geral por meio de capacitações frequentes, como hands-on em biópsia.

Figura 14: Projeto TeleEstomato Brasil por estado



Fonte: MS

No momento, 20 municípios do estado já se encontram participando do aplicativo 'Tele Estômato', distribuídos em 86 CEOs, a saber: Baía de Ilha Grande (Angra dos Reis, Paraty), Baixada Litorânea (Saquarema e São Pedro Aldeia), Centro Sul (Paracambi e Miguel Pereira), Médio Paraíba (Quatis, Rio das Flores), Metropolitana I (Nova Iguaçu, Magé, Seropédica), Metropolitana II (Maricá, Silva Jardim e Tanguá), Noroeste(Itaperuna e Porciúncula), Norte (Quissamã e São João da Barra) e Serrana (Cachoeiras de Macacu, Macuco).

Quadro 23 . Distribuição das 86 CEOs no ERJ por região de saúde:

Região de Saúde	CEO
Baía Ilha Grande	3
Baixada Litorânea	7
Centro Sul	6
Metropolitana I	36
Metropolitana II	4
Médio Paraíba	15
Noroeste	7
Norte	3
Serrana	5

Fonte: eGestor AB

11. Protocolos de Contra-Referência

Quadro 24: PROTOCOLO DE CONTRARREFERÊNCIA – NEOPLASIA DE MAMA

PROTOCOLO DE CONTRARREFERÊNCIA – NEOPLASIA DE MAMA			
Nome Paciente:	Data de Nascimento	CPF	Cartão SUS
	/ /		
UNACON / CACON:			
Diagnóstico	CID10	EC: I () II () III () IV ()	
NEOPLASIA DE MAMA	C50.	T.....N.....M.....	
Tratamento			
Cirurgia			
Quimioterapia			
Radioterapia			
Esquema utilizado			
Período de/.....a...../.....			
Medicamentos em uso			
Assinatura e Carimbo de Médico Assistente do UNACON/CACON			
Data:...../...../.....			

Quadro 25: PROTOCOLO DE CONTRARREFERÊNCIA – NEOPLASIA DE PRÓSTATA

PROTOCOLO DE CONTRARREFERÊNCIA – NEOPLASIA DE PRÓSTATA			
Nome Paciente:	Data de Nascimento	CPF	Cartão SUS
	/ /		
UNACON / CACON:			
Diagnóstico	CID10	EC: I () II () III () IV ()	
NEOPLASIA DE PRÓSTATA	C61.	T.....N.....M.....	
Tratamento			
Cirurgia			
Quimioterapia			
Radioterapia			
Esquema utilizado			
Período de/.....a...../.....			
Medicamentos em uso			

Assinatura e Carimbo de Médico Assistente do UNACON/CACON
Data:...../...../.....

Quadro 26: PROTOCOLO DE CONTRARREFERÊNCIA – NEOPLASIA DE PULMÃO

PROTOCOLO DE CONTRARREFERÊNCIA – NEOPLASIA DE PULMÃO			
Nome Paciente:	Data de Nascimento / /	CPF	Cartão SUS
UNACON / CACON:			
Diagnóstico	CID10	EC: I () II () III () IV ()	
NEOPLASIA DE PULMÃO	C34.	T.....N.....M.....	
Tratamento			
Cirurgia			
Quimioterapia			
Radioterapia			
Esquema utilizado			
Período de/.....a...../.....			
Medicamentos em uso			
Assinatura e Carimbo de Médico Assistente do UNACON/CACON			
Data:...../...../.....			

Quadro 27: PROTOCOLO DE CONTRARREFERÊNCIA – NEOPLASIA DO COLO DO ÚTERO

PROTOCOLO DE CONTRARREFERÊNCIA – NEOPLASIA DO COLO DO ÚTERO			
Nome Paciente:	Data de Nascimento / /	CPF	Cartão SUS
UNACON / CACON:			
Diagnóstico	CID10	EC: I () II () III () IV ()	
NEOPLASIA DO COLO DO ÚTERO	C53.	T.....N.....M.....	
Tratamento			
Cirurgia			
Quimioterapia			
Radioterapia			
Esquema utilizado			
Período de/.....a...../.....			
Medicamentos em uso			
Assinatura e Carimbo de Médico Assistente do UNACON/CACON			

Data:...../...../.....

Quadro 28: PROTOCOLO DE CONTRARREFERÊNCIA – NEOPLASIA DO COLO DO COLORRETAL

PROTOCOLO DE CONTRARREFERÊNCIA – NEOPLASIA COLORRETAL			
Nome Paciente	Data de Nascimento	CPF	Cartão SUS
	/ /		
UNACON / CACON:			
Diagnóstico	CID10	EC: I () II () III () IV ()	
NEOPLASIA COLORRETAL	C	T.....N.....M.....	
Tratamento			
Cirurgia			
Quimioterapia			
Radioterapia			
Esquema utilizado			
Período de/.....a...../.....			
Medicamentos em uso			
Assinatura e Carimbo de Médico Assistente do UNACON/CACON			
Data:...../...../.....			