



Plano Nacional de Prevenção e Controlo das
Doenças Oncológicas 2007/2010
(PNPCDO)

Orientações Programáticas

Dezembro de 2007



O presente documento foi apresentado e submetido para apreciação, em Outubro de 2007, ao **Conselho Nacional para a Oncologia**, cuja composição é a seguinte:

- Dr. Joaquim Gouveia**, *Coordenador Nacional para as Doenças Oncológicas;*
- Professor Doutor Sobrinho Simões**, *representante do Ministério da Ciência e Tecnologia e Ensino Superior;*
- Professor Doutor Henrique Bicha Castelo**, *representante do Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas;*
- Dr^a Regina Maria Madaíl Vilão**, *representante da Agência Portuguesa do Ambiente;*
- Dr^a Marina de Lurdes Pires Ramos Nascimento**, *representante da Direcção Geral de Saúde;*
- Dr. Manuel António Leitão da Silva**, *Presidente do Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra, EPE;*
- Dr. Ricardo Jorge Martins da Luz**, *Presidente do Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, EPE;*
- Dr. José Manuel Laranja Pontes**, *Presidente do Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, EPE;*
- Dr. Jorge Manuel Coelho do Espírito Santo**, *representante do Colégio da Especialidade de Oncologia Médica da Ordem dos Médicos;*
- Dr^a Maria Emília Baptista Bagulho Monteiro Pereira**, *representante do Colégio da Especialidade de Radioterapia da Ordem dos Médicos;*
- Dr. Vítor Manuel Veloso da Silva**, *representante da Liga Portuguesa contra o Cancro;*
E três personalidades de reconhecido mérito nas áreas relacionadas com a Oncologia:
- Professor Doutor Carlos Manuel Domingues Freire de Oliveira;**
- Dr. Artur Manuel Morais Osório Araújo;**
- Doutor Manuel Maria Sousa Ferreira Abecasis;**



Ministério da Saúde

ÍNDICE



Alto Comissariado
da Saúde



Coordenação Nacional para as
Doenças Oncológicas

1.	PREÂMBULO	5
2.	INTRODUÇÃO	8
3.	COORDENAÇÃO	12
4.	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	14
5.	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO PRIMÁRIA	17
6.	RASTREIO	19
7.	TRATAMENTO INTEGRADO	22
	<i>A. REDE DE REFERENCIAÇÃO INTEGRADA EM ONCOLOGIA</i>	22
	<i>B. GESTÃO DA ESPERA</i>	24
	<i>C. RADIOTERAPIA</i>	25
	<i>D. ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÊUTICA E VIGILÂNCIA</i>	27
	<i>E. CUIDADOS PALIATIVOS</i>	28
8.	INVESTIGAÇÃO	29
9.	FORMAÇÃO	30
	QUADRO SINÓPTICO DAS ACÇÕES PRIORITÁRIAS	32
	CHAVE DE SIGLAS	34





Ministério da Saúde



Alto Comissariado
da Saúde



Coordenação Nacional para as
Doenças Oncológicas

1. Preâmbulo

As doenças oncológicas constituem a segunda principal causa de morte em Portugal e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral, sendo provavelmente as doenças mais temidas pela população em geral. O reconhecimento destes factos levou a estabelecer o combate contra o cancro como uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde.

A elaboração de um “**Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas**” corresponde à necessidade de estabelecer uma estratégia global de acção nas diferentes áreas relacionadas com a prevenção e tratamento do cancro, de forma a obter maior qualidade e equidade de cuidados.

Portugal tem tradição de Plano Oncológico Nacional (PON) desde 1990. A exemplo do que acontece noutros países, nossos parceiros na UE, o grau da respectiva execução ficou aquém do desejado.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 ao avaliar a situação da Oncologia identifica causas.

Em Setembro de 2005 é dado o primeiro grande passo para modificação desta situação com a criação do programa vertical para as doenças oncológicas e a nomeação dum Coordenador Nacional para as Doenças Oncológicas (CNDO).

Os resultados dos inquéritos lançados pela CNDO junto das Administrações Regionais de Saúde (ARS) relativamente à execução do PON 2001-2005 e junto de todos os Hospitais quanto à capacidade instalada em Oncologia Médica, no ano de 2005, são exemplos paradigmáticos das disparidades existentes, entre diferentes regiões e instituições.



A existência dum programa vertical com metas traçadas no PNS 2004 – 2010 e a caracterização da situação, a nível nacional, fundamentaram a decisão de Abril/Maio 2006, que consiste em trabalhar com os Conselhos Directivos das ARS para pôr em funcionamento as estruturas previstas no PON 2001-2005 para a respectiva execução.

A elaboração e apresentação do PNPCDO estariam dependentes do funcionamento destas estruturas.

Nesse sentido, optou-se pela criação e funcionamento das estruturas para realização do PNPCDO.

Em sede da Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, com o apoio do Grupo Técnico de Acompanhamento (GTA) foram discutidas as medidas a implementar, que têm vindo a ser debatidas e executadas pelas Comissões Oncológicas Regionais (COR).

Na elaboração deste plano tiveram papel relevante os Conselhos Directivos das Administrações Regionais de Saúde.

Porque em Oncologia se actua desde a vigilância epidemiológica, ao tratamento atempado e de qualidade ao longo de todas as fases da doença, passando pela prevenção primária e secundária, têm vindo a ser lançadas acções que se enquadram no PNPCDO.

A entrada em funcionamento do Conselho Nacional para a Oncologia (CNO) e a constituição da Comissão Coordenadora dos IPO (CC IPO) vêm completar a estrutura organizativa da oncologia a nível nacional.

Este PNPCDO tem a preocupação de hierarquizar e calendarizar os objectivos e promover a dinamização de estruturas que os concretizem.



Pretende ser, sobretudo, um contributo para que se cumpram objectivos que se traduzam em melhoria da qualidade assistencial aos doentes e familiares, em ganhos de eficiência e também de satisfação dos profissionais.



1. Introdução

O declínio das taxas de mortalidade por cancro, que se observa em diversos países para as localizações mais frequentes (e.g. pulmão, estômago, cólon e recto, mama, colo do útero e próstata), em alguns casos há já várias décadas, não se tem traduzido numa diminuição generalizada do número absoluto de óbitos por cancro. No ano 2000 registaram-se 1.122.000 óbitos por cancro em 25 estados membros da UE, e estima-se, com base em projecções populacionais e na tendência prevista para as taxas de mortalidade específicas por idade, que até 2015 este número aumente cerca de 11%, para 1.249.000 óbitos.

Contudo, em muitas regiões da Europa, os avanços ao nível da prevenção, detecção precoce e tratamento, que em última análise contribuem para menores taxas de mortalidade por cancro, começam a ser suficientemente acentuados para atenuarem o aumento do número de óbitos por doenças oncológicas resultante do envelhecimento da população. Nos Estados Unidos, o número de óbitos por cancro nos homens desceu pela primeira vez em 2003 e também no norte e centro da Europa começa-se a observar uma tendência semelhante para a estabilização.

Em Portugal, o número de óbitos por cancro mostra ainda tendência de crescimento com um aumento de 15,8% entre os triénios de 1993-1995 e 2003-2005, tendo sido registados 22.682 óbitos em 2005.

O controlo da doença oncológica pode e deve ser influenciado a diversos níveis, desde a prevenção primária até aos cuidados paliativos. Carece de uma organização que sustente uma estratégia global e optimize os diferentes esforços permitindo atingir os objectivos mais relevantes, como a diminuição da mortalidade e da morbilidade por cancro, e ainda a melhoria da qualidade de

vida e da satisfação dos utentes com os cuidados recebidos. Neste sentido, e em diferentes países, têm-se vindo a definir planos oncológicos criados como instrumento de coordenação das diferentes estratégias para a prevenção e controlo das doenças oncológicas.

O PNPCDO 2007 – 2010 constitui-se como meio orientador das principais áreas de intervenção em oncologia no nosso País e sucede ao PON 2001-2005. Os objectivos então definidos permanecem actuais e a merecerem melhor atenção.

Vários factores poderão justificar a insuficiente implementação do PON, nomeadamente uma indefinição e não assunção de responsabilidades por esse processo, a ausência de estruturas com as quais se pudesse concretizar o referido Plano e a inexistência efectiva de monitorização e avaliação.

Os objectivos gerais do PNPCDO 2007 - 2010 são reduzir a morbilidade e a mortalidade por cancro, melhorar a qualidade de vida e a satisfação dos doentes com os cuidados de saúde prestados. Nesse sentido, importa:

- Promover estilos de vida saudáveis especialmente através do combate ao tabagismo e da prevenção da obesidade;
- Promover o diagnóstico precoce;
- Promover o acesso em tempo útil ao diagnóstico e à terapêutica;
- Definir boas práticas diagnósticas e terapêuticas;
- Melhorar a acessibilidade e a equidade na prestação de cuidados;
- Implementar o acesso a cuidados paliativos e o suporte psicossocial aos doentes e aos seus familiares;
- Incentivar a investigação científica na perspectiva do seu contributo para a melhoria da qualidade assistencial;



- Apoiar a formação profissional de forma a garantir a existência dos recursos humanos necessários à execução do plano;
- Promover uma organização institucional que assegure o cumprimento dos objectivos acabados de enunciar;
- Monitorizar e avaliar as medidas implementadas e os resultados.

Neste contexto, tendo em conta os objectivos definidos e os recursos disponíveis, considera-se prioritário:

- Melhorar a vigilância epidemiológica do cancro e dotar as estruturas de sistemas de informação que permitam planear estratégias e monitorizar e avaliar as medidas tomadas;
- Efectivar a prevenção primária através da promoção de estilos de vida saudáveis, designadamente pelo combate ao tabagismo e sedentarismo, e prevenção da obesidade;
- Programar e implementar em todo o país programas de rastreio organizados de elevada qualidade, tendo em conta os princípios gerais que respeitam as actividades de rastreio oncológico, para os cancros do colo do útero, da mama e do cólon e recto;
- Implementar a Rede Referência Integrada em Oncologia (RRIO) e organizar a Gestão da Espera

Importa envolver todos os intervenientes, particularmente os que assumem responsabilidades em cada uma das estruturas, de concretização destes objectivos. Importa igualmente definir uma calendarização para a execução das diferentes estratégias definidas, bem como uma avaliação do que foi concretizado.



Cabe uma referência especial à formação profissional e à investigação, ambas indispensáveis à execução do plano, e para as quais a CNDO contará com a colaboração do Conselho Nacional para a Oncologia como órgão consultivo/orientador nestas áreas.



2. Coordenação

A instituição da Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (CNDO) em 2005, (Despacho 19123/2005 (2ª série) de 16 Agosto; Despacho 15303/2007, de 29 Maio), integrada no Alto Comissariado da Saúde (Decreto Regulamentar nº7/2005 de 10 de Agosto), vem permitir, entre outras vertentes, a reorganização e clarificação de responsabilidades pela implementação do plano (Dec-Lei 218/2007, de 27 de Maio).

Neste contexto, salientam-se as seguintes estruturas que apoiam a CNDO:

- Grupo Técnico de Acompanhamento (GTA) (Despacho 19123/2005 de 16 Agosto) presidido pelo Coordenador Nacional para as Doenças Oncológicas e constituído por um representante da Direcção Geral de Saúde (DGS), um representante de cada uma das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) e um representante da Comissão Coordenadora dos IPO (CC-IPO).
- Cinco Comissões Oncológicas Regionais (COR) (Resolução de Conselho Ministros, nº 129/2001 de 17 de Agosto), uma em cada uma das cinco ARS. São constituídas pelo Presidente da ARS, um membro do Conselho de Administração do IPO da região e o seu Director Clínico, representantes de dois Hospitais Centrais e de um Hospital Distrital (o que apresentar maior actividade em oncologia), dois médicos e um enfermeiro dos Centros de Saúde, um representante do Registo Oncológico Regional (ROR) e um membro da Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) como observador.
- O Conselho Nacional para a Oncologia (CNO) (Despacho nº 3778/2008, publicado no D.R., 2ª série, em 14 de Fevereiro) e a Comissão Coordenadora dos IPO (CC IPO) desempenham um papel fundamental como órgãos de aconselhamento e apoio da CNDO.



Todas estas estruturas constituem-se como instrumentos críticos para a concretização do PNPCDO 2007 - 2010 definindo tarefas, objectivos e prazos para a concretização das medidas necessárias e respectiva monitorização e avaliação.



3. Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica do cancro envolve uma actividade sistemática e continuada de recolha, tratamento e divulgação de informação acerca das doenças oncológicas e factores que com elas se relacionam. É fundamental o seu enquadramento nas políticas de Saúde Pública em oncologia, constituindo-se como um instrumento com a capacidade de orientar esforços de prevenção, de planeamento e gestão dos cuidados de saúde.

Os registos de cancro de base populacional são uma peça central do sistema de vigilância pelo seu envolvimento na recolha, classificação e consolidação da informação relativa a novos casos de cancro, e o seu seguimento por toda a vida. O fornecimento em tempo oportuno de dados robustos relativos à incidência, sobrevivência e prevalência do cancro, deverá ser considerada a função mínima destas estruturas.

Os Registos Oncológicos Regionais (ROR) cobrem todo o país, mas não têm tido, até ao presente, a capacidade de responder aos objectivos para que foram criados. Os três ROR diferem qualitativa e quantitativamente na forma como têm recolhido e disponibilizado a informação, sendo importante aumentar a colaboração entre estas estruturas e homogeneizá-las na qualidade de informação que produzem e nos objectivos a cumprir.

Os meios à disposição dos ROR deverão ser significativamente reforçados para que estes possam dar resposta aos antigos e a novos desafios, caracterizando-se por:

- Elevados níveis de exaustividade no registo, com classificação correcta dos casos relativamente à topografia, histologia e caracterização sócio-demográfica;
- Seguimento dos doentes ao longo da vida;



- Flexibilidade dos procedimentos e instrumentos de registo para incorporar a recolha de dados suplementares no âmbito de avaliações específicas, ou para algumas patologias, designadamente o estágio e os tratamentos efectuados;
- Produção, análise e interpretação de indicadores da carga da doença oncológica e respectiva publicação a nível nacional e internacional;
- Capacidade para medir a actividade em oncologia de cada instituição, facultando aos hospitais e centros de saúde o acesso a informação válida sobre doentes que a eles recorrem, em tempo oportuno, constituindo-se como um instrumento de utilidade clínica e ferramenta de gestão;
- Capacidade para apoiar os programas de rastreio de cancro na monitorização e avaliação das actividades de rastreio através do fornecimento atempado de informação válida;
- Desenvolvimento de projectos de investigação próprios e disponibilidade para apoiar actividades de investigação promovidas por entidades externas aos ROR, disponibilizando dados ou integrando projectos de investigação.

Para além da resposta a funções mínimas essenciais, o apetrechamento dos ROR com os meios necessários para o cumprimento dos seus objectivos, deverá permitir quantificar a actividade assistencial hospitalar em oncologia e efectuar o respectivo financiamento de acordo com a informação registada. A actividade dos ROR deverá permitir que este procedimento seja regularmente adoptado pelas instituições de saúde até ao final da vigência do PNPCDO 2007 – 2010.

No âmbito da vigilância epidemiológica do cancro, a informação fornecida pelos ROR deverá ser complementada com a de outras fontes, já em actividade ou a desenvolver. Designadamente as relacionadas com a mortalidade, factores de risco, tratamento, qualidade de vida e satisfação do doente. A articulação dos ROR com os bancos de tumores, poderá ser uma das áreas a explorar.



Globalmente interessa promover a produção e utilização de informação válida em tempo oportuno, de forma sistemática, continuada e coerente.

A monitorização e avaliação das medidas propostas quer pelos ROR quer pelas entidades fornecedoras dos dados, são da responsabilidade dos grupos de trabalho de Registos Oncológicos, já em funcionamento em todas as COR

Como forma de reconhecimento da indispensabilidade desta informação, foi proposto que a actividade dos ROR fosse financiada.



4. Promoção da Saúde e Prevenção Primária

As exposições de natureza ambiental, não relacionadas com a susceptibilidade individual, constituem-se como as principais causas da maioria dos cancros, pelo que a promoção da saúde e a prevenção primária se afiguram como áreas de intervenção fundamental para o controlo das doenças oncológicas. Mais de metade dos óbitos por cancro são atribuíveis a opções comportamentais, como o consumo de tabaco, factores relacionados com a alimentação, sedentarismo e obesidade, exposição à luz solar, exposição profissional a produtos cancerígenos e agentes infecciosos (e.g. papilomavírus humano, *Helicobacter pylori*, vírus da hepatite B).

O aumento das taxas de mortalidade por cancro do pulmão que ainda se observa em Portugal, quando em muitos países europeus estas se encontram em declínio há vários anos, ilustra o elevado potencial para prevenção ainda existente no nosso país através da implementação de medidas anti-tabágicas.

Também a crescente importância da epidemia da obesidade pode ser contrariada através de intervenções a nível individual, da família, da escola e da comunidade, no sentido da adopção de hábitos alimentares saudáveis e da prática regular de actividade física desde idades precoces. Os esforços de educação para a saúde poderão ser mais eficazes se acompanhados de iniciativas colectivas capazes de facilitar as opções individuais por estilos de vida mais saudáveis.

As áreas de promoção da saúde e da prevenção da doença são consideradas prioritárias no PNPCDO 2007-2010. Tendo um carácter transversal, é necessária a implementação de uma estratégia de prevenção, em colaboração com a Direcção Geral de Saúde (DGS) integrando igualmente objectivos e estratégias incluídos noutros Programas Nacionais (Programa Nacional de



Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, Programa Nacional de Combate à Obesidade, Programa Nacional da Diabetes, Programa de Saúde Escolar, Plano Nacional de Vacinação e no Programa Nacional de Acção Ambiente e Saúde). É fundamental o envolvimento das COR, articulando-as com os diferentes executantes das medidas definidas: Centros de Saúde, estabelecimentos de ensino, iniciativas autárquicas e com todas as instituições não governamentais com actividade na luta contra o cancro.

A avaliação das medidas implementadas é essencial para otimizar estratégias e sustentar as decisões de manter e replicar as intervenções que demonstrem ser bem sucedidas.



5. Rastreio

O rastreio do cancro permite o diagnóstico precoce da doença ainda em fase sub-clínica e tem como objectivo reduzir a mortalidade por esta doença, sendo que nalguns casos se pode esperar também a redução da incidência.

Qualquer programa de rastreio está dependente de uma sequência de intervenções, em tempo útil e de forma integrada, que vão desde a identificação da população alvo até à terapêutica e vigilância após tratamento, passando pelos processos de convocação da população definida ou pelo diagnóstico. A eficácia de um programa deste tipo está pois dependente de todos os elos desta cadeia e é determinada globalmente pelo que se verificar mais ineficaz.

Todos os programas de rastreio existentes ou a implementar terão obrigatoriamente de ser gratuitos para a população assegurando altos níveis de qualidade ao longo de todos os passos da cadeia.

Os programas de rastreio organizado, com todos os elementos daquela cadeia adequadamente instituídos, revelaram-se mais eficazes do que os rastreios espontâneos (não organizados, não monitorizados). São habitualmente geradores de menos iatrogenia, mais económicos, podem ser melhor avaliados que os rastreios espontâneos e, se necessário, suspensos mais facilmente.

A evidência científica actual é consensual sobre a utilidade de programas de rastreio do cancro em três áreas: colo do útero, mama e cólon e recto. Nestas patologias foi possível demonstrar que a instituição do rastreio conduzia a uma redução das taxas de mortalidade da ordem dos 80%, 30% e 20% respectivamente.



O Conselho da União Europeia produziu uma recomendação específica sobre este assunto (2003/878/CE) preconizando também o rastreio nestas três patologias, definindo métodos e populações alvo.

Continuam por isso válidas as recomendações do anterior PON 2001-2005:

- Rastreio do cancro do colo útero: citologia cervico-vaginal nas mulheres com idade entre os 25 anos e os 60 anos;
- Rastreio do cancro da mama: mamografia cada 2 anos nas mulheres dos 50 aos 69 anos;
- Rastreio do cancro colo-rectal: pesquisa de sangue oculto nas fezes em homens e mulheres dos 50 aos 74 anos.

Relativamente ao Rastreio do Cancro do Colo do Útero, a zona da ARS Centro encontra-se totalmente coberta e nas restantes ARS os programas estão em fases equivalentes de elaboração. No entanto, até final de 2008 terá de haver Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero em pelo menos um Centro de Saúde de cada ARS.

O Rastreio do Cancro da Mama tem sido conduzido pela Liga Portuguesa Contra o Cancro em todo o país, excepto na ARS Algarve, com uma cobertura geográfica substancialmente mais vasta que o do colo do útero. A CNDO reconhece a importância da LPCC com quem está a trabalhar, nomeadamente, na melhoria da operacionalização do rastreio do cancro da mama.

O rastreio do cancro colo-rectal encontra-se em fase avançada de planeamento na ARS Centro. Em 2007/2008 a CNDO criará um grupo de trabalho, do qual fará parte a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, para elaboração do Manual do Rastreio, de modo a alargar em 2008 este programa às outras ARS.



Os objectivos específicos a prazo dever-se-ão centrar na generalização de programas de rastreio dos cancros do colo do útero, mama e cólon e recto a todo o território bem como na sua efectiva monitorização e avaliação.

Com o actual PNPCDO 2007 - 2010 pretende-se que as COR assegurem a direcção e avaliação dos programas de rastreio das três patologias referidas, com metodologia homogénea em cada uma das ARS, assumindo-se o envolvimento das entidades responsáveis do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Anualmente as COR farão a divulgação dos resultados dos diferentes rastreios tendo como metas o estabelecido no PNS 2004-2010.

Risco de cancro familiar

Nos casos particulares de doentes com formas de cancro potencialmente relacionáveis com maior risco familiar, nomeadamente de cancro da mama, ovário, cólon e recto ou outros, dever-se-á promover a referenciação a centros dotados de Consulta de Risco específico, fazendo-se uso dos critérios de referenciação e medidas preventivas considerados adequados por esse centro.

O elevado grau de sofisticação destas consultas, dos meios de que dispõem e da qualidade necessária, levam a propor que a abertura de novas consultas de risco deve ser planeada no âmbito da Rede de Referenciação. Neste momento o número de consultas de risco satisfaz a procura.



6. Tratamento Integrado

A. Rede de Referência Integrada em Oncologia

A existência de uma Rede de Referência Integrada em Oncologia (RRIO) deve constituir-se como um sistema que integre diferentes tipos de instituições que se articulam entre si para prestarem cuidados especializados em oncologia, numa perspectiva integrada e globalizante.

A Oncologia Pediátrica, reveste-se de especificidades que se projectam principalmente sobre o tratamento e que serão contempladas no âmbito da RRIO.

No âmbito do PON 2001-2005 foi definida a Rede de Referência Hospitalar em Oncologia. Esta rede não foi formalmente implementada e não existe uma monitorização do percurso dos doentes com cancro que permita avaliar a situação actual relativamente ao fluxo dos doentes com patologia oncológica.

Precisa portanto de ser reorganizada até porque o seu âmbito passou a ser mais alargado: importa nela englobar estruturas de cuidados primários, como os Centros de Saúde, bem como incluir a articulação com outras Redes afins, entretanto criadas, e das quais o doente oncológico também é beneficiário.

A implementação e reorganização da RRIO permitirá criar uma lógica de complementaridade de recursos tendo como objectivo final promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A RRIO facilitará a comunicação entre as instituições responsáveis pelos cuidados oncológicos a nível local, regional e central, criando condições para a padronização dos procedimentos, melhorando a acessibilidade e a eficiência.



As estruturas da RRIO deverão estar envolvidas nas diferentes fases de intervenção sobre a doença desde o rastreio até aos cuidados paliativos, incorporando e articulando todos os recursos disponíveis.

Nela deverão estar englobados os Centros de Saúde, Hospitais Distritais, Hospitais Centrais, os Institutos de Oncologia (IPO) e os prestadores privados que trabalham em complementaridade com o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Articular-se-á também com outras redes de saúde nomeadamente com a Rede de Cuidados Continuados Integrados, com a Rede de Referência Hospitalar de Anatomia Patológica, entre outras. A RRIO será constituída em torno de plataformas com diferentes níveis de especialização e deverá ter por base a incidência da doença, o número de doentes tratados, os recursos humanos e técnicos existentes e o desempenho das instituições de forma a garantir que em cada local onde é prestada assistência ao doente oncológico esta esteja sempre ao nível dos padrões de qualidade indispensáveis. Nesse sentido, promover-se-á, como condição fundamental, que em todos os centros onde se trate a doença oncológica se criem equipas multidisciplinares para cada uma das patologias ou grupos de patologias.

O desenvolvimento de estruturas multidisciplinares por patologia, permitirá a criação das sinergias necessárias ao fornecimento de cuidados diferenciados para os doentes com as mais diversas patologias oncológicas. Nas patologias mais raras permitirá a concentração de esforços e conhecimento indispensáveis para a obtenção dos melhores resultados. As diferentes instituições de saúde encontrarão nestas estruturas multidisciplinares, o apoio necessário para a oferta de cuidados coordenados inter hospitalares.

Os IPO desenvolver-se-ão como Centros Oncológicos de referência em colaboração e parceria com as restantes estruturas de saúde regionais de



modo a poder exercer as funções que lhes competem como estrutura de referência na RRIO.

A identificação da capacidade instalada actual nos Centros com actividade em oncologia, realizada através da análise dos inquéritos enviados a todos os hospitais do país, permitiu detectar a existência de hospitais com grande actividade em oncologia e sem serviço de Oncologia Médica, assim como hospitais que não fazendo parte da rede de referência hospitalar de oncologia apresentam uma actividade oncológica considerável.

Já está constituído um Grupo de Trabalho com vista à elaboração da RRIO que deverá:

- Discutir e rever a Rede de Referência Hospitalar de Oncologia (aprovada em Janeiro 2002) e criar o Manual de Implementação da RRIO;
- Monitorizar a implementação da RRIO através dos ROR.

O estudo deverá estar concluído até final de 2009 para implementação da rede em 2010.

B. Gestão da Espera

Apenas por comodidade de exposição se separa a gestão da espera da RRIO da qual, na prática, não poderá estar dissociada.

Um dos maiores desafios da definição da RRIO é justamente criar estruturas com capacidade suficiente para fazerem correctamente o que lhes compete assegurando a acessibilidade, a qualidade e a equidade. A dispersão de energias, competências e recursos pode traduzir-se em menos qualidade e ineficiência.



Paralelamente, a definição dos tempos úteis para tratamento far-se-á adaptando as recomendações nacionais e internacionais já existentes.

C. Radioterapia

A Radioterapia ocupa um lugar importante no tratamento oncológico. Nos últimos anos, o seu leque de actuação foi muito alargado, sendo actualmente chamada a intervir em 50 a 60 % dos doentes oncológicos.

O aumento da procura obriga a novas exigências, tornando-se essencial estabelecer uma estratégia nacional – faseada e criteriosa, capitalizando o investimento que lhe está subjacente – que reflecta a escala de desenvolvimento a atingir.

É necessário que os doentes oncológicos tenham um acesso equitativo a serviços de Radioterapia de qualidade. Para isso, será necessário assegurar uma prescrição terapêutica baseada na evidência científica com garantia de qualidade e cumprimento de tempos de espera adequados. Deve ser adoptado o ratio europeu de 5 a 6 aceleradores lineares por milhão de habitantes.

Na reflexão da estratégia de desenvolvimento da Radioterapia, devemos considerar um modelo misto, baseado na coexistência de dois tipos de serviços:

- Centros de referência, de maior dimensão, com os mais elevados níveis de especialização, concentrando os mais elevados padrões tecnológicos e humanos, constituídos como centros de formação e investigação e que terão capacidade para tratar todo o tipo de patologias. O desenvolvimento e consolidação de equipas multidisciplinares de especialistas será o garante da possibilidade de tratar cada patologia, incluindo tumores raros e pediátricos, com a excelência técnica mais adequada;
- Centros de menor dimensão, distribuídos pelo país, com interligações e mútuas dependências com os centros de referência. A operação funcional



de um tal sistema pode evoluir gradualmente desde o apoio à formação e a partilha de protocolos clínicos, à rotatividade de profissionais e à cooperação na partilha de técnicas de maior complexidade.

Este modelo misto é o que melhor se adequa à previsível evolução tecnológica e clínica da Radioterapia, ao mesmo tempo que não ignora as vantagens duma prestação de cuidados de proximidade com a comunidade.

O reforço do papel dos centros de referência, em que o modelo se baseia, deve pautar-se pelos mais elevados padrões de exigência, baseados em:

- Concentração de recursos tecnológicos e humanos, onde se disponibilizam as técnicas mais diferenciadas;
- Atenção muito especial à formação de profissionais nas diferentes áreas. É prioritária e deve ser iniciada de acordo com um plano pré estabelecido e como condição necessária à instalação de equipamentos novos;
- Desenvolvimento e aplicação de protocolos clínicos e programas de garantia de qualidade de todo o processo de tratamento em Radioterapia, instrumentos privilegiados da demonstração de boas práticas;
- Promoção da avaliação de resultados terapêuticos, segundo os indicadores internacionais;
- Aproximação progressiva ao cumprimento dos tempos de espera óptimos em Radioterapia.

Assim, e até 2010, dever-se-á proceder à actualização e substituição de todas as unidades de terapia com mais de 10 anos de existência e programar a expansão do parque tecnológico da Radioterapia.

É sobretudo necessário estabelecer, com urgência, a estratégia de desenvolvimento na formação de profissionais especializados. Essa estratégia deve ser definida tendo em vista a prestação de cuidados de excelência e tirando partido de todas as potencialidades das novas tecnologias. Deverá também ter-se em conta a necessidade de haver tempo para o treino e



formação contínua dos profissionais, para além de disponibilidade para a investigação e para a gestão optimizada das paragens não programadas.

D. Elaboração e implementação de Recomendações de Diagnóstico, Terapêutica e Vigilância

A existência de recomendações de diagnóstico, terapêuticas e vigilância, e respectiva implementação e avaliação, constituem um instrumento de garantia de qualidade assistencial. Permitem uma maior uniformização de procedimentos e mais fácil detecção e correcção de eventuais desvios. Serão, por isto, um instrumento de trabalho diário nas unidades que integrarem a RRIO.

Estão em elaboração recomendações terapêuticas para os Cancros do Cólon e Recto, Mama, Próstata e Pulmão, e respectivas fichas de avaliação.

Os mesmos grupos de especialistas elaborarão as recomendações de diagnóstico, e mais tarde de vigilância, para estas quatro doenças. Atenção particular deverá ser dada à necessidade de garantir a qualidade do diagnóstico anatomo patológico como ponto de partida para o estabelecimento das terapêuticas mais adequadas.

Estas acções, iniciadas em Janeiro 2007, com a constituição de grupos de peritos em representação das ARS, Colégios da Especialidade da Ordem dos Médicos, dos Centros Regionais do Instituto Português de Oncologia, das Sociedades Científicas e da Associação Portuguesa dos Farmacêuticos Hospitalares prosseguirão durante este ano e o próximo, com avaliações em 2008 e anos seguintes.

Em 2008, terá início, metodologia idêntica na abordagem de mais quatro doenças.



E. Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos devem ser considerados como parte integrante da assistência multidisciplinar a prestar aos doentes e não apenas como o tratamento na fase terminal da doença.

O objectivo dos cuidados paliativos é o de proporcionar o máximo conforto físico, psíquico e social ao doente quando a doença é incurável, independentemente do seu curso e da duração da sobrevivência.

Foi elaborado um Programa Nacional de Cuidados Paliativos, sendo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados a responsável pela promoção e concretização das estratégias e metas definidas nele.

Para a implementação do Programa, foi constituído um grupo de trabalho, sendo a Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas uma das entidades representadas na Comissão Consultiva que o apoia.

Deste trabalho conjunto deverá resultar a criação de unidades e grupos especializados, capazes de assegurar cuidados paliativos de qualidade e a equidade do acesso.



7. Investigação

A investigação constitui um instrumento chave para prevenir a doença oncológica e para melhorar a qualidade e expectativa de vida dos doentes com cancro. Deve ser considerada num cenário integrado que atravesse a investigação epidemiológica e de serviços de saúde onde as ciências sociais e económicas têm um papel relevante até aos novos domínios da revolução genómica e do desenvolvimento de novos fármacos.

Definem-se como prioritárias as seguintes áreas na investigação em oncologia:

- Vigilância epidemiológica do cancro e da disponibilização da informação gerada para actividades de investigação;
- Participação de Portugal em projectos europeus no âmbito da identificação de indicadores a aplicar com a finalidade de identificar iniquidades na abordagem do cancro;
- A promoção de ensaios clínicos que explorem questões relacionadas com a estratégia terapêutica; esta iniciativa passa pelo desenvolvimento de programas envolvendo grupos cooperativos, sociedades científicas, registos de cancro e os principais centros de tratamento do cancro em Portugal; os recém criados grupos por patologia para a criação de linhas de orientação de diagnóstico, terapêutica e vigilância constituirão o fórum para a génese destes programas;
- Apoiar a investigação de translação nomeadamente através do apoio à constituição de bancos de tumores a nível nacional; a criação deste programa permitirá desenvolver em Portugal as áreas da genómica e proteómica abrindo o campo ao desenvolvimento de novos alvos de diagnóstico e de terapêutica.



8. Formação

O ensino deve ser encarado genericamente como uma oportunidade de educação para a saúde, tanto nos seus diferentes ciclos como no que caracteriza enquanto processo conducente a títulos ou habilitações profissionais. Nas diferentes estruturas e formações curriculares disponíveis, a área oncológica, pela relevância humana, social e sanitária reconhecida ao cancro, deve ter um papel de grande importância e desde muito cedo.

Assim, a concretização deste primeiro Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas aposta numa aproximação ao ensino que valoriza desde as fases iniciais a promoção da saúde, a compreensão das vantagens dos estilos de vida saudável e a aprendizagem entre pares. Assim, torna-se indispensável promover a integração nos programas de formação de professores dos ciclos iniciais de componentes lectivas que os preparem para abordar estes tópicos de saúde. Mais em particular, e tirando partido da flexibilidade dos percursos escolares que o espaço europeu de ensino superior tornou possível, devem ser estimuladas opções de segundo e terceiro ciclos que conjuguem uma forte componente de saúde com outra qualquer formação de base.

No âmbito deste PNPCDO, o apoio a formação profissional de forma a garantir a existência dos recursos humanos necessários à execução do plano, é considerado prioritário.

Os recursos humanos indispensáveis à prevenção, ao tratamento e à reabilitação de doentes oncológicos não se limitam às tradicionais profissões da saúde. Tanto quanto para médicos e enfermeiros, embora adaptado naturalmente às suas especificidades profissionais mas reconhecendo a sua crescente relevância, dever-se-á promover a integração de conteúdos



específicos ligados à oncologia no âmbito das disciplinas de pré-graduação em licenciaturas como Psicologia, Nutrição, Serviço Social ou Farmácia. Deve no entanto assegurar-se uma formação geral de qualidade nos primeiros ciclos, que favoreça conhecimentos em prevenção, diagnóstico precoce e bases para aprendizagem continuada, deixando para as fases posteriores as também indispensáveis especializações que interessam a um menor número de candidatos.

Reconhece-se actualmente, em Portugal, uma larga oferta de programas de ensino de pré-graduação e de pós-graduação que responderam às necessidades sentidas ou as anteciparam até. Importa agora garantir que se segue um caminho que valorize a qualidade e promova a avaliação, integrando as estruturas formais de ensino e de prestação de cuidados e abrindo o espaço para as novas profissões indispensáveis à prevenção e à humanização.



Quadro sinóptico das acções a desenvolver

Início de funções do Conselho Nacional para a Oncologia, até final de 2007

Reestruturação da Comissão Coordenadora dos IPO, até final de 2007

Promoção e Prevenção Primária

- Envolvimento das COR em programas de prevenção com início em 2008

Vigilância Epidemiológica:

- Criação dos grupos de trabalho dos registos oncológicos das COR, durante o ano 2007;

Rastreios:

- Criação dos grupos de trabalho para cada um dos rastreios nas COR durante o ano 2007;
- Cancro da Mama – definição do modelo organizativo da Direcção do Rastreio no ano de 2008;
- Cancro do Colo do Útero – implementação, em pelo menos um Centro de Saúde, em cada uma das ARS, até final de 2008;
- Cancro Colo-Rectal – implementação, em pelo menos um Centro de Saúde, em cada uma das ARS, até final de 2009.

Rede Referenciação Integrada em Oncologia e Gestão da Espera:

- Constituição do grupo de trabalho e elaboração do documento até final de 2009;
- Aprovação e início da implementação da rede em 2010.



Radioterapia:

- Constituição do grupo de trabalho no ano de 2007;
- Substituição de todos os equipamentos com mais de 10 anos até 2010.

Recomendações de Diagnóstico, Terapêutica e Vigilância

- Início de elaboração das recomendações terapêuticas para os tumores do Cólon e Recto, Mama, Próstata e Pulmão, durante o ano de 2007;
- Conclusão e início da implementação em 2008 das recomendações elaboradas em 2007;
- Constituição de novos grupos com objectivos e finalidades idênticas para outras patologias em 2008.



Chave de Siglas

ACS – Alto Comissariado da Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CC – IPO – Comissão Coordenadora dos IPO

CNDO – Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas

CNO – Conselho Nacional para a Oncologia

COR – Comissão Oncológica Regional

GTA – Grupo Técnico de Acompanhamento

IPO – Instituto Português de Oncologia

LPCC – Liga Portuguesa Contra o Cancro

PNPCDO – Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas

PNS – Plano Nacional de Saúde

PON – Plano Oncológico Nacional

ROR – Registo Oncológico Regional

RRIO – Rede de Referência Integrada de Oncologia

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia