



# **PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS ONCOLÓGICAS 2007/2010**

*Programa de desenvolvimento*

*Julho 2009*

## INTRODUÇÃO

O “Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007-2010” (PNPCDO) recentemente aprovado, definiu seis áreas de intervenção prioritárias, da prevenção à formação.

O presente “Programa de Desenvolvimento” pretende definir objectivos a atingir no período abrangido pelo PNPCDO, nas diferentes áreas de intervenção, concretizando as orientações programáticas nele estabelecidas.

No entanto, algumas das medidas propostas serão objecto de uma melhor definição quanto ao processo de implementação e eventuais alterações organizacionais.

## 1. PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Existe evidência científica que um terço dos casos de cancro é evitável, conforme têm demonstrado numerosos estudos epidemiológicos. A prevenção do cancro visa combater e controlar os determinantes de doença, através de medidas de saúde pública.

Muitas das medidas relacionadas com os estilos de vida saudáveis, necessitam de uma boa articulação entre os diferentes sectores seja a nível do Ministério da Saúde, outros Ministérios, Autarquias e Sociedade Civil.

Ainda importante é a capacitação do cidadão pois estão relacionadas directamente com o nível de literacia.

Deve ser salientado que a prevenção é a estratégia de longo prazo com melhor relação custo-eficácia para o controle do cancro.

Algumas das medidas de prevenção preconizadas no Código Europeu Contra o Cancro são o combate ao tabagismo, a educação nutricional, a promoção de actividade física, vacinação contra alguns agentes infecciosos, protecção solar e controle da exposição a agentes ambientais.<sup>1</sup>

*Promover os comportamentos saudáveis e incrementar ambientes saudáveis e seguros, implica uma acção coordenada nas políticas com outros sectores e uma dinâmica activa do poder local na sua implementação e uma forte aposta na informação e comunicação em saúde ao cidadão.  
A prevenção primária é a estratégia com melhor relação custo-eficácia para o controle do cancro.*

### 1.a) - **Evitar o consumo de tabaco**

O tabaco é a principal causa de cancro passível de prevenção, sendo responsável por 80-90% das mortes por cancro do pulmão e cerca de 30% de todas as causas de morte por cancro nos países desenvolvidos.

---

<sup>1</sup> Código europeu contra o cancro – <http://www.cancercode.org/code.htm>; tradução Carlos Campos para APLL – Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas; (3ª versão)

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 prevê a redução do consumo e apresenta metas a atingir em 2010 conforme o quadro I.<sup>2</sup>

**Q.I – Indivíduos que fumam diariamente (%) – metas a atingir até 2010**

<u>Grupo etário</u>	<u>Homens</u>	<u>Mulheres</u>
<b><u>15-24 anos</u></b>	<b><u>13</u></b>	<b><u>5</u></b>
25-44 anos	23	9
45-64 anos	17	3

Plano Nacional de Saúde 2004-2010

No âmbito da prevenção do cancro, a Lei 37/2007 é um marco importante pois prevê que se desenvolvam acções que promovam e incentivem a cessação tabágica.

Os resultados de um ano de implementação desta lei, em estudo divulgado pela DGS, revelam que 5% dos fumadores deixou de fumar, 22% dos fumadores diminuiu o consumo e a maioria dos cidadãos inquiridos é completamente a favor da proibição de fumar em espaços fechados.

Cerca de 70% dos fumadores querem deixar de fumar, mas não o conseguem sem ajuda. É necessário reforçar e divulgar as consultas de cessação tabágica, tornando-as disponíveis para todos os fumadores na proximidade da área de residência. Estas consultas tiveram um aumento de 60% entre 2007 e 2008.

O Programa-tipo de Actuação em Cessação Tabágica apresenta ainda indicadores de avaliação, nomeadamente, de desempenho para as Unidades de Saúde Familiares (USF), assim como para a consulta de apoio à cessação tabágica.<sup>3 4</sup>

*Cerca de 70% dos fumadores querem deixar de fumar, mas não conseguem sem ajuda. É necessário reforçar e divulgar as consultas de cessação tabágica, tornando-as disponíveis para todos os fumadores e em serviços de saúde de proximidade.*

**1.b) - Evitar a obesidade**

A obesidade é uma doença de etiologia multifactorial, genética, metabólica, ambiental e comportamental, sendo considerada um grave risco para a saúde da população, pelo peso que representa quanto aos anos de vida ajustados pela incapacidade e é uma importante causa de morbilidade nomeadamente de cancro e

<sup>2</sup> Plano Nacional de Saúde 2004/2010 volume I-II Prioridades e Orientações Estratégicas

<sup>3</sup> Direcção-Geral da Saúde - Programa-tipo de actuação em cessação tabágica, Circ. Normativa nº 26/DSPPS de 28/12/07

<sup>4</sup> Missão Para os Cuidados de Saúde Primários – Indicadores de Desempenho Para as Unidades de Saúde Familiar, Lisboa, Abril de 2006

mortalidade. Há uma associação evidente com o cancro do cólon, da mama nas mulheres pós-menopáusicas, endométrio, rim e esófago.

A prevenção e controlo da pré-obesidade e da obesidade assenta em 3 eixos programáticos: Programa Alimentar, Incremento da Actividade Física e Desportiva, Programa Educativo, Escolar e Programa Institucional Multisectorial.

A Plataforma de Luta contra a Obesidade é um dos programas da DGS que tem como finalidade diminuir a incidência e prevalência da pré-obesidade e da obesidade através da adopção de medidas integradas de prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária.<sup>5</sup>

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 prevê a redução da Obesidade e apresenta metas a atingir em 2010 conforme o quadro II.

#### Q.II – Metas para Indivíduos com IMC $\geq$ 30 (%)

Grupo etário	Homens	Mulheres
18-24 anos	3,2	2,2
35-44 anos	6	6
55-64 anos	8	10

Plano Nacional de Saúde 2004-2010

*Segundo a Carta Europeia da Luta Contra a Obesidade deve controlar-se o crescimento desta epidemia até 2015, altura em que se deverá começar a esboçar a primeira inversão desta tendência.*

#### 1.c) - **Manter uma Alimentação Equilibrada**

Diversos estudos epidemiológicos indicam um efeito protector na saúde, nomeadamente sobre o risco de diversos tipos de cancro, em particular o do esófago, estômago, cólon e recto e pâncreas. Concluem ainda que, o aumento para o dobro da ingestão de fibra em populações de baixo consumo de fibra na dieta, poderia reduzir em 40% o risco de cancro cólon-rectal.

O Programa Nacional de Saúde Escolar, da DGS, reconhece que só uma estratégia de intervenção global permite melhorar a saúde dos indivíduos e chama a atenção para a promoção de estilos de vida saudáveis.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Direcção-Geral da Saúde - Plataforma Contra a Obesidade, 2007

<sup>6</sup> Direcção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Saúde Escolar, Circ. Normativa nº 7/DSE, 29/06/06

*Os Estilos de Vida Saudáveis «são um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida».*

1.d) - **Moderar o consumo de Álcool**

**Reduzir a ingestão tendo em conta as diferenças de género.**

O consumo excessivo de álcool potencia os efeitos do tabaco na génese do cancro e é responsável por cerca de 3% de todas as mortes por esta patologia. A associação álcool/tabaco tem um risco de cancro que é 35 vezes maior ao de uma pessoa que não bebe e não fuma.

Beber álcool em excesso está associado fortemente ao risco de cancro primário do fígado e estudos recentes relacionam o consumo de mais de 10gr/dia de álcool ao risco do cancro da mama.

A percentagem de inscritos maiores de 16 anos com registo de hábitos alcoólicos, é outro dos indicadores de avaliação das Unidades de Saúde Familiares.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 prevê a redução do Consumo de Álcool e apresenta metas a atingir em 2010 para os diferentes grupos etários, o quadro III exemplifica as metas para o grupo dos mais jovens.

**Q.III – Metas para consumo de álcool no grupo etário 15-24 anos**

	<b>Álcool –% da população residente que nos últimos doze meses bebeu alguma bebida alcoólica(15-24)</b>	
	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
Meta 2010	ND	ND
Melhor valor da UE 15 (a)	49,2	26,0
Portugal – Continente (INS 1998/99)	48,7	25,5
Portugal – Continente (INS 2005/06)	50,1	35,2

\* Inclui vinho; cerveja; bagaço, aguardente, brandy; vinho do Porto, martini, licores; whisky, gin, vodka.

(a) Portugal para ambos os sexos. Eurostat, 2007.

Fonte: 3º e 4º INS, INSA/INE.

*Deveria existir informação específica para o consumo de álcool associado às diferentes patologias relacionadas com o cancro, com atenção especial ao género.*

*Num País em que o consumo de álcool parece estar a aumentar significativamente, nomeadamente a nível dos jovens e sobretudo nas mulheres, deveriam ser apoiadas medidas que chamem a atenção para os problemas graves de saúde de acordo com idade, ingestão nutritiva e condição fisiológica.*

### 1.e) - **Realizar exercício físico diário e adequado**

Existe evidência científica em que actividade física regular está associada com uma redução do risco de alguns cancros nomeadamente do cólon, da mama, endométrio e próstata.

A actividade física adequada e desporto para todos constituem um dos pilares para um estilo de vida saudável, a par de uma alimentação saudável, vida sem tabaco e o evitar de outras substancias nocivas para a saúde.

O programa “Actividade Física e Desporto: Actuação ao nível da Educação para a Saúde”, da DGS e “Orientações Europeias Para a Actividade Física – Políticas para a Promoção da Saúde e Bem-Estar”, do Instituto do Desporto de Portugal estimulam o desenvolvimento de projectos adequados às comunidades, nomeadamente através de parcerias com as autarquias, sociedade civil, meios de comunicação social, entre outras.<sup>7 8</sup>

O PNS 2004-2010 nas suas orientações estratégicas incentiva a actividade física regular através de várias medidas como recomendações adaptadas à população portuguesa, articulação com a Rede Cidades Saudáveis e a Associação Portuguesa de Municípios, sensibilização da população e investimento na informação

*As Autarquias como representantes do poder local em parceria com as Instituições locais, assumem-se como “Motor” favorecedor da implementação de medidas na promoção de ambientes seguros e saudáveis para a prática do exercício físico e melhoria da qualidade ambiental. Permite assim a inovação assente na visão partilhada do futuro, uma cultura empreendedora da comunidade, desenvolvimento de sinergias estratégicas e uma integração de múltiplos projectos comunitários.*

### 1.f) - **Moderar a exposição ao Sol, com cuidados acrescidos na infância e adolescência**

A exposição crescente e intensa ao sol tem tido aumentado o risco de cancro da pele, duplicando o número de casos de melanoma cutâneo. O cancro espinho celular e o baso-celular que representam 95% de todos os cancros cutâneos, também têm aumentado em todos os países da Europa. A taxa de incidência bruta do melanoma cutâneo foi de 6,8/100.000, em 2001, a nível nacional.

O tipo de exposição e os fenotipo da pele são factores determinantes no aparecimento de cancro da pele, assim como a forma como se protege a pele desde a infância e na adolescência.

---

<sup>7</sup> Direcção-Geral da Saúde – Actividade Física e Desporto: Actuação ao nível da Educação para a Saude, Circ. Informativa nº 30/DICES, 20/08/07

<sup>8</sup> <sup>7</sup> Orientações Europeias Para a Actividade Física – Políticas para a Promoção da Saúde e Bem-Estar, Instituto do Desporto de Portugal, L.P.

Moderar a exposição ao sol para reduzir a exposição total ao longo da vida, evitar queimaduras solares e bronzeados intensos e usar protector solar são algumas das medidas que devem ser divulgadas.

**Q.IV – Dados de mortalidade por tumores malignos da pele (CID 10: C43) em Portugal Continental (2002-2005)**

Melanoma maligno da pele	2002	2003	2004	2005
<b>HM</b>	135	173	193	189
<b>H</b>	78	77	104	96
<b>M</b>	57	96	89	93

Fonte: INE, Estatísticas da Saúde

*O conselho mais adequado será moderar a exposição ao sol para reduzir a exposição total ao longo da vida e evitar queimaduras solares, exposições e bronzeados intensos.*

**1.g) – Prevenir a exposição a substâncias e agentes cancerígenos ou mutagénicos.**

As neoplasias malignas resultantes da exposição dos trabalhadores a substâncias ou agentes cancerígenos na sua actividade profissional podem atingir 4 a 8% do total (J.O. CEE, 85.29.07). Estima-se que 6% dos cancros no homem e que 2% dos que ocorrem nas mulheres, são de origem profissional.<sup>9</sup> Das localizações mais frequentes 1 em cada 5 cancros do pulmão e 1 cada 3 da bexiga, são de origem profissional.

Quanto à prevenção e o controlo dos riscos profissionais causados por substâncias e agentes cancerígenos ou mutagénicos, as Directivas Comunitárias assim como ratificação de Convenções da Organização Internacional do Trabalho têm sido objecto de legislação em vários Ministérios.

A Estratégia Europeia de Ambiente e Saúde de 2003 e o Plano de Acção para o Ambiente e a Saúde na Europa 2004-2010 apontam para intervenção quatro doenças como prioritárias uma das quais é o cancro infantil.

Estas recomendações estão consubstanciadas em Portugal no Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde 2008 – 2013 que tem como objectivos intervir ao nível dos factores ambientais para promover a saúde da pessoa e das comunidades a eles expostos, sensibilizar, educar e formar os profissionais e a população em geral, por forma a minimizar os riscos para a saúde associados a factores ambientais, entre outros.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Higginson, J; Muir, C – Environmentl Carcinogenesis: misconceptions and limitations to cancer control, J. Natl Cancer Inst 1979; 63: 1291 - 1298

<sup>10</sup> Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde 2008-2013 (PNAAS) – D.R., 1ª série – nº107 – 4 de Junho de 2008

*60% dos cancros são evitáveis e a prevenção primária do cancro tem como base a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e Ambientes Salutogéneos, através de uma visão integrada dos diferentes planos, programas e orientações técnicas, cumprimento da legislação aplicável ao meio-ambiente em geral e laboral em particular e ainda o envolvimento do cidadão para uma cultura de responsabilidade na promoção da sua própria saúde..*

## **2. REGISTOS ONCOLÓGICOS**

Os três registos oncológicos regionais (ROR) permitem a cobertura de praticamente todo o território nacional, do que resultam oportunidades de produção e utilização de informação que não seria possível com estruturas de registo menos abrangentes, assim como a obrigação de utilização dos ROR como ferramentas de gestão ou como instrumentos de apoio a actividades de investigação nas suas diversas vertentes

Reconhecendo a importância dos ROR nas actividades de vigilância epidemiológica do cancro a nível nacional, em 2008 foi efectuada a contratualização da actividade dos ROR, tendo sido definidos objectivos que globalmente visavam a demonstração da melhoria da exaustividade e qualidade do registo, a rentabilização dos recursos materiais e humanos e a promoção da visibilidade da actividade de registo entre os envolvidos no processo.

Pretende-se que a colheita de dados sobre doentes oncológicos e respectiva análise e interpretação sejam orientadas de forma que os ROR se caracterizem por:

- Elevados níveis de exaustividade no registo, com classificação correcta dos casos relativamente à topografia, histologia, estágio e tratamentos efectuados, para além da caracterização sociodemográfica, e seguimento dos doentes ao longo da vida;
- Avaliação regular do desempenho das actividades de registo, efectuada internamente e por entidades externas;
- Flexibilidade dos procedimentos e instrumentos de registo para incorporar a recolha de dados suplementares no âmbito de avaliações específicas, designadamente relacionadas com o apoio à avaliação da efectividade dos tratamentos;
- Produção, análise e interpretação de indicadores da carga de doença oncológica e a respectiva publicação a nível nacional e internacional;
- Capacidade para medir a actividade em oncologia de cada instituição. Facultar aos hospitais e centros de saúde o acesso à informação sobre doentes que a eles recorrem, 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, nomeadamente através do fornecimento atempado de informação válida;

- Disponibilidade para apoiar actividades de investigação promovidas por entidades externas e para integrar projectos de investigação.

O desenvolvimento dos ROR nos termos acima definidos constitui-se essencialmente como um desafio técnico, e não meramente administrativo, que dependerá, entre outros factores, da existência de uma equipa estável e com competência técnica adequada, cuja constituição deverá ser assegurada pelo financiamento atribuído no âmbito desta contratualização.

Sem prejuízo da autonomia de cada ROR relativamente às opções de natureza técnica efectuadas e da estratégia geral para a obtenção de um registo oncológico de elevada qualidade, a colaboração entre os três ROR é considerada indispensável para optimização do uso de recursos (e.g. plataforma de recolha de dados, produção de relatórios), de modo a harmonizar procedimentos (e.g. formação conjunta, reuniões para discussão das actividades desenvolvidas em cada registo, garantia da comparabilidade dos dados) e a aumentar a exaustividade e validade dos registos efectuados em cada um dos ROR (e.g. partilha de informação sobre casos, ligação entre as plataformas de recolha de informação). A promoção da colaboração de qualidade entre os ROR constitui-se como um elemento essencial de uma estratégia geral de melhoria de qualidade dos registos oncológicos.

<p style="text-align: center;"><b>REGISTOS ONCOLÓGICOS</b></p> <p style="text-align: center;"><i>METAS</i></p> <p><b><u>2009</u></b></p> <p><i>Publicação de dados de incidência de âmbito nacional para 2005, incluindo indicadores de qualidade e avaliação comparativa entre regiões</i></p> <p><b><u>2010</u></b></p> <p><i>Publicação de dados de sobrevivência de âmbito nacional aos 5 anos, para doentes diagnosticados no período 2001-2003</i></p>
--

### **3. RASTREIOS**

Para os programas de rastreio de cancro, consideram-se como válidas as Recomendações do Conselho da EU sobre Rastreio de Cancro (2003/878/CE) para as seguintes doenças:

- Rastreio do cancro do colo útero por citologia cervical nas mulheres com idade de início não antes dos 20 e não depois dos 30 anos e até aos 60 anos;
- Rastreio do cancro da mama por mamografia cada 2 anos nas mulheres dos 50 aos 69 anos;
- Rastreio do cancro cólon e recto por pesquisa de sangue oculto nas fezes em homens e mulheres dos 50 aos 74 anos.

Pretende-se no Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas:

- Implementar e alargar os programas de rastreio das três doenças referidas;

- Dotar esses programas de ferramenta informática de apoio à sua monitorização e avaliação periódicas;
- Assegurar, por parte das Comissões Oncológicas Regionais (COR), 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).
- Conferir às COR a divulgação dos resultados dos diferentes rastreios tendo como metas o estabelecido no PNS 2004-2010.

Compete às ARS, como entidades responsáveis pelos programas de rastreio, coordenarem, a nível regional, os programas em curso assim como a respectiva monitorização e avaliação periódicas através da elaboração de relatórios.

Para todos os programas regionais de rastreio já implementados e a implementar é essencial a monitorização/avaliação dos programas e, para isso, é indispensável dispor de um programa informático que seja "transversal" ao processo e que vá desde a captação da população-alvo até à entrada dos casos de diagnóstico positivo no hospital para início da terapêutica, sendo desejável a integração do registo do seguimento pós-terapêutico.

Deve ser feito o acompanhamento de todos os resultados dos programas de rastreio em curso, através de relatórios periódicos de cada programa e das informações prestadas pelos representantes das ARS, nas reuniões mensais do Grupo Técnico de Acompanhamento da CNDO. Os programas informáticos dos rastreios deverão permitir a inter-ligação com a maioria dos programas informáticos hospitalares e de cuidados primários, de modo a facilitar o seguimento dos doentes por todos os intervenientes no processo.

### **3.1.Rastreio do Cancro da Mama**

Tem como principal entidade rastreadora a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), à excepção da região do Algarve, onde a entidade rastreadora é a Associação Oncológica do Algarve (AOA).

Cobertura Nacional actual

- Região Norte - Distrito Viana Castelo está parcialmente coberto e o Distrito de Bragança está totalmente coberto
- Região Centro tem a totalidade dos concelhos cobertos;
- Região Lisboa e Vale do Tejo - Distrito de Santarém totalmente coberto;
- Região Alentejo – Distritos de Beja, Évora e Portalegre totalmente cobertos;
- Região Algarve – Distrito de Faro totalmente coberto

<b>RASTREIO DO CANCRO DA MAMA</b>			
<i>METAS</i>			
<i>CONCELHOS COBERTOS (%)</i>			
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>ARS Norte</b>	45	100	100
<b>ARS Centro</b>	100	100	100

<b>ARS LVT</b>	20	35	100
<b>ARS Alentejo</b>	90	100	100
<b>ARS Algarve</b>	100	100	100

### **3.2. Rastreio Cancro Colo Útero**

#### Cobertura Nacional actual

- Região Norte iniciou em um Centro de Saúde o programa-piloto;
- Região Centro está totalmente coberta
- Região de Lisboa e Vale do Tejo
  - Programa iniciado em Outubro de 2007 em parceria do ACS/CNDO, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e o IPO Lisboa, EPE em sub-população de risco da cidade de Lisboa
- Região Alentejo arrancou com programa regional em Dezembro 2007

<b>Rastreio do cancro do colo do útero</b>			
<i>Metas</i>			
<i>Concelhos cobertos (%)</i>			
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>ARS Norte</b>	20	100	100
<b>ARS Centro</b>	100	100	100
<b>ARS LVT</b>	5	50	100
<b>ARS Alentejo</b>	90	100	100
<b>ARS Algarve</b>	30	75	100

### **3.3. Rastreio do cancro do cólon e recto**

O rastreio do cancro do cólon e recto deverá abranger as mulheres e homens assintomáticos com idades entre 50 e 70 anos. O teste de rastreio indicado é a pesquisa de sangue oculto nas fezes, a efectuar de 2 em 2 anos.

Iniciou-se, em 2008, um Programa-Piloto na região centro, envolvendo 32 Centros de Saúde.

#### **Rastreio do cancro do cólon e recto**

**Metas**  
**Concelhos cobertos (%)**

	2009	2010	2011
<b>ARS Norte</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
<b>ARS Centro</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

#### **4. TRATAMENTO INTEGRADO**

##### ***A. Rede de Referenciação Integrada em Oncologia***

A prestação de cuidados ao doente oncológico deverá estar organizada de forma a assegurar condições que garantam qualidade assistencial e acesso equitativo aos diferentes níveis de cuidados em todo o território nacional. Para isso, torna-se necessária uma coordenação, através de uma rede oncológica, das diversas instituições envolvidas no tratamento dos doentes, as quais possuem, necessariamente, graus de competência diferenciada. Nessa rede poderão ser integrados quando justificado, com carácter complementar ou supletivo, os prestadores de cuidados em regime privado.

A rede deverá ser desenhada de modo a assegurar multidisciplinaridade e continuidade de cuidados desde o diagnóstico até fases avançadas da doença.

A organização da rede deverá estar centrada nas necessidades dos doentes e os seus objectivos fundamentais são:

- Agilizar e facilitar o percurso do doente nas fases de diagnóstico, tratamento e continuidade de cuidados
- Promover um diagnóstico mais rápido
- Reduzir os tempos de espera
- Garantir a qualidade do tratamento no contexto mais conveniente para o doente
- Assegurar equidade de acesso
- Facilitar a proximidade de cuidados sem abdicar da garantia de qualidade
- Promover cuidados psico-oncológicos como parte integrante da assistência ao doente
- Garantir continuidade de cuidados
- Envolver os representantes da sociedade civil, nomeadamente associações de doentes, no desenvolvimento estratégico do plano e sua avaliação

O desenho da rede deve passar pelas seguintes fases:

1º. Fazer um levantamento dos recursos actualmente existentes e sua distribuição geográfica.

2º. Definir os critérios para atribuição e reconhecimento das competências específicas para os diferentes tipos de cuidados a prestar, em particular aquelas que são as principais modalidades de tratamento oncológico: cirurgia, radioterapia

e oncologia médica. Neste processo, deverão ter um papel importante as entidades competentes, nomeadamente, os Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos e as Sociedades Científicas.

3º. Avaliar as instituições envolvidas no tratamento dos doentes oncológicos, no sentido de definir e estabelecer as modalidades que estão habilitadas a prestar e os requisitos necessários para serem integrados na rede de cuidados oncológicos. Este processo deve ser desenvolvido pela Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas a nível das ARS, com os hospitais e instituições regionais que pretendam participar na rede oncológica.

4º Promover e facilitar a estruturação e o desenvolvimento dos meios técnicos e humanos capazes de dotar os serviços da capacidade de resposta adequada às necessidades.

5º. Deverá ser criada uma Coordenação Regional da Rede de Referência cujas funções serão:

- Fazer um inventário da oferta de serviços na região, estabelecendo um "Prontuário de Serviços" disponíveis.
- Dar informação aos profissionais e ao público dos serviços existentes, promovendo a visibilidade e "transparência" da rede.
- Garantir acessibilidade e tratamento atempado, facilitando a orientação dos doentes e monitorizando os tempos de espera.
- Promover e garantir a multidisciplinaridade, através da realização de reuniões de decisão terapêutica multidisciplinar para todos os doentes.
- Promover e implementar linhas de orientação terapêutica validadas a nível nacional ou internacional.
- Realizar a avaliação da qualidade de tratamentos realizados.
- Tornar acessível a todos os doentes informação sobre a sua doença e tratamento e a participação em projectos de investigação clínica.
- Monitorizar e promover a qualidade de vida dos doentes e assegurar cuidados psico-oncológicos
- Garantir o cumprimento dos registos oncológicos
- Assegurar e definir a ligação inter-institucional, no sentido de permitir complementaridade de cuidados e acesso a tratamentos diferenciados e técnicas complexas.
- Promover a criação de um sistema de informação que facilite o acompanhamento e prestação de cuidados aos doentes nas diversas instituições da rede e dinamizar o desenvolvimento de instrumentos de comunicação que facilitem a circulação de informação (p. ex., videoconferência)
- Dinamizar a formação nos diversos grupos profissionais dos diversos níveis de cuidados – desde os cuidados primários aos centros especializados.
- Avaliar e orientar a alocação de recursos humanos nas diversas instituições da rede.
- Garantir a articulação com restantes redes envolvidas na continuidade de cuidados aos doentes oncológicos, nomeadamente, com os cuidados primários e com a rede de cuidados paliativos.

## **METAS**

### **2009**

- Definição de requisitos para a prática de cirurgia oncológica, radioterapia e oncologia médica, estabelecendo padrões nacionais de boa prática
- Avaliação de todos os serviços que tratam doentes oncológicos em função dos requisitos estabelecidos.
- Enumeração de medidas de reforço da capacidade de resposta e da qualidade dos cuidados oncológicos (com respectivos prazos de implementação) nos hospitais e serviços a integrar a rede de referência
- Criação de **Coordenações Regionais da Rede de Referência**

### **2010**

- Reformulação da arquitectura da rede de referência oncológica para cada região e sua implementação.

### ***B. Gestão de espera – da referência ao tratamento***

O acesso atempado a um diagnóstico correcto e a um tratamento de qualidade melhora significativamente os resultados obtidos no controle da doença oncológica e a percepção pelo doente da qualidade dos cuidados prestados.

Sendo o processo de detecção de doença oncológica um factor que pode implicar atrasos no processo de referência é desejável e necessário que se promovam acções de formação a nível dos cuidados primários que orientem os médicos de família no diagnóstico atempado da doença oncológica.

Um dos aspectos críticos no processo de diagnóstico é o exame anatomo-patológico. Deverá ser estabelecido um processo que garanta qualidade deste procedimento, nomeadamente, em articulação com a Rede de Referência de Anatomia Patológica, estabelecendo um processo de acreditação de serviços.

Importa ter consciência que o tempo de espera é apenas um dos elementos que condiciona o acesso aos cuidados. Constitui, no entanto, um referencial importante, a partir do qual se poderão definir outras questões.

Os tempos definidos no percurso do doente devem ser registados e monitorizados para ulterior avaliação. Será possível, assim, detectar os pontos críticos e os factores principais de “bloqueio” no percurso do doente.

A definição de um tempo de espera não determina a decisão clínica. Os médicos terão sempre a flexibilidade de estabelecer um tempo de espera maior ou menor, em função das características específicas do doente. Os tempos de espera permitem, sobretudo, avaliar a capacidade de resposta em função da necessidade existente.

Sendo o cancro um conjunto heterogéneo de doenças com comportamento biológico distinto, justifica-se a definição de níveis de prioridade diferenciados.

No quadro 1, estabelecem-se diferentes níveis de prioridade, em função do tipo de cancro e da forma de apresentação da doença.

## Quadro 1

### **NÍVEIS DE PRIORIDADE PARA DEFINIÇÃO DE TEMPOS DE ESPERA**

- I. ***Imediato*** – doentes com doença oncológica conhecida ou suspeita em que há risco de vida.
  - *Exemplos: obstrução das vias aéreas; síndrome de veia cava superior; hemorragia; síndrome de compressão medular; síndrome metabólico grave (insuficiência renal); síndrome de obstrução digestiva (obstrução pré-pilórica; oclusão intestinal); tumor cerebral com alteração progressiva do estado de consciência*
- II. ***Urgente*** – Neoplasias agressivas; situações com progressão rápida, sem risco de vida imediato, mas podendo evoluir a curto prazo para essa fase.
  - *Exemplos: tumores do SNC, tumores pediátricos, leucemias agudas, linfomas agressivos.*
- III. ***Neoplasias sem características enquadráveis nas categorias II nem IV***
  - *A maioria das neoplasias*
- IV. ***Neoplasias indolentes***
  - *Exemplos: Ca próstata de “baixo risco”, Ca tireóide de “baixo risco”, doenças linfoproliferativas crônicas*

## **Tempos de espera nas diferentes fases do percurso do doente oncológico**

### **1. Tempo de referenciação de caso suspeito/confirmado pelo médico de família (MF) ao Centro de Referência (CR)**

a. O processo de referenciação deverá incluir relatório clínico do doente, contendo história clínica, exame físico, referência a eventuais comorbilidades e exames complementares que tenham sido efectuados.

b. A investigação complementar que o caso necessite não deve nunca atrasar o processo de referenciação. Em linhas gerais: se manifestações típicas de neoplasia, o doente deve ser encaminhado para CR sem investigação complementar; se manifestações sugestivas, mas inespecíficas, deverá ser feita investigação complementar localmente, se viável, antes de encaminhar o doente.

c. O processo de referenciação não deve desencorajar o contacto pessoal (telefónico ou por e-mail) entre o MF e o CR. Pelo contrário, ele deverá ser encorajado, no sentido de obter orientação e esclarecimentos que possam agilizar o percurso do doente.

### **2. Tempo de resposta do Centro de Referência ao Médico de Família**

a. Ao CR compete efectuar o planeamento dos meios complementares diagnósticos (MCD) essenciais para confirmação do diagnóstico (mamografia, biopsia, endoscopia, broncoscopia), a efectuar, desejavelmente, no mesmo dia da consulta.

b. Na comunicação a enviar ao MF deverá ser referida a data da consulta e dos exames planeados.

c. Compete ao CR efectuar todos os exames complementares necessários, não podendo transferir esta responsabilidade para o MF.

d. Nos casos em que o CR não esteja habilitado a efectuar um estudo ou a cuidar de um doente (carência de recursos técnicos ou situação que requer cuidados mais diferenciados), deverá orientá-lo, de imediato, para um centro especializado e dar conta dessa decisão ao MF.

### **3. Tempo para realização de estudos diagnósticos e estadiamento – na Consulta de Especialidade que recebe o doente, deverão ser efectuados ou marcados os exames necessários para confirmação e/ou estadiamento da doença.**

a. O CR deve estabelecer linhas prioritárias nos MCD para atendimento de doentes oncológicos. O CR não pode transferir a responsabilidade pela realização destes exames para o MF.

b. Caso o CR não tenha capacidade de realizar os MCD no tempo definido, deverá requisitá-los a outras entidades (públicas ou privadas).

### **4. Reunião de decisão multidisciplinar (RDM) – Para todos os doentes deverá ficar registado o relatório de decisão multidisciplinar.**

### **5. Tempo para realização / início de tratamento – contado a partir da data em que o doente está pronto para o tratamento. Em princípio, será a data da RDM, excepto nos casos em que, por razões médicas ou do doente, se planeia um tempo de espera até o doente estar “pronto” – nessas circunstâncias, não se contabiliza este tempo. O tempo necessário para realizar outro tratamento que esteja planeado, não deverá ser contabilizado.**

O tratamento deverá efectuar-se ou iniciar-se em função do nível de prioridade.

A data de realização ou início de tratamento deve ser estabelecida na reunião multidisciplinar e comunicada ao doente. Deve ser contrariada a situação em que o doente “fica a aguardar chamada”. No mínimo, deverá ser estabelecida uma data provisória.

Nas diferentes fases do percurso do doente deverá estar sempre bem claro, para o doente, quem é o médico que o acompanha e assiste – médico de família, oncologista ou especialista de órgão, cirurgião, radioterapeuta – e a quem poderá recorrer, em caso de necessidade.

#### TEMPOS DE ESPERA MÁXIMOS

##### *METAS*

##### **2010**

Atingir os seguintes tempos máximos nas doenças oncológicas com maior incidência – carcinoma da mama e carcinoma do cólon e recto:

Máximo de 60 dias desde a data de referenciação até ao tratamento

Máximo de 30 dias desde a data de consulta de decisão multidisciplinar ao tratamento.

### **C. RADIOTERAPIA**

A radioterapia desempenha um papel fundamental no tratamento das doenças oncológicas.

Um grupo de trabalho criado por iniciativa da Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas elaborou o documento “Desenvolvimento Estratégico da Radioterapia em Portugal para a Próxima Década” em que se avalia a situação actual da radioterapia a nível nacional e define as necessidades de equipamento e de recursos humanos para a próxima década bem como a distribuição geográfica desses equipamentos, de acordo com critérios estabelecidos internacionalmente.

Ao planeamento estratégico que daí resultar, deverá associar-se um conjunto de medidas visando garantir a qualidade e segurança dos tratamentos.

Nesse sentido, a aprovação e divulgação do “Manual de Boas Práticas” já elaborado pelo Colégio da Especialidade de Radioterapia, constituirá um instrumento fundamental para a regulação da actividade nesta modalidade terapêutica.

#### Radioterapia

##### *Metas*

##### **2009**

Publicação de “*Manual de Boas Práticas em Radioterapia*”

Definição de requisitos para a prática de radioterapia.

##### **2010**

Realização de auditoria externa a todas as Unidades de Radioterapia nacionais (públicas e privadas)

#### **D. Recomendações de diagnóstico e terapêutica**

Na sequência do trabalho em curso de elaboração de recomendações de diagnóstico e tratamento para as neoplasias da mama, cólon e recto, pulmão e próstata, uma vez finalizadas e aprovadas, deverão ser implementadas e avaliada a sua aplicação no terreno.

A par disso, deverão ser elaborados documentos de informação destinados aos doentes, que constituam um referencial que permita ao doente acompanhar a trajectória da doença, com as suas fases e tratamentos específicos.

A elaboração de recomendações de diagnóstico e tratamento deverá ser alargada a mais quatro áreas: cancro do estômago, cancro ginecológico, linfomas e tumores da cabeça e pescoço.

<b>RECOMENDAÇÕES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA</b>	
<b><i>METAS</i></b>	
<b>2009</b>	Publicação de recomendações de diagnóstico e terapêutica para os cancros da mama, cólon e recto, pulmão e próstata. Elaboração de documentos destinados aos doentes sobre os quatro tipos de neoplasias referidos
<b>2010</b>	Publicação de recomendações para o carcinoma do estômago, linfomas não Hodgkin, cancro do colo do útero e tumores da laringe

#### **E. Cuidados Psico-Oncológicos**

Os cuidados psico-oncológicos visam prevenir e reduzir a morbilidade psicológica associada ao cancro (que existe em média entre 25 a 45% dos pacientes oncológicos), melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar e suas competências para gerir o impacto da doença e tratamentos de uma forma mais adaptativa e participada. Pretende-se que esta dimensão seja melhor reconhecida e valorizada no tratamento dos doentes oncológicos como parte integrante do seu tratamento e reabilitação.

Neste sentido pretende-se fazer um levantamento da capacidade instalada e dos recursos humanos disponíveis na área da psico-oncologia, bem como posteriormente fazer reuniões no norte e sul com os responsáveis desta área nos vários institutos, centros e hospitais que tratam doentes oncológicos com vista à criação de uma rede de psico-oncologia. Esta rede terá como principal objectivo a discussão das boas práticas em psico-oncologia, dos "standards" e "guidelines" de tratamento e manejo da morbilidade psicológica para optimização, uniformização e harmonização de procedimentos a nível nacional dos cuidados psico-oncológicos,

Como complemento da melhoria da prestação de cuidados aos doentes mais humanizados e centrados nas suas necessidades iniciar-se-á um programa de formação em técnicas de comunicação (ver formação).

Pretende-se também promover a colaboração com a sociedade civil e associações de doentes auscultando as suas propostas de melhoria de cuidados de saúde oncológicos.

<b>CUIDADOS PSICO-ONCOLÓGICOS</b>	
<i>METAS</i>	
<b>2009</b>	Relatório de avaliação da capacidade instalada Reunião com associações de doentes
<b>2010</b>	Definição da rede de psico-oncologia Elaboração de normas de boas práticas de cuidados psico-oncológicos Criação de grupo de trabalho com associações de doentes oncológicos

#### **F. Cuidados Paliativos**

Os doentes oncológicos e as suas famílias necessitam sempre, nas várias fases da sua doença, de uma abordagem global das suas necessidades, em termos físicos, psicológicos e sociais. Neste sentido, os vários profissionais envolvidos no tratamento e acompanhamento dos doentes oncológicos têm de desenvolver formação e competências que permitam não só o tratamento da doença, como o bom controlo sintomático, o suporte psicológico básico e técnicas adequadas de comunicação com o doente e a família. Com este objectivo, considera-se útil a elaboração e divulgação de linhas de orientação para cuidados de suporte e paliativos aos doentes oncológicos.

Sobretudo nas fases mais sintomáticas ou avançadas da doença oncológica, o acompanhamento do doente deve dar ainda maior atenção à prevenção e controlo do sofrimento e à promoção da qualidade de vida. Neste contexto, pode tornar-se útil ou necessário a articulação com equipas ou unidades especializadas em Cuidados Paliativos.

Assim, para assegurar a boa qualidade e continuidade dos cuidados, os Hospitais com maior peso oncológico têm de desenvolver equipas multidisciplinares capazes de oferecer Cuidados Paliativos aos seus doentes, com articulação entre os vários tipos e níveis de cuidados, quer a nível hospitalar, quer a nível dos cuidados primários e continuados. Esta articulação deve ser activamente promovida pela Rede de Referenciação e pelas suas Coordenações Regionais.

<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	
<i>METAS</i>	
<b>2010</b>	Divulgação e implementação dos instrumentos de avaliação de sintomas e qualidade de vida. Criação de uma equipa ou unidade de cuidados paliativos em todos os hospitais incluídos na rede de referenciação Publicação de recomendações para cuidados de suporte e paliativos aos doentes oncológicos

## 5. INVESTIGAÇÃO

A investigação constitui um dos aspectos essenciais do combate ao cancro.

Existem centros nacionais de investigação na área oncológica com elevada qualidade e que devem ser estimulados e apoiados.

No entanto, tem faltado um planeamento estratégico e coordenação entre os diferentes centros e não existe uma infra-estrutura de apoio à investigação clínica.

Deverá ser criada uma entidade que coordene parcerias entre o governo, os centros de investigação e o sector privado, no sentido de identificar temas com maior probabilidade de serem frutuosas e em que é mais importante investir.

Consideram-se três áreas de investigação prioritárias:

- Investigação epidemiológica
- Investigação básica e de transferência – com esse objectivo a criação de uma rede de bancos de tumores constitui um instrumento essencial para reunir massas críticas suficientes e interligação de investigadores.
- Investigação clínica – avaliação de diferentes estratégias terapêuticas (médica, cirúrgica ou radioterapia), estudos de qualidade de vida, avaliação de custo-utilidade dos procedimentos terapêuticos, através de programas cooperativos a nível nacional.

Igualmente importante é a colaboração em projectos de investigação internacional. Neste sentido, no âmbito do convénio Brasil-Portugal, estão planeados projectos de colaboração na área da psico-oncologia, no estudo da fisiopatologia da dor e na avaliação de novos fármacos e tecnologias.

<p style="text-align: center;"><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p style="text-align: center;"><i><b>METAS</b></i></p> <p><b>2010</b></p> <p>Criação de rede nacional de bancos de tumores</p>
---

## 6. FORMAÇÃO

### **A. Oncologia Médica**

Os especialistas em Oncologia Médica têm papel central no tratamento do doente oncológico, nomeadamente:

- na avaliação multidisciplinar do doente
- na discussão com o doente das suas prioridades e na comunicação dos objectivos e da estratégia global de tratamento
- na inter-relação entre os vários especialistas que colaboram no tratamento
- na definição e execução do tratamento sistémico da doença
- no acompanhamento e tratamento paliativo do doente e da família

Nas suas várias intervenções, o tratamento do doente oncológico exige quase sempre do oncologista médico grande disponibilidade. Assim, face ao aumento crescente do número de doentes oncológicos, torna-se fundamental reforçar a formação de oncologistas médicos, de forma a dotar os hospitais e os serviços da capacidade de resposta adequada.

Os objectivos a atingir na formação em oncologia médica são:

Em 2009 – Plano de reforço das vagas nacionais de internato para formação de oncologistas médicos nos próximos 5 anos

Em 2010 – Plano de Consolidação da capacidade de resposta das equipas e unidades de Oncologia Médica dos hospitais que integram a Rede de Referência

### ***B. Cirurgia Oncológica***

A crescente diferenciação técnica e a procura da melhoria de qualidade do tratamento cirúrgico têm levado a uma progressiva especialização dos cirurgiões em áreas específicas.

Mantendo a perspectiva multidisciplinar, a qualidade do tratamento cirúrgico da doença oncológica também beneficia de uma maior formação e dedicação dos cirurgiões ao tratamento de um grupo mais restrito de patologia, facilitando a concentração da experiência e a melhoria dos resultados.

A definição de requisitos de experiência e boa prática na cirurgia oncológica torna-se um elemento essencial para a promoção da qualidade global do tratamento dos doentes oncológicos. Neste sentido, torna-se importante promover a definição de um plano de formação pós-graduada para maior diferenciação nas áreas específicas da cirurgia oncológica e a definição de critérios que valorizem e reconheçam cirurgiões que detêm maior experiência no tratamento cirúrgico, multidisciplinar, destas áreas.

Os objectivos na formação em cirurgia oncológica são a elaboração de recomendações para a organização, formação e qualidade dos cuidados cirúrgicos oncológicos.

### ***C. Radioterapia***

A radioterapia é uma especialidade clínica que utiliza as radiações ionizantes no tratamento do cancro, sendo usada em cerca de 60% dos doentes oncológicos.

Para além da intenção curativa, a radioterapia desempenha um papel fundamental como tratamento paliativo e na prevenção de sintomas, tais como o alívio da dor, a preservação da integridade do esqueleto, o restabelecimento da funcionalidade de órgãos ou a desobstrução de lumens.

Os especialistas em radioterapia são inteiramente responsáveis pelo doente oncológico durante o decorrer do tratamento com radiações e actuam ao longo das várias fases da doença, da seguinte forma:

- . na avaliação multidisciplinar do doente
- . na avaliação clínica antes de instituir a terapêutica
- . no planeamento e simulação da radioterapia
- . nos tratamentos de radioterapia externa, fazendo a avaliação clínica periódica e o controlo das imagens portais
- . na execução da braquiterapia

- . no seguimento dos doentes
- . no acompanhamento do doente e dos seus familiares

Face ao aumento da incidência de cancro, que leva a um aumento significativo do número de doentes referenciados para radioterapia e devido ao grande desenvolvimento tecnológico, que obriga a um acréscimo de tempo necessário à implementação de novas técnicas, é fundamental assegurar a formação de novos especialistas em radioterapia, para assegurar a capacidade de resposta dos hospitais nesta área.

Os objectivos a atingir na formação em radioterapia são:

Em 2009 – Plano de reforço das vagas nacionais de internato para formação de radioterapeutas nos próximos 5 anos

#### **D. Cuidados primários**

Os médicos dos cuidados primários desempenham um papel fundamental na prevenção e tratamento da doença oncológica:

- Na prevenção, promovendo estilos de vida saudável e aconselhando quanto aos benefícios dos programas de rastreio;
- No diagnóstico precoce, avaliando doentes com manifestações sugestivas de cancro e encaminhando-os, quando necessário, atempadamente, para os cuidados secundários e terciários.
- No apoio continuado aos doentes e aos familiares, durante o tratamento e na fase terminal.

Deste facto resulta a necessidade de promover um envolvimento crescente dos cuidados primários na prestação de cuidados aos doentes oncológicos.

No sentido de facilitar aos médicos de família o processo de referência dos doentes com suspeita de cancro, preconiza-se a elaboração de um guia de referência para doentes com suspeita de cancro a distribuir aos médicos de família.

Igualmente importante será o desenvolvimento de capacidade e competência no seguimento de doentes oncológicos pós-alta hospitalar e na prestação de cuidados domiciliários – paliativos e terminais. Com esse intuito, prevê-se a elaboração de linhas de orientação para cuidados de suporte e paliativos.

#### **E. Cuidados psico-oncológicos**

A primeira linha de cuidados psicossociais é veiculada através de uma boa e adequada comunicação aos doentes e família, de acordo com as necessidades e preferências de cada um. Os estudos científicos indicam que a comunicação é uma área de competência essencial para nos cuidados oncológicos pois que dela depende grandemente a adaptação do doente à sua doença e tratamentos e consequentemente os resultados obtidos, a confiança que o doente deposita no médico e equipa que o trata, e a satisfação com os cuidados de saúde prestados. Os médicos da área de oncologia são confrontados na sua prática clínica com o terem de dar “más notícias” aos doentes sem que no entanto, tenham qualquer formação a este nível quer curricular quer complementar que os apoie nesta difícil tarefa. Deste modo considera-se prioritário para providenciar uma melhor atenção às necessidades dos doentes e melhoria dos cuidados prestados, o investimento na formação curricular e complementar nesta área da melhoria das competências de comunicação por parte dos profissionais de saúde, com particular prioridade para os oncologistas e outros médicos que tratam doentes oncológicos.

Os objectivos a atingir na formação em cuidados psico-oncológicos são:

2009 – Acções de formação em técnicas de comunicação para médicos

2010 – Acções de formação de formadores e “workshops” a nível regional para médicos e outros profissionais de saúde.

#### F. Enfermagem

O enfermeiro generalista, no final da sua formação académica de base, adquire conhecimentos e capacidade para cuidar do doente oncológico.

Contudo, tendo como prioridade a qualidade dos cuidados prestados a estes doentes, é essencial desenvolver competências específicas em formação complementar, nomeadamente, através do reconhecimento dos Cursos de Pós-Graduação em Enfermagem Oncológica que existam em escolas superiores de enfermagem, tendo por base o “Core Curriculum” da European Oncology Nursing Society (EONS), e a respectiva acreditação.

É importante que os enfermeiros participem na investigação levada a cabo na área da oncologia, desempenhando um papel consultivo nas instituições e desenvolvendo formação específica para enfermeiros.

#### FORMAÇÃO

##### *METAS*

#### **2009 e 2010**

**Oncologia Médica** – abertura de vagas para 20 novos internos / ano

**Radioterapia** – abertura de vagas para 15 novos internos / ano

**Cirurgia Oncológica** – elaboração de recomendações para formação em cirurgia oncológica

**Psico-Oncologia** – realização de três “workshops” sobre técnicas de comunicação para médicos e dois para enfermeiros