



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE

**REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS NO RIO GRANDE DO SUL**

PLANO DE AÇÃO ESTADUAL DE ONCOLOGIA

NOVEMBRO 2020
4ª edição

EDUARDO LEITE

GOVERNADOR DO ESTADO

ARITA BERGMANN

SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISIANE WASEM FAGUNDES

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E
AMBULATORIAL

ANA LÚCIA PIRES AFONSO DA COSTA

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

CRISTIAN FABIANO GUIMARÃES

DIRETOR DA ASSESSORIA TÉCNICA E PLANEJAMENTO

CYNTHIA GOULART MOLINA BASTOS

DIRETORA DO CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

EDUARDO DE ALBUQUERQUE NUNES ELSADE

DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO ESTADUAL

ROBERTO EDUARDO SCHNEIDERS

DIRETOR DA COORDENAÇÃO DE POLÍTICA DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA

BRUNO NAUNDORF

DIRETOR DO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE AUDITORIA DO SUS

ORGANIZAÇÃO / COORDENAÇÃO TÉCNICA

Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA)

Cibele Almeida Gabineski

Cristiane Schuller

Daniel Svartman Camiansky

Lisiane Nunes da Fontoura

Luciana Rocha da Silveira

Mariana Viana da Silva

Sheila Schuch Ferreira

Assessoria Técnica e Planejamento (ASSTEPLAN)

Gustavo Cascardi

Karen Chisini Coutinho

Marília Canterle Gonçalves

Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)

Andrea Wolkmer

Ana Maria Nunes Mendes

Jeannette Rosângela Urtassum

Marcia Elisa Krahll Fell

Coordenação de Política da Assistência Farmacêutica (CPAF)

Roberto Eduardo Schneiders

Departamento Estadual de Auditoria do SUS (DEASUS)

Eluisa Benetti Menosso

Gessie Anne Lopes

Departamento de Regulação Estadual (DRE)

Carmen Luisa Teixeira Bagatini

Cláudia Thiessen

Dioga Ana Mattiello

Débora Cravo Battassini

Jaqueline da Rosa Monteiro

Scheila Ernestina Lima

Yara Regina da Cunha Castro

Departamento de Ações em Saúde (DAS)

Carlos Antônio da Silva

Célia Maria Boff de Magalhães

Deise Valerio Vetromilla

Fernanda Torres de Carvalho

Janilce Dorneles de Quadros

Kátia Ronise Rospide

Lisângela Franciscato Campo

Maísa Beltrame Pedroso

Maria Alice Vieira Lantmann

Marina Gabriela Prado Silvestre

Maura Carolina Belomé da Silva

Melissa de Azevedo

Raissa Barbieri Ballejo Canto

Tainá Nicola

Tatiana Damiani Lafin

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	6
2.1 População do Estado	6
2.2 Diagnóstico do câncer no Estado	9
2.2.1 Tipos de câncer mais prevalentes	16
2.3 Outros Pontos Importantes	22
3 NÓS CRÍTICOS	23
4 DISPONIBILIDADE E NECESSIDADE DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	29
4.1 Atenção Primária	30
4.2 Atenção Especializada	38
4.2.1 Média Complexidade Ambulatorial	38
4.2.1.1 Diagnóstico	38
4.2.2.2 Saúde Bucal	53
4.2.2 Alta Complexidade Ambulatorial	57
4.2.3 Alta Complexidade Hospitalar	61
4.3 Regulação do Acesso Assistencial	95
5. CRONOGRAMA, INDICADORES, METAS E PRAZOS	99
6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	100
6.1 Qualicito	100
6.2 SISCAN	101
6.3 Registros de Câncer	102
6.4 CNES	104
6.5 DATASUS - SIA/SIH	105
6.6 Painel de Oncologia	105
6.7 Auditoria do SUS	107
7 MATRIZ DE REFERÊNCIAS	108
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
ANEXOS	113
REFERÊNCIAS	122

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) - doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas e câncer - são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011).

Desde a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/2010, que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Portaria GM/MS nº 874/2013, revogada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017 – Anexo IX, que institui e inclui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no SUS, busca-se reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no Brasil. Para atingir tais objetivos, é necessária a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, com medidas de prevenção e conscientização da população associadas à detecção e tratamento precoces das neoplasias.

Devido à necessidade da atualização dos critérios e parâmetros assistenciais para a organização das RAS no 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 necessários, foi publicada a Portaria SAES/MS nº 1.399/2019. A referida portaria também estabelece a responsabilidade dos gestores estaduais de revisar e, se for o caso, redefinir, nas instâncias colegiadas de gestão.

O Plano de Atenção para o Diagnóstico e o Tratamento do Câncer cumpre o papel de definir cada estabelecimento de saúde habilitado ou a habilitar na alta complexidade em oncologia, de acordo com critérios e parâmetros como: território e população coberta, ações e serviços de saúde gerais e especializados que cada estabelecimento deve prestar, acesso regional e macrorregional regulados, produção mínima exigida para procedimentos oncológicos em alta complexidade, e forma de acesso ao atendimento especializado em Cirurgia, Radioterapia, Oncologia Clínica, Hematologia e Oncologia Pediátrica.

Em consonância ao exposto, o Plano de Atenção para o Diagnóstico e o Tratamento do Câncer do Estado do Rio Grande do Sul (RS) encontra-se em sua quarta revisão,

refletindo a dinâmica de constante evolução das tecnologias em saúde, presente na implementação da assistência oncológica ao usuário do SUS. Este Plano de Atenção contempla os principais pontos estabelecidos na Portaria SAES/MS nº1.399/2019, com 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 SUS.

O Estado do RS possui 30 unidades hospitalares habilitadas pelo MS, que compõem a Rede Estadual de Assistência em Oncologia. Destas, três estão classificadas como Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e 27 como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Essa Rede é formada por componentes da Atenção Básica, de sistemas de apoio (Serviços de Urgência/Emergência, Regulação e Governança) e da Atenção Especializada, organizada para atender a população do Estado.

Visando regulamentar a política pública de prevenção e controle do câncer no RS, foi sancionada a Lei nº 15.502/2020, que dispõe sobre a Política Estadual para a Prevenção e o Controle da Neoplasia Maligna. Tem por objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Trata, também, da garantia da realização de exames complementares relativos ao rastreamento, ao diagnóstico e ao tratamento da neoplasia maligna no prazo máximo de até 30 dias. Dada a importância do tema, foi instituído o Grupo Condutor Estadual de Oncologia (Resolução CIB/RS nº 194/20), composto por profissionais das áreas técnicas do nível central da SES, das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e representantes do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Considerando a constante adequação da assistência no SUS, este Plano tem como principal objetivo atualizar e implementar a Rede Estadual de Atenção ao Paciente Oncológico em consonância aos ditames legais, organizando as ações necessárias, como:

- Pactuação da atualização das referências às Unidades Oncológicas, adequando-se às necessidades locais, sempre que necessário;

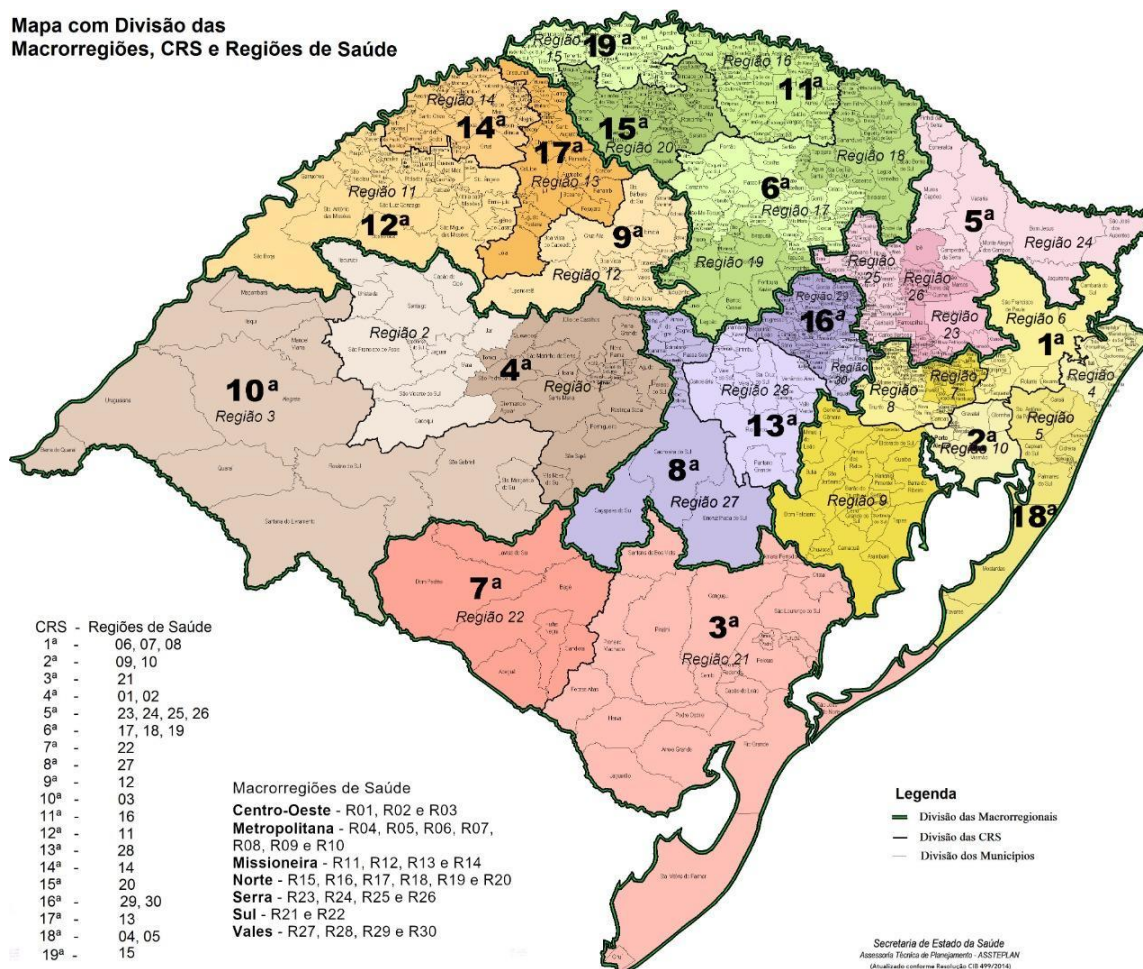
- Implementar a utilização de instrumentos de contrarreferência com orientações à Atenção Primária à Saúde, visando acolher esses pacientes após a alta da unidade oncológica;
- Diagnosticar o status de assistência ao paciente oncológico no RS;
- Estabelecer um cronograma de ações frente aos ajustes necessários, a partir do diagnóstico situacional da assistência;
- Estabelecer a necessidade de habilitação de novas unidades oncológicas;
- Verificar a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos previstos na legislação;
- Estabelecer indicadores a serem utilizados nas atividades de monitoramento e avaliação à assistência prestada.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

2.1 População do Estado

O RS é o terceiro Estado com maior número de municípios do país, com 497, perdendo somente para Minas Gerais e São Paulo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, a estimativa de população do estado era de 11.377.239 habitantes, distribuída em sete Macrorregiões e 30 Regiões de Saúde, conforme o Quadro 1, que, administrativamente, estão divididas em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), conforme a Figura 1.

Figura 1. Mapa com as Coordenadorias Regionais de Saúde, Regiões de Saúde e Macrorregiões de Saúde do Estado do RS, 2019.



Fonte: SES/RS.

Quadro 1. Macrorregiões e Regiões de Saúde, CRS, número de municípios e população estimada pelo IBGE, RS, 2019.

Macro	Região de Saúde	Nº de municípios	Pop. Estimada IBGE 2019
CENTRO-OESTE	01 - Verdes Campos	21	436.807
	02 - Entre-Rios	11	123.022
	03 - Fronteira Oeste	11	458.083
METROPOLITANA	04 - Belas Praias	12	160.805
	05 - Bons Ventos	11	236.258
	06 - V.Paranhana/Costa da Serra	8	235.000
	07 - Vale dos Sinos	15	829.904
	08 - Vale do Caí/Metropolitana	18	778.841
	09 - Carbonífera/Costa Doce	19	413.183
	10 - Capital/Vale do Gravataí	6	2.369.210
MISSIONEIRA	11 - Sete Povos das Missões	24	279.639
	12 - Portal das Missões	13	151.846
	13 - Região da Diversidade	20	229.293
	14 - Fronteira Noroeste	22	223.910
NORTE	15 - Caminho das Águas	26	182.722
	16 - Alto Uruguai Gaúcho	33	232.942
	17 - Região do Planalto	28	416.446
	18 - Região das Araucárias	20	133.202
	19 - Região do Botucaraí	14	117.302
	20 - Rota da Produção	26	163.205
SUL	21 - Região Sul	22	878.951
	22 - Pampa	6	188.345
SERRA	23 - Caxias e Hortênsias	6	620.945
	24 - Campos de Cima da Serra	9	99.809
	25 - Vinhedos e Basalto	22	317.563
	26 - Uva e Vale	12	189.350
VALES	27 - Jacuí Centro	12	203.016
	28 - Vale do Rio Pardo	13	351.490
	29 - Vales e Montanhas	27	225.922
	30 - Vale da Luz	10	130.228
Total RS		497	11.377.239

Fonte: IBGE.

A R10 – Capital/Vale do Gravataí, da macrorregião Metropolitana, é a região mais populosa do Estado, com 2.369.210 habitantes, onde está localizada a capital, Porto Alegre, que concentra 63% (1.483.771 hab.) da população da região. A segunda mais populosa é a R21 – Região Sul, da macrorregião Sul, com 878.951 hab. Porto Alegre é o único

município do Estado com mais de um milhão de habitantes e 78% dos municípios gaúchos possuem até 20.000 habitantes.

Quanto à estimativa populacional do RS por sexo e faixa etária, as mulheres representam 51,3% e os homens 48,7% do total, conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Estimativa populacional, por sexo e faixa etária, RS, 2019.

Faixa etária (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
0 a 4	365.227	6,6	348.273	6,0	713.500	6,3
5 a 9	349.212	6,3	333.116	5,7	682.328	6,0
10 a 14	353.453	6,4	337.222	5,8	690.675	6,1
15 a 19	401.011	7,2	383.527	6,6	784.538	6,9
20 a 24	439.741	7,9	427.864	7,3	867.605	7,6
25 a 29	433.799	7,8	429.768	7,4	863.567	7,6
30 a 34	429.164	7,8	429.868	7,4	859.032	7,6
35 a 39	429.006	7,7	439.625	7,5	868.631	7,6
40 a 44	379.716	6,9	397.617	6,8	777.333	6,8
45 a 49	352.646	6,4	374.416	6,4	727.062	6,4
50 a 54	355.324	6,4	387.754	6,6	743.078	6,5
55 a 59	345.793	6,2	384.528	6,6	730.321	6,4
60 a 64	293.395	5,3	334.980	5,7	628.375	5,5
65 a 69	230.766	4,2	274.630	4,7	505.396	4,4
70 a 74	164.665	3,0	208.390	3,6	373.055	3,3
75 a 79	104.217	1,9	145.712	2,5	249.929	2,2
80 a 84	62.776	1,1	101.139	1,7	163.915	1,4
85 a 89	30.931	0,6	59.861	1,0	90.792	0,8
90 e mais	15.896	0,3	42.211	0,7	58.107	0,5
Total	5.536.738	48,7	5.840.501	51,3	11.377.239	100

Fonte: IBGE.

Observa-se maior número de homens até a faixa etária de 25 a 29 anos de idade, com paridade entre os sexos na faixa dos 30 a 34 anos e o início da predominância feminina a partir dos 35 anos. A mudança na demografia do RS nos últimos anos deve-se, basicamente, a dois fatores: à redução da taxa de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida ao nascer. Em 2019, a taxa de fecundidade do estado era de 1,68 filho/mulher, inferior à taxa nacional de 1,77 e ambas já eram inferiores à chamada taxa de reposição, que é de 2,1 filho/mulher.

A expectativa de vida ao nascer no RS, em 2019, era de 78,5 anos (75,2 para homens e 81,8 para mulheres), enquanto a média nacional era de 76,5 anos de idade (73 para homens e 80 para mulheres), de acordo com o IBGE.

2.2 Diagnóstico do câncer no Estado

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020), em 2018, 18,1 milhões de pessoas ao redor do mundo foram diagnosticadas com algum tipo de câncer e 9,6 milhões morreram da doença. Para o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2019), para o ano de 2020, são estimados 626.030 novos casos de câncer no Brasil, sendo 46.060 (7,35%) no RS.

As maiores taxas de incidências de localização primária no RS, exceto o câncer de pele não melanoma, são as neoplasias malignas de próstata nos homens e de mama nas mulheres. Ambos com uma estimativa de mais de 60 casos novos por 100.000 habitantes. No segundo lugar do ranking de taxa de incidência no Estado, para ambos os sexos, estão a neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmões, seguidos de cólon e reto, com mais de 20 casos novos por 100.000 habitantes.

Na Figura 2 abaixo, seguem as estimativas para o ano de 2020, de novos casos de cânceres no Estado e capital, conforme o INCA.

Figura 2. Estimativas do INCA das taxas de incidência (100.000 habitantes) e de casos novos de câncer, por sexo e localização primária, para o ano de 2020, RS, 2019.

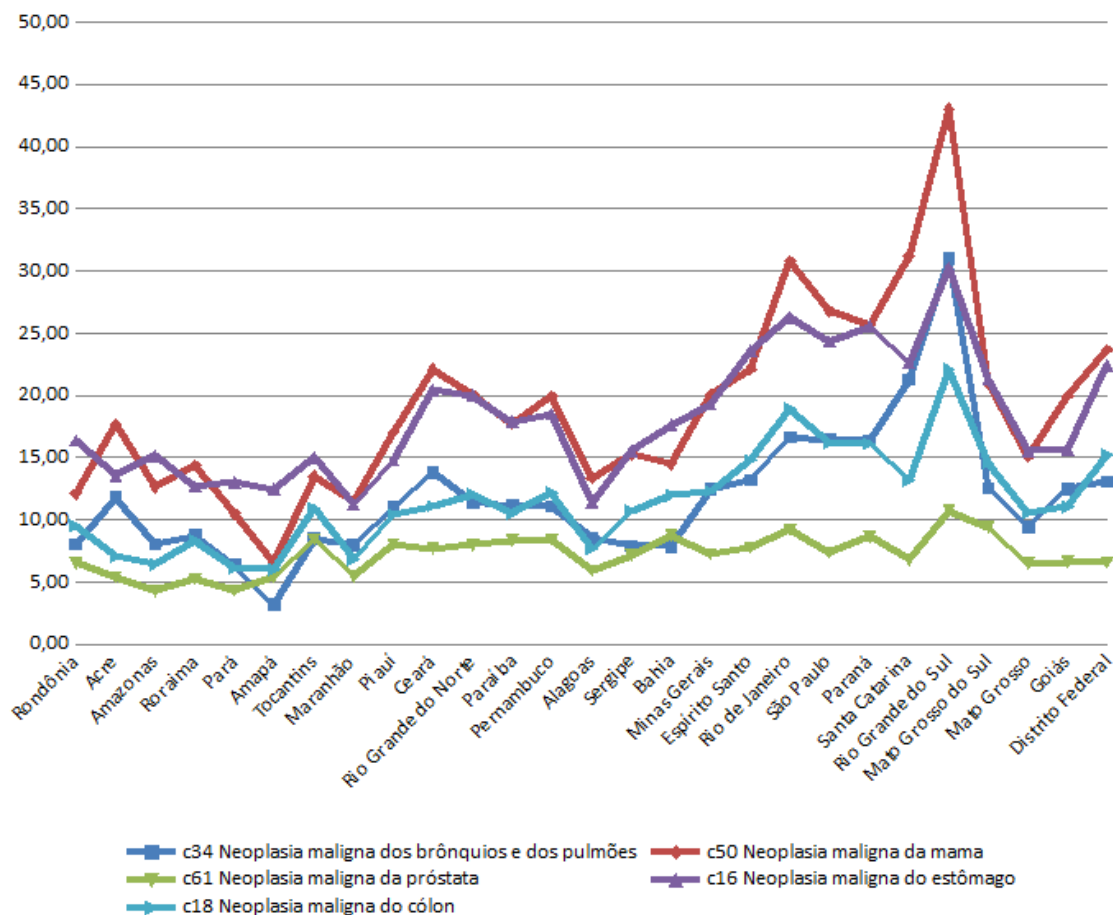
Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	3.980	71,07	46,28	200	28,37	23,98	-	-	-	-	-	-
Mama feminina	-	-	-	-	-	-	4.050	69,50	42,95	660	81,82	35,52
Colo do útero	-	-	-	-	-	-	720	12,35	7,61	50	5,83	4,33
Traqueia, brônquio e pulmão	2.300	41,06	30,07	160	23,35	19,38	1.440	24,69	16,87	340	42,15	26,35
Cólon e reto	1.300	23,20	18,95	210	29,66	24,67	1.240	21,31	12,38	210	26,41	15,59
Estômago	670	12,06	7,38	90	13,32	11,23	420	7,30	3,04	90	11,65	6,61
Cavidade oral	520	9,28	7,04	40	5,16	4,41	140	2,41	1,33	30	3,78	2,27
Laringe	370	6,62	5,30	20	3,44	3,29	60	0,95	0,63	**	1,04	0,69
Bexiga	410	7,31	5,58	150	21,92	17,68	170	2,91	1,54	40	4,34	1,95
Esôfago	950	16,98	13,01	60	8,02	6,75	340	5,90	3,25	30	3,84	2,43
Ovário	-	-	-	-	-	-	430	7,33	4,40	80	9,30	6,02
Linfoma de Hodgkin	60	1,03	0,85	**	1,23	0,98	50	0,80	0,60	**	1,06	0,55
Linfoma não Hodgkin	440	7,94	5,65	60	9,31	8,03	320	5,45	3,07	50	6,20	4,27
Glândula tireoide	110	1,94	1,54	**	0,90	0,70	370	6,33	2,52	40	5,14	2,36
Sistema nervoso central	510	9,05	6,85	80	10,75	9,57	440	7,58	4,79	40	4,59	3,36
Leucemias	430	7,67	6,45	50	6,59	6,29	360	6,17	4,27	90	10,91	7,96
Corpo do útero	-	-	-	-	-	-	220	3,79	1,99	80	9,42	6,09
Pele melanoma	290	5,26	3,89	30	4,30	3,64	280	4,80	2,84	30	3,10	2,26
Outras localizações	3.710	66,34	50,39	540	77,15	56,21	3.160	54,21	31,29	420	51,94	31,62
Todas as neoplasias, exceto pele não melanoma	16.050	286,79	240,66	1.710	244,99	215,52	14.210	244,14	145,00	2.300	285,13	128,78
Pele não melanoma	8.850	158,12	-	1.620	232,10	-	6.950	119,47	-	810	99,92	-
Todas as neoplasias	24.900	444,93	-	3.330	477,09	-	21.160	363,54	-	3.110	385,55	-

* População padrão mundial (1960). / *Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 20.

Fonte: INCA.

O câncer é a causa de cerca de 30% de todas as mortes prematuras por DCNTs, entre adultos com idades entre 30 e 69 anos. No Brasil, em 2018, o câncer foi a causa de 17% dos óbitos registrados, sendo a neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões (13,9%) a principal causa de morte entre os homens e a neoplasia maligna de mama (16,4%) nas mulheres, de acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). No mesmo ano, no RS o câncer representou 21,8% dos óbitos em 2018, sendo a neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões com a maior prevalência em ambos os sexos, conforme a Figura 3.

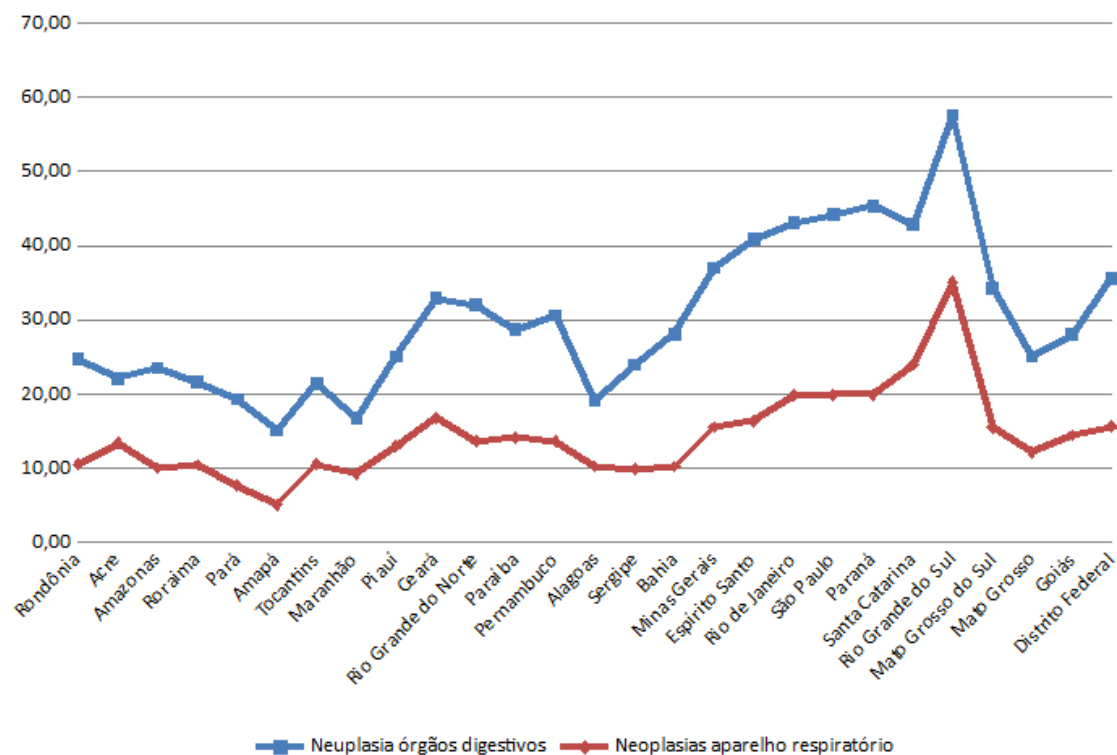
Figura 3. Taxa de óbitos por neoplasias malignas no Brasil, 2018.



Fonte: SIM/DATASUS.

Os dois principais grupos de neoplasias malignas que causaram óbitos no Brasil em 2018 foram as dos órgãos digestivos, com 73.987 casos (taxa 36,36) e dos órgãos respiratórios com 34.502 (taxa 16,96). Para ambas as neoplasias, o RS é o Estado com maior número de óbitos, com 6.438 óbitos por neoplasia maligna dos órgãos digestivos (taxa 37,61) e 3.923 óbitos por neoplasia maligna dos órgãos respiratórios notificados (taxa 35,10), conforme a Figura 4.

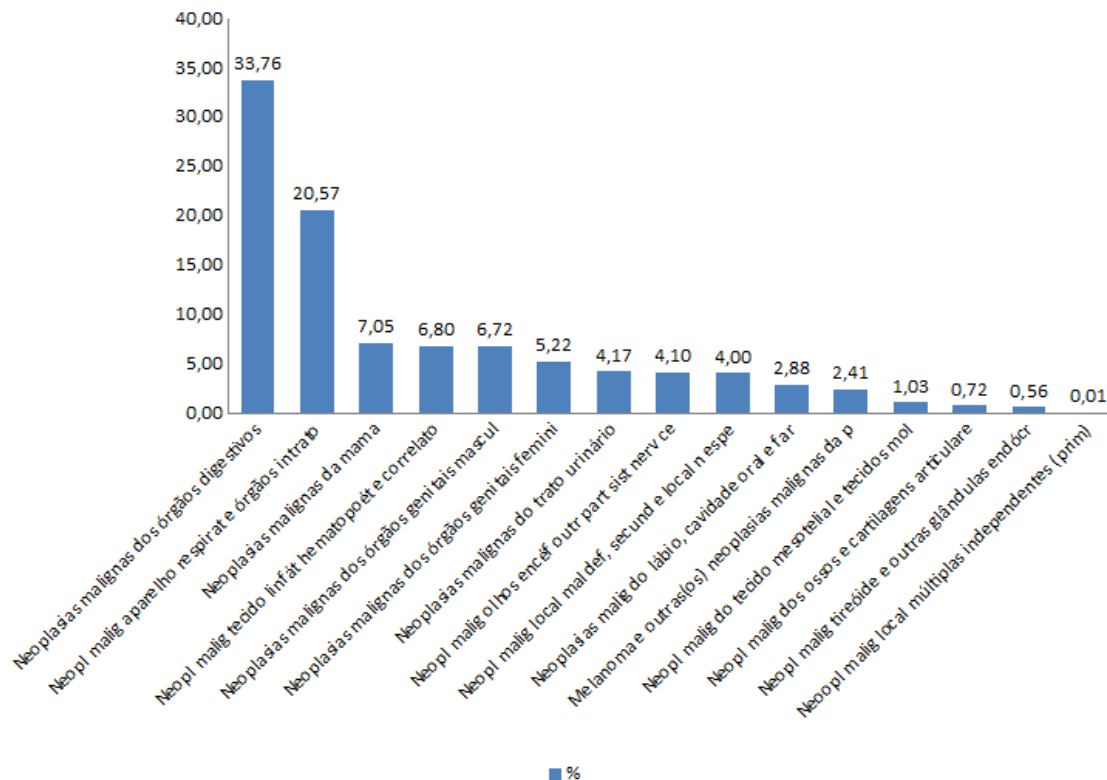
Figura 4. Taxa de óbitos por neoplasias malignas de órgãos digestivos e do aparelho respiratório, por estado, no Brasil, 2018.



Fonte: SIM/DATASUS.

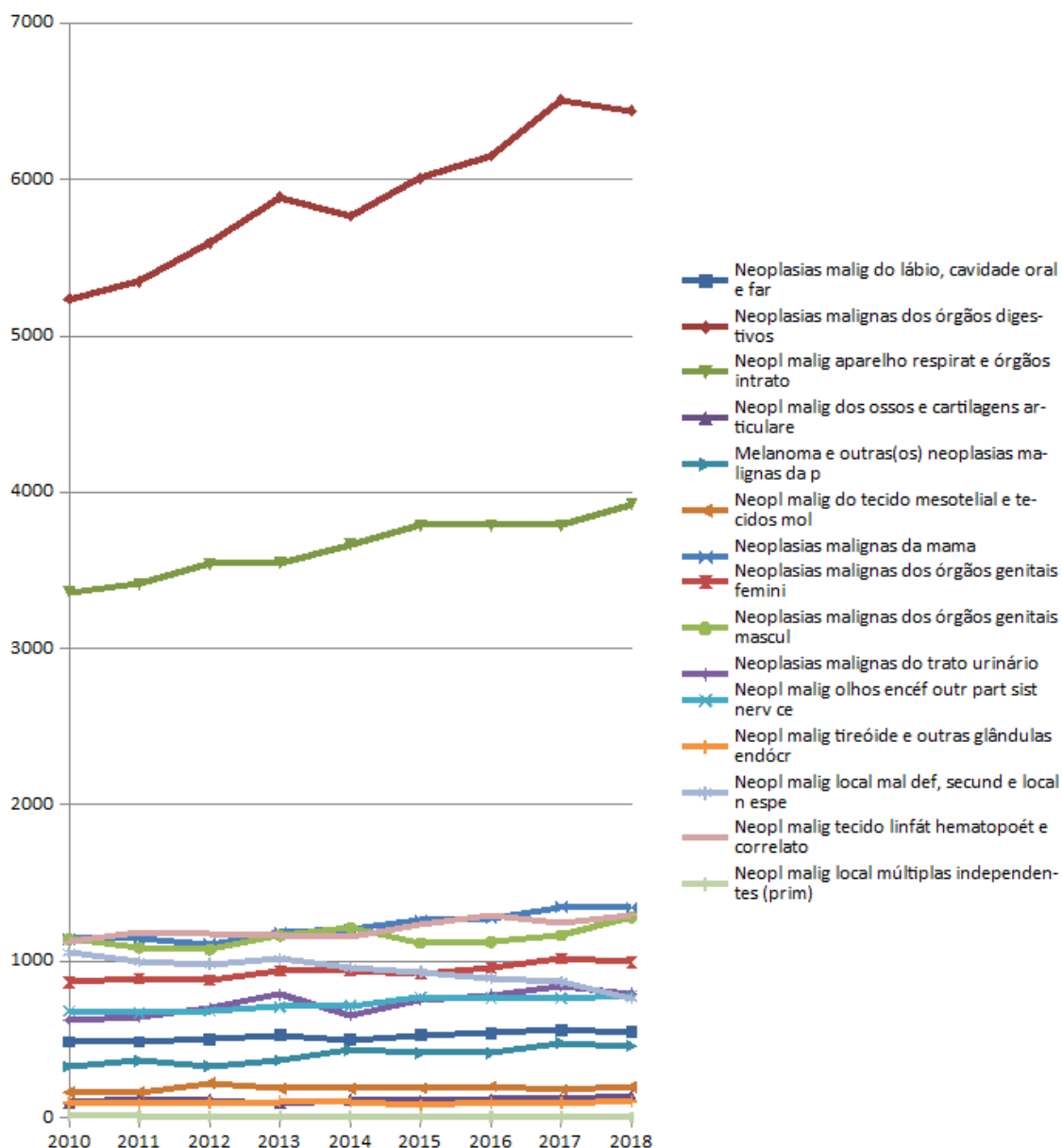
Dos 19.069 óbitos causados por neoplasias malignas no RS em 2018, 6.438 (33,76%) eram decorrentes de neoplasia maligna dos órgãos digestivos, 3.923 (20,57%) decorrentes de neoplasia maligna dos órgãos respiratórios, seguido por neoplasia maligna de mama com 1.345 (7,05%), neoplasia maligna do tecido linfático, hematopoiético e correlato com 1.297 (6,8%) e neoplasia maligna dos órgãos genitais masculinos com 1.281 (6,72%) das ocorrências (Figura 5).

Figura 5. Percentuais de óbitos por neoplasias malignas no RS, 2018.



Fonte: SIM/DATASUS.

As neoplasias dos ossos e cartilagens articulares, bem como o melanoma e outras neoplasias de pele, apresentam maior aumento nos últimos nove anos com 3,94% e 3,69%, respectivamente, conforme a Figura 6.

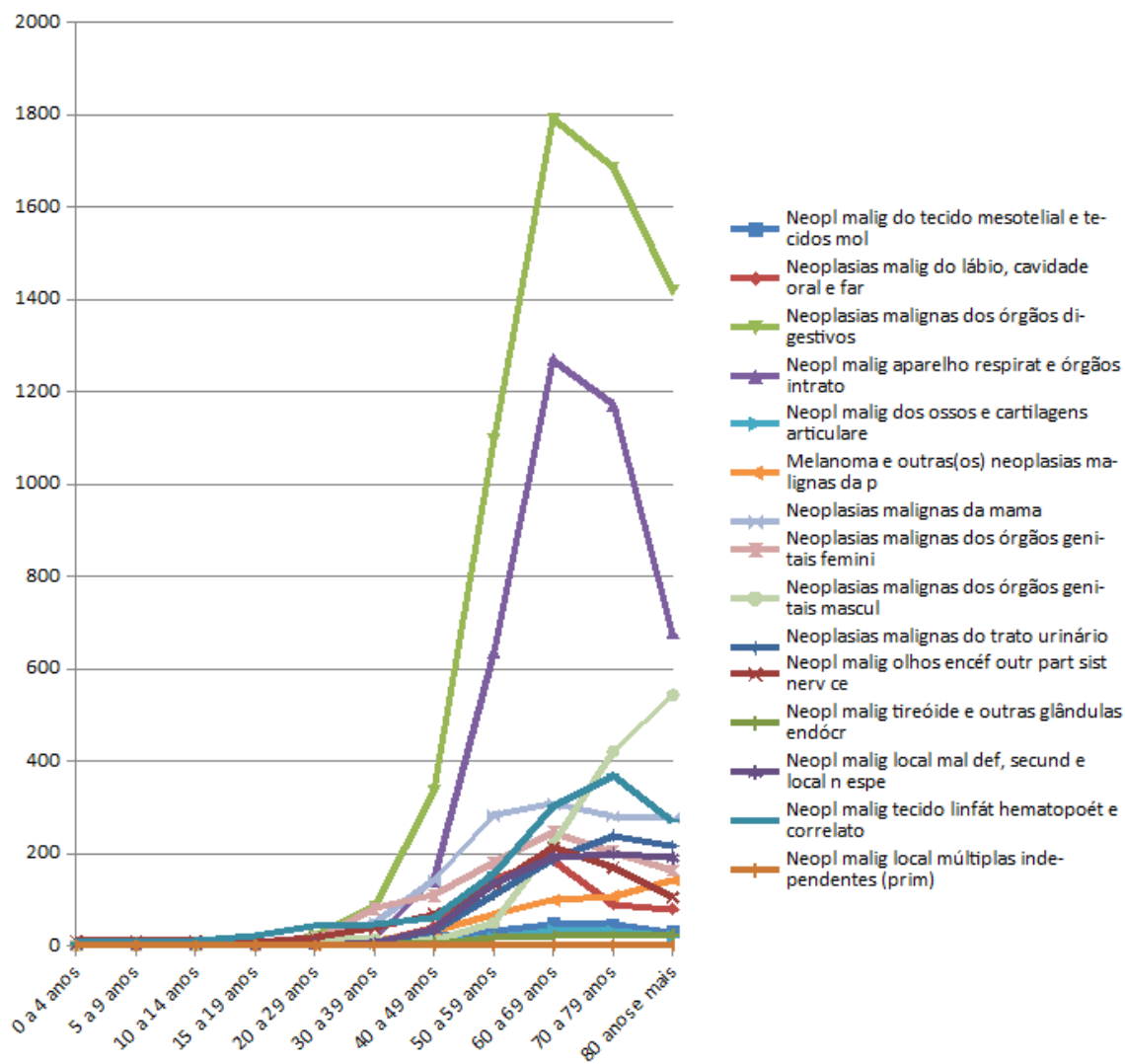
Figura 6. Série histórica de casos de neoplasias malignas no RS, 2010-2018.

Fonte: DATASUS.

A neoplasia maligna dos órgãos digestivos tem maior ocorrência de óbitos a partir dos 40 anos, enquanto a neoplasia maligna do aparelho respiratório apresenta maior ocorrência a partir dos 50 anos, com 637 casos, chegando a dobrar seu número na faixa dos 60 a 69 anos para 1.269. Em relação à neoplasia maligna dos órgãos genitais masculinos, 75,25% (964) dos óbitos ocorrem a partir dos 70 anos.

Na população mais jovem, com idade entre 20 e 29 anos, a neoplasia maligna do tecido linfático hematopoiético e correlato é o principal tipo de neoplasia que ocasiona óbitos, com 43 casos, enquanto que na faixa etária de 30 a 39 anos a neoplasia maligna dos órgãos genitais femininos apresenta números parecidos com os das neoplasias dos órgãos digestivos, com 81 e 85 ocorrências, respectivamente (Figura 7).

Figura 7. Óbitos por neoplasias malignas, por faixa etária, RS, 2018.

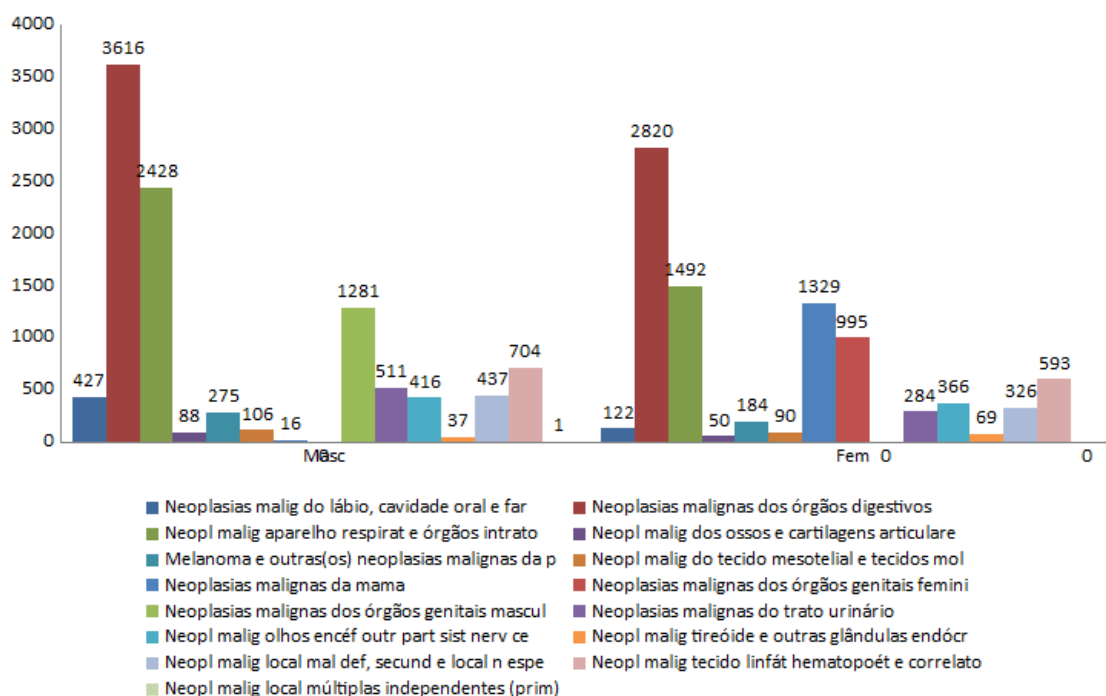


Fonte: SIM/DATASUS.

No RS, as neoplasias que mais causaram óbitos na população masculina são as dos órgãos digestivos (34,96%) – que incluem os tumores de esôfago, estômago, cólon, reto e

ânus, do aparelho respiratório (23,47%) e dos órgãos genitais masculinos (12,39). Já nas mulheres a maioria dos óbitos é decorrente das neoplasias dos órgãos digestivos (32,34%), do aparelho respiratório (17,11%) e da mama (15,27%), conforme a Figura 8.

Figura 8. Óbitos por neoplasias malignas, por sexo, RS, 2018.



Fonte: SIM/DATASUS.

2.2.1 Tipos de câncer mais prevalentes

O câncer mais prevalente na população é o câncer de pele não melanoma. Na estimativa do INCA para 2020, no RS, estima-se cerca de 158,12 casos/100 mil homens e 119,47 casos/100 mil mulheres. Desta forma, os cânceres mais prevalentes na população, exceto os de pele não melanoma, são os de próstata e mama, seguidos pelos dos tratos respiratório e digestivo.

Câncer de próstata

No RS, o câncer de próstata é o mais incidente (excetuando-se os tumores de pele não melanoma) e o segundo maior em mortalidade por neoplasias na população masculina. Um dos fatores que contribuem este cenário provavelmente é o estágio avançado em que a doença é descoberta. Considerando que os homens em geral não têm hábito de realizarem consultas regulares por motivos como: medo de descobrirem novas doenças, questões relacionadas ao trabalho, desinformação, entre outros, a possibilidade do diagnóstico precoce diminui.

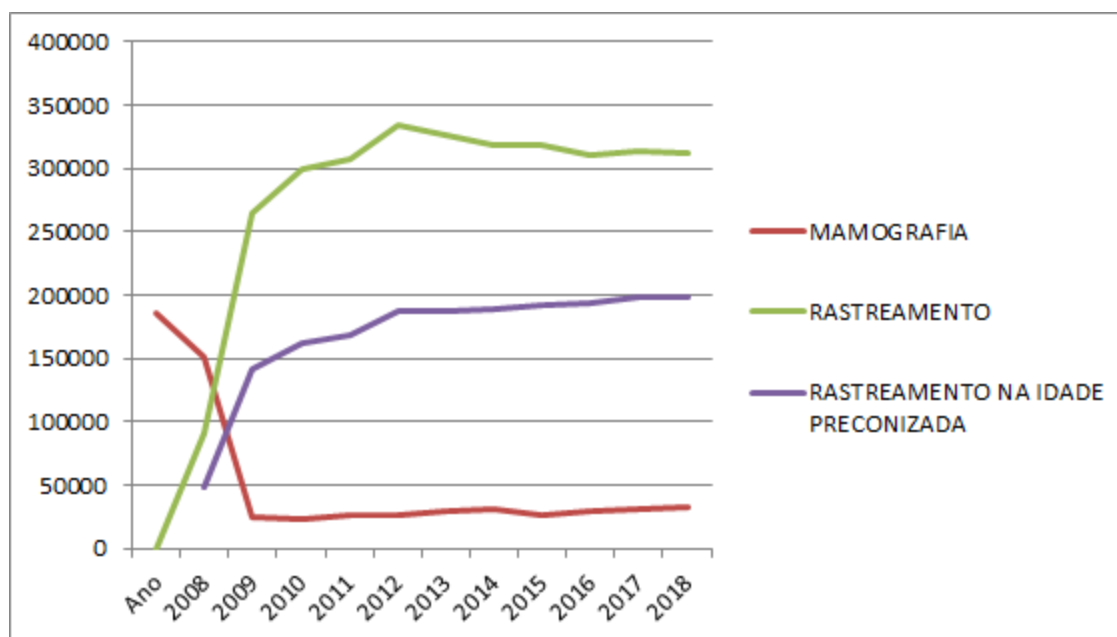
A estimativa aponta que temos no estado 1.786.000 homens com idade a partir de 45 anos que, conforme preconiza o INCA, é a idade a partir da qual tanto a incidência quanto a mortalidade por câncer de próstata aumentam significativamente. Os cuidados a partir desta faixa etária devem ser redobrados na expectativa de que, quanto mais precoce for o diagnóstico, mais cedo possam ser oferecidas medidas de tratamento, possibilitando mais chances de sobrevida ao paciente e ampliando o tempo e a qualidade de vida.

Câncer de mama

No RS, o câncer de mama é a segunda causa definida de mortalidade relacionada à oncologia na população feminina, excetuando o câncer de pele não melanoma.

No período de 2008 a 2018, a realização de mamografia apresentou um aumento de aproximadamente 85%, sendo a mamografia bilateral de rastreamento responsável por aproximadamente 91% dos exames, porém apenas 63% dos rastreamentos são realizados por mulheres na faixa etária preconizada, conforme o gráfico da Figura 9.

Figura 9. Série histórica do quantitativo de mamografias realizadas no RS, 2008-2018.



Fonte: SIA/DATASUS.

Considerando a população estimada do RS de 11.377.239 habitantes (IBGE, 2019), 1.398.024 mulheres estão na faixa etária de 50 a 69 anos de idade. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2019), aproximadamente, 20% da população do RS são beneficiários de planos privados de assistência médica. Sendo assim, se prevê ao SUS, a necessidade de aproximadamente, 559.200 mamografias bilaterais de rastreamento/ano. Retificando a edição de 2016, em 2019 foram realizadas 195.535 mamografias bilaterais de rastreamento na faixa etária preconizada, equivalente a 35% da necessidade deste exame.

No que tange a incidência por câncer, é importante reforçar que o aumento da expectativa de vida reflete diretamente no número de novos casos de câncer. Isso pressupõe que o câncer, diferentemente de outras doenças, exige uma estrutura maior e mais qualificada para o tratamento e que os esforços para as ações de prevenção e de controle devem ser compartilhados entre os diferentes níveis de atenção.

Câncer de colo de útero

Este câncer apresenta um forte potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente, seja por meio de consultas regulares realizadas por enfermeiro, médico da AB ou ginecologista, seja pela realização regular e organizada dos exames de rastreamento através da Atenção Primária em Saúde.

A estratégia adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero é a realização periódica do exame citopatológico cérvico-vaginal/ microflora- rastreamento (02.03.01.008-6) ou do exame citopatológico cervicovaginal/microflora (02.03.01.001-9), por todas as mulheres assintomáticas entre 25 e 64 anos de idade, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos negativos, cuja cobertura de rastreamento deve atingir pelo menos 80% da população alvo. Em mulheres infectadas pelo vírus HIV (com imunossupressão), imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e em uso crônico de corticosteróides, a periodicidade é diferenciada, nestas situações o exame citopatológico deve ser realizado com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.

A maior incidência encontra-se na faixa etária de 30 a 39 anos. Antes dos 25 anos prevalecem as lesões de baixo grau, e após os 65 anos as de risco reduzido. Tendo em vista a população feminina do RS, estima-se que 3.190.639 mulheres estejam entre de 25 e 64 anos de idade (DATASUS, 2019).

Segundo a ANS (2017), aproximadamente, 20% da população do RS é beneficiária de planos privados de assistência médica. Considerando esse percentual de cobertura pelo SUS e a periodicidade de três anos para a realização do exame, é estimada a necessidade de, aproximadamente, 850.800 exames citopatológicos de rastreamento/ano. No entanto, em 2019, conforme dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), foram realizados 452.061 exames, o equivalente a 53% da necessidade. A cobertura de 80% da população-alvo reduz a incidência de câncer invasivo de 60-80%.

Câncer de intestino

O câncer de intestino abrange os tumores que se originam no intestino grosso (cólon e reto). No Brasil, o câncer colorretal é o segundo em taxa de incidência, tanto para homens como para mulheres, e o terceiro em mortalidade por localização primária. No RS este tipo de câncer está em terceiro lugar em incidência tanto para homens como para mulheres, perdendo apenas para o câncer de próstata (em homens), de mama (em mulheres), e respiratório. Este é um câncer 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.

Os principais fatores relacionados ao maior risco de desenvolver câncer do intestino 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 elevada ingestão excessiva de carne vermelha. Outros fatores relacionados são história familiar de câncer de intestino, história pessoal de câncer de intestino, ovário, útero ou mama, além de tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas e doenças inflamatórias do intestino.

A detecção precoce do câncer é uma estratégia para encontrar um tumor numa fase inicial e, assim, possibilitar maior chance de tratamento, que pode ser feita por meio da investigação com exames clínicos, laboratoriais ou radiológicos, de pessoas com sinais e sintomas sugestivos da doença (diagnóstico precoce), ou com o uso de exames em pessoas sem sinais ou sintomas (rastreamento), mas pertencentes a grupos com maior chance de ter a doença. Os tumores de cólon e reto podem ser detectados precocemente através de dois exames principais: pesquisa de sangue oculto nas fezes e endoscopias (colonoscopia ou retossigmoidoscopias).

Câncer bucal

O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca). Na Região Sul, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer da cavidade oral em homens ocupa a sexta posição, enquanto nas mulheres, a 15ª. Segundo as estimativas do INCA para o ano de 2018, o câncer bucal representava 2% dos casos novos no RS.

O câncer de boca é uma doença que pode ser prevenida de forma simples, desde que seja dada ênfase à promoção à saúde, ao aumento do acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce. Com relação aos fatores de risco ao desenvolvimento do câncer bucal, são considerados o tabagismo, o etilismo, a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) tipo 16, a exposição à radiação solar (para o câncer de lábio), imunossupressão. Fatores de gênero e idade também são preponderantes, sendo que a doença é mais frequente em homens brancos, acima de 40 anos.

Qualificar a identificação de lesões precoces é um dos objetivos principais da campanha “Maio Vermelho”, realizando cursos, ações destinadas à capacitação continuada de profissionais da Odontologia e exames preventivos de câncer de boca. Trata-se de evento anual, resultado da Lei 12.535/06, que institui o dia 31 de maio como o Dia Estadual de Luta Contra o Câncer Bucal, a partir da iniciativa do Comitê das Entidades de Classe da Odontologia apoiado pelo Conselho Regional de Odontologia/RS, pelas Faculdades de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), pelas Secretarias Municipais de Saúde e pela Seção de Saúde Bucal da SES/RS.

Cabe destacar a importância do conceito de equipe interdisciplinar nos tratamentos oncológicos, sendo que a inserção do cirurgião-dentista e sua integração com a equipe multiprofissional, tanto em regime ambulatorial e de internação, é essencial para garantir a qualidade de vida dos usuários que realizam tratamentos antineoplásicos.

2.3 Outros Pontos Importantes

Lançado em 2017 pela Union International Cancer Control (UICC) no Fórum Econômico Mundial de Saúde, o **City Cancer Challenge** apoia cidades de todo o mundo a melhorar o acesso a um tratamento oncológico equitativo e de qualidade. Porto Alegre aderiu à iniciativa em setembro de 2018, quando um memorando de entendimento (MoU) foi assinado entre a cidade de Porto Alegre, Estado do RS, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (Femama) e o Hospital Moinhos de Vento.

Porto Alegre é a única cidade do Brasil que participa do *City Cancer Challenge* juntamente com Cali (Colômbia), Assunção (Paraguai), Leon (México), Kumasi (Gana), Kigali (Ruanda), Tbilisi (Georgia), Yangon (Myanmar) e Greater Petaling (Malásia). A cidade identificou 15 instituições locais, de setores relevantes, formando o Comitê Executivo, órgão responsável por impulsionar a iniciativa, orientar, supervisionar e aprovar decisões.

Durante 2019, o Comitê Executivo trabalhou para identificar os principais desafios no enfrentamento do câncer e propor soluções. O comitê técnico, formado por 17 profissionais mobilizou mais de 160 profissionais de 33 instituições que mapearam 88 problemas relacionados ao câncer, priorizando 13 objetivos para a cidade e um plano de ação foi elaborado com detalhamento de ações para cada objetivo.

Para executar as ações, o C/Can, global e localmente iniciou o processo de captação recursos e parcerias com a iniciativa privada assegurando o início de implementação de alguns projetos já em andamento como a melhoria da qualidade dos serviços de apoio ao diagnóstico da cidade. Dentre os projetos destacam-se:

- Melhorar o acesso dos pacientes ao tratamento reduzindo os tempos (antes e depois do diagnóstico);
- Ampliar o acesso dos pacientes a informações e educação em saúde relacionadas ao gerenciamento de sua doença e seu tratamento;
- Fortalecer os bancos de sangue para fornecimento sustentável de sangue e componentes do sangue para pacientes com câncer;
- Melhorar a qualidade dos laboratórios de patologia, e garantir a rastreabilidade dos exames;
- Melhorar o acesso a imagens de diagnóstico de qualidade e em tempo oportuno;

- Garantir o acesso a terapias oncológicas essenciais e prioritárias;
- Expandir e integrar os cuidados paliativos na rede de atenção primária à saúde e nos hospitais de menor complexidade;
- Aumentar a eficiência e otimização da cobertura financeira de técnicas prioritárias de diagnóstico e tratamento;
- Aumentar a interoperabilidade dos sistemas de informação da rede municipal de atenção ao câncer;
- Desenvolver, implementar e padronizar guias e protocolos de tratamento e aumentando o acesso a tratamento de câncer de qualidade para cânceres prioritários;
- Melhorar a vigilância do câncer e a tomada de decisão baseada em dados na cidade;
- Desenvolver e implementar um plano de capacitação de recursos humanos; Criar a capacidade institucional dentro da cidade para gerenciar projetos para o enfrentamento do câncer.

O impacto da pandemia pode agravar ainda mais a situação de pacientes com câncer e, para superar este desafio, o C/Can criou um *task force* apoiando a Secretaria Municipal de Saúde para ajudar profissionais de saúde e pacientes para que o cuidado com o câncer continue apesar da pandemia.

Desde o início da pandemia houve a preocupação em não se postergar a realização de exames diagnósticos em pacientes sintomáticos e a recomendação de manutenção dos procedimentos terapêuticos no âmbito da Oncologia através da Lei Estadual nº 13.992/2020, prorrogada pela Lei Estadual nº 14.061/2020, Decreto Estadual nº 55.240/2020, além da publicação da Nota Técnica sobre COVID e Câncer (em anexo).

3 NÓS CRÍTICOS

Os Estados apresentam distintas realidades, no que se refere à atenção à saúde. Por isso é importante que o gestor reconheça os pontos frágeis da Rede de Atenção às pessoas com câncer e, a partir desse mapeamento, direcione esforços para minimizar os problemas e entraves que podem prejudicar tanto o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção quanto à qualidade de atendimento. Na rede de atenção oncológica do RS identifica-se alguns nós críticos nos três níveis de atenção, desde a prevenção até o tratamento dos tipos de câncer mais prevalentes.

Quanto aos tipos de câncer que mais afetam as mulheres, o **câncer de mama** é a doença oncológica que causa o maior impacto de mortalidade na população feminina gaúcha. O Estado conta com 171 mamógrafos disponíveis para o SUS, capacidade suficiente para atendimento da demanda estimada de cobertura da população. Porém, a implantação de uma linha de cuidado integrada que garanta a atenção integral e efetiva às pessoas com câncer de mama ainda perpassa por dificuldades como:

- Necessidade de ampliação de abordagens para captação das mulheres, através de atividades de informação e conscientização, busca ativa e inclusão da solicitação do exame como rotina em qualquer atendimento às mulheres em idade de rastreamento;
- Baixo índice de utilização do Protocolo de encaminhamento para Mastologia em todos os serviços de APS e especializados do estado para otimização dos encaminhamentos dentro da rede;
- Ausência de referências regionais de encaminhamento para as mulheres que apresentarem alterações no exame para todas as regiões do estado.
- Dificuldade para a diferenciação e recomendação adequada de mamografias para diagnóstico e mamografia para o rastreamento;
- Acesso insuficiente aos exames de biópsia;
- Dificuldade no acesso ao especialista;
- Tempo elevado de espera para atendimento da mulher no serviço de referência;
- Escassez de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM).

Quanto ao **câncer de colo do útero** também há a necessidade da implantação de uma linha de cuidado integrada que garanta a atenção integral e efetiva às mulheres, com os seguintes pontos críticos:

- Necessidade de ampliação de abordagens para captação das mulheres, através de atividades de informação e conscientização, busca ativa e inclusão da solicitação do exame como rotina em qualquer atendimento às mulheres em idade de rastreamento;
- Novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, através do Programa Previne Brasil, no qual a meta de cobertura exame citopatológico passa a impactar no financiamento;
- Ausência de referências regionais de encaminhamento para as mulheres que apresentarem alterações no exame e referência em ginecologia em todas as regiões do Estado;
- Necessidade de ampliação do uso do Protocolo de Ginecologia, publicado conforme Resolução CIB/RS nº372/16, em todos os serviços de APS e especializados;
- Ausência de rede estadual pactuada de exames citopatológicos incluindo avaliação sistemática dos processos de monitoramento interno (MIC) e monitoramento externo de qualidade (MEQ).
- Tempo superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde para a devolutiva dos laboratórios conveniados referente a recepção do material e liberação do laudo do exame superior (o tempo recomendado é inferior a 30 dias).
- Acesso insuficiente aos exames de biópsia;
- Dificuldade no acesso ao especialista;
- Tempo elevado de espera para atendimento da mulher no serviço de referência.

Nos homens o **câncer de próstata** é a maior causa de mortalidade entre todos os tipos de neoplasias. Mesmo com o advento da Política Estadual de Atenção Integral a Saúde do Homem, definida pela Resolução CIB/RS nº236/2014, não há ainda por parte dos gestores municipais sensibilidade e conscientização quanto à implantação de ações e metas em saúde do homem, que podem contribuir para a promoção, prevenção e recuperação da saúde dessa parcela da população.

Em relação ao câncer de próstata, são identificados os seguintes nós críticos:

- Dificuldade no acesso a especialista;
- Acesso insuficiente aos exames de biópsia;
- Tempo elevado de espera para atendimento do homem no serviço de referência;
- Poucos serviços de Referência para Diagnóstico de Cânceres em geral, em especial o de próstata;
- A falta de articulação entre os diversos pontos da rede o que dificulta a corresponsabilidade do cuidado e a potencialização do autocuidado;

- Falta de cadastramento e busca ativa dos homens da área de abrangência de cada unidade de saúde pela APS, o que dificulta a tomada de decisão para ações e metas que permitam uma intervenção em saúde mais qualificada, efetiva e resolutiva;
- Não priorização de atenção à saúde do homem em geral e em especial ao câncer masculino por parte dos gestores municipais.

Na **atenção especializada** em oncologia, as maiores dificuldades estão nos quantitativos de exames diagnósticos e no acesso às consultas com especialistas, por falta de referências contratualizadas ou quantitativos inferiores às necessidades da população. Nesse nível de atenção, identifica-se os seguintes nós críticos:

- Quantitativo de exames citopatológicos;
- Quantitativo de mamografias de rastreamento;
- Ausência de pactuação de referências de exames citopatológicos e colposcopia;
- Escassez de unidades SDM e SRC;
- Baixa taxa de vacinação contra HPV;
- Número insuficiente de procedimentos diagnósticos: biópsias, endoscopias, tomografias;
- Ausência de pactuação de subespecialidades: cabeça e pescoço, iodoterapia, tumores de sistema nervoso central;
- Baixo índice da utilização do sistema de contrarreferência;
- Ausência de cumprimentos dos parâmetros mínimos previstos na Portaria SAES/MS nº 1399/2019;
- Ausência da regularidade de envio de bases de dados do RHC;
- Inadequação da atualização do CNES;
- Carência de recursos humanos nas especialidades médicas de cirurgias de cabeça e pescoço e hematologistas.

Na **regulação do acesso** a consultas ambulatoriais um dos maiores problemas são as solicitações de consulta em oncologia fora da regionalização. Considerando as especialidades oncológicas que possuem referência regional e que foram inseridas nas filas do Sistema Informatizado de Gerenciamento de Consultas (GERCON) para acesso às consultas especializadas em Porto Alegre, portanto fora de referência, podemos identificar solicitações que deveriam ser atendidas na sua referência.

As subespecialidades oncológicas que mais demandam atendimento fora da regionalização são: oncologia hematologia, oncologia cabeça e pescoço, oncologia

tumores de pele e tumores prevalentes (mama, pulmão, próstata, colo de útero e trato gastrointestinal), com destaque para oncologia urologia.

Na Figura 10 observa-se o número de pacientes em lista de espera para consultas em Porto Alegre fora de sua referência pactuada na Resolução CIB/RS nº 255/2018, até outubro de 2020.

Figura 10. Solicitações de consulta em Oncologia em Porto Alegre fora de regionalização, RS, 2020.

Solicitações em Lista de Espera para Porto Alegre, para Consulta em **ONCOLOGIA**, de Acordo com o Município de Referência Pactuado para Atender o Município Solicitante

RELATÓRIO 4.1 02/10/20

	1059		26		388		469		601		304		9		84	
Município de Referência (Resolução CIB 255/2018) para o Município Solicitante da Consulta	TUMORES PREVALENTES		ONCOLOGIA RADIOTERAPIA		ONCOLOGIA HEMATOLOGIA ADULTO		ONCOLOGIA CIRURGIA DE CABECA E PESCOÇO		ONCOLOGIA TUMORES DE PELE		ONCOLOGIA CLÍNICA E QUIMIOTERAPIA		ONCOLOGIA ENDOCRINO		ONCOLOGIA CIRURGIA GERAL	
	Lista Espera	%	Lista Espera	%	Lista Espera	%	Lista Espera	%	Lista Espera	%	Lista Espera	%	Lista Espera	%	Lista Espera	%
Total	1.059		26		388		469		601		304		9		84	
Porto Alegre	905	85,5%	19	73,1%	310	79,9%	268	57,1%	491	81,7%	255	83,9%	5	55,6%	54	64,3%
Total Fora de Referência	154	14,5%	7	26,9%	78	20,1%	201	42,9%	110	18,3%	49	16,1%	4	44,4%	30	35,7%
Bage	4	0,4%		NSA		NSA	6	1,3%	1	0,2%		0,0%		NSA		0,0%
Bento Gonçalves		0,0%		0,0%		NSA	7	1,5%		0,0%		0,0%		NSA	1	1,2%
Cachoeira do Sul	3	0,3%		NSA		NSA		NSA	1	0,2%	1	0,3%		NSA		0,0%
Canoas	4	0,4%		NSA	15	3,9%	2	0,4%		0,0%	3	1,0%		NSA	3	3,6%
Carazinho	1	0,1%		NSA		NSA	1	0,2%		0,0%		0,0%		NSA		0,0%
Caxias do Sul	1	0,1%		0,0%	4	1,0%	1	0,2%		0,0%		0,0%		NSA	1	1,2%
Cruz Alta	1	0,1%		NSA	2	0,5%		NSA		0,0%		0,0%		NSA	2	2,4%
Erechim		0,0%	1	3,8%		NSA	2	0,4%		0,0%	2	0,7%	1	11,1%		0,0%
Ijuí	4	0,4%		0,0%	2	0,5%	4	0,9%		0,0%		0,0%	2	22,2%		0,0%
Lajeado	5	0,5%	1	3,8%	4	1,0%	2	0,4%		0,0%		0,0%		NSA		0,0%
Novo Hamburgo	12	1,1%		NSA		NSA	6	1,3%	5	0,8%	5	1,6%		NSA	2	2,4%
Passo Fundo		0,0%		0,0%	3	0,8%		0,0%		0,0%		0,0%	1	11,1%	1	1,2%
Pelotas	3	0,3%		0,0%	30	7,7%	1	0,2%	1	0,2%		0,0%		NSA		0,0%
Rio Grande	3	0,3%	1	3,8%		NSA		0,0%		0,0%	1	0,3%		NSA		0,0%
Santa Cruz do Sul	5	0,5%		0,0%		NSA	3	0,6%	2	0,3%	2	0,7%		NSA		0,0%
Santa Maria		0,0%		0,0%	5	1,3%	6	1,3%		0,0%	1	0,3%		NSA	1	1,2%
Santa Rosa	4	0,4%		0,0%	3	0,8%		NSA	1	0,2%	1	0,3%		NSA	3	3,6%
Santo Angelo							1	0,2%			1	0,3%				
São Leopoldo	56	5,3%	3	11,5%		NSA	128	27,3%	71	11,8%	28	9,2%		NSA	9	10,7%
Taquara	33	3,1%		NSA		NSA	31	6,6%	12	2,0%	3	1,0%		NSA	6	7,1%
Uruguaiana	15	1,4%	1	3,8%		NSA		NSA	16	2,7%	1	0,3%		NSA	1	1,2%
	Sem Referência (7*CRS)				10	2,6%										

NSA: Não se aplica/Serviço não habilitado

OBS: Os dados de São Leopoldo incluem solicitações dos 7 municípios da Região de Saúde 07, os quais estão sendo atendidos em Porto Alegre, porém, esta mudança ainda não está formalizada em Resolução CIB/RS.

Pior resultado Melhor resultado

Fonte: SES/RS.

Entre os maiores desafios da regulação de acesso na rede de atenção oncológica estão:

- Ampliar a oferta da agenda da Oncologia Clínica Quimioterapia em Porto Alegre, visto que os pacientes chegam com a doença avançada devido à demora na fila para o diagnóstico inicial do câncer;
- Ampliar exames de biópsia, especialmente de próstata e pele;
- Ampliar exames endoscópicos, principalmente cistoscopia e broncoscopia;

- Ampliar consultas de Onco-Hematologia, considerando que muitos serviços do interior não estão mais fazendo atendimento dos pacientes onco-hematológicos por falta de profissionais, ampliando a demanda para consultas na capital, gerando assim uma demanda reprimida;
- Qualificar o acesso à rede de forma regionalizada, em virtude do número crescente de solicitações de consultas para pacientes oncológicos fora de regionalização, que não são atendidos por problemas de ordem técnica, informados em declarações de impossibilidade técnica pelos prestadores;
- Qualificar as informações clínicas de encaminhamento inseridas nas solicitações das consultas especializadas nos sistemas de regulação, tendo em vista que a insuficiência de dados clínicos impacta na análise de gravidade, e no tempo médio do fluxo regulatório.

4 DISPONIBILIDADE E NECESSIDADE DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Dando um passo importante para o aperfeiçoamento do SUS e buscando dar maior concretude ao preceito constitucional que estabelece que as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, foram discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) normas que estabelecem diretrizes para os processos de: Regionalização, Planejamento Regional Integrado (PRI) e Governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS), na lógica de organização de macrorregiões de saúde (BRASIL, 2018). Dentro do PRI busca-se realizar a análise da situação de saúde do território, identificando as necessidades de ASPS e organizando as RAS a partir delas.

As etapas do processo do PRI no RS, juntamente com o cronograma de execução e a definição das macrorregiões de saúde, foram pactuados, de forma ampla, pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) através da Resolução CIB/RS nº188/2018. A partir disso, em 2019, foram construídos os 30 Diagnósticos Regionais de Saúde, com participação dos municípios, das CRS e do Controle Social, que resultou no total de mais de 1.700 necessidades de ASPS no estado, dentre elas na Rede de Oncologia.

Referente às necessidades de saúde na área de Oncologia, foi consenso entre as 30 Regiões de Saúde do Estado a dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade. O aumento nos quantitativos de exames de imagem e biópsias e a contratualização de referências para consultas especializadas e cirurgias foram citados como os principais problemas enfrentados a nível regional. A demanda reprimida para procedimentos e consultas é maior do que a oferta desses serviços, o que dificulta e retarda o acesso ao tratamento das neoplasias.

Quanto às necessidades de exames, as maiores demandas são relacionadas aos do trato gastrointestinal, como endoscopia digestiva alta, colonoscopia, retossigmoidoscopia e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). Quanto às especialidades, as principais necessidades identificadas são de pactuação de referências e aumento de quantitativos de consultas nas áreas de hematologia, cabeça e pescoço, proctologia, gastroenterologia, subespecialidades da oncologia e atenção à pediatria.

A seguir será apresentada a disponibilidade de ações e serviços de saúde referentes à oncologia nos três níveis de atenção no RS.

4.1 Atenção Primária

A Atenção Básica (AB) ou 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.

Atualmente, estima-se que as equipes de AB apresentam no RS uma cobertura populacional de aproximadamente 76,61% (Portal e-Gestor, competência abril/2020), o que representa atingimento de 99% da meta estadual de 77,60%, prevista na Pactuação Interfederativa de Indicadores para o ano de 2020.

No contexto da Saúde da Família (SF), estratégia prioritária do Estado para a qualificação da AB, o RS apresenta 59,66% de cobertura (Portal e-Gestor, competência abril/2020). A previsão do Plano Plurianual 2020-2023 é ampliar a cobertura de SF para 68% até o ano de 2023. Atualmente, existem 2.126 equipes implantadas em 480 municípios, sendo estimado que 6.788.248 pessoas estejam cobertas pelas equipes de SF. Na APS, atuam 10.497 Agentes Comunitários de Saúde, correspondendo a uma cobertura estimada de 48,43% (Portal DAB e Portal e-Gestor, competência abril/2020).

Além de incentivar financeiramente a ampliação do número de Equipes de SF, a SES/RS trabalha para qualificá-las, visando responder às necessidades de saúde da população de forma eficiente e resolutiva. Também desenvolve notas técnicas para qualificação da prática clínica com abordagem para a estratificação de risco e qualificação dos encaminhamentos para outros dispositivos da Rede de Atenção, além de atuar na elaboração e validação de protocolos de enfermagem e instrumentos de monitoramento do desempenho da APS.

Nas ESF's, atualmente, encontram-se inseridas 1.120 equipes de Saúde Bucal (ESB) (Portal DAB/competência abril/2020). Essas equipes, por meio de ações de promoção, prevenção da saúde e assistência clínica, possibilitaram aos municípios o acesso da população aos profissionais e às práticas da Saúde Bucal.

Somando-se a isso, temos a obesidade como um problema nutricional em grande ascensão mundialmente. O excesso de peso corporal afeta mais de 2 bilhões de pessoas no mundo e causa aproximadamente 4 milhões de mortes por ano. No Brasil, a obesidade é o terceiro principal fator de risco que provoca a maioria das mortes e incapacidades em mulheres, e o quinto entre homens. Estima-se atualmente que o custo econômico da obesidade seja de cerca de 2,8 % de todo o Produto Interno Bruto (PIB) mundial.

Estudos demonstram que o padrão de consumo alimentar e o estado nutricional influenciam fortemente o perfil de morbimortalidade das populações, estando associados ao desenvolvimento de doenças com magnitude relevante na sociedade moderna, como diabetes mellitus tipo II, hipertensão e neoplasias. De acordo com relatos científicos, o excesso de gordura corporal tem sido associado ao desenvolvimento de diferentes tipos de neoplasias hormônio-dependentes e do sistema digestivo, estando presente em até 40 -50% dos casos de neoplasias de endométrio e esôfago, 20-30% das neoplasias renais e 50% dos casos de mama após a menopausa.

A obesidade é uma condição prevenível, assim sendo, a atenção nutricional que compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, deve estar associada às demais ações de atenção à saúde do SUS para indivíduos, famílias e comunidades, dialogando com as demandas e necessidades de saúde do território, observando critérios de risco e vulnerabilidade, fazendo parte do cuidado integral na rede de atenção à saúde.

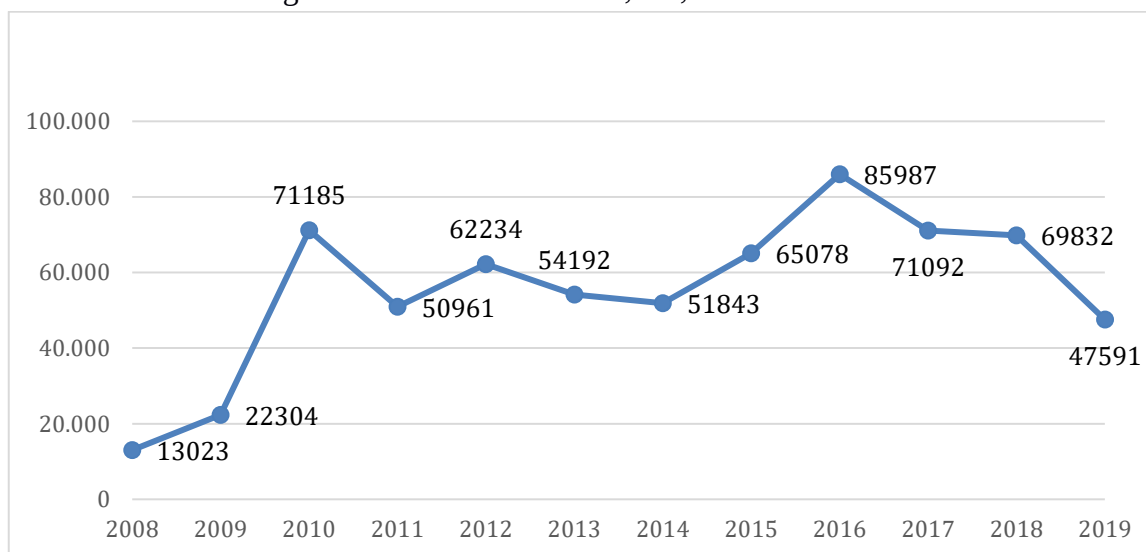
Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) disponível nas unidades básicas de saúde indicam que mais da metade da população adulta no RS apresenta excesso de peso e que o consumo de alimentos ultraprocessados vem aumentando. Essa situação exige que as equipes de saúde se organizem de forma a priorizar ações para promover a alimentação adequada e saudável e a prática de atividades físicas considerando as especificidades, desejos e possibilidades de cada indivíduo. Da mesma forma, devem identificar parceiros e recursos no território para o desenvolvimento de ações intersetoriais que possam estimular a criação de ambientes propícios para a adoção de estilos de vida mais saudáveis por parte da população.

A eficácia dos esforços para mudar a dieta e a atividade física depende substancialmente de políticas que influenciem normas sociais que, em algumas situações,

são os principais determinantes do comportamento das pessoas. A prevenção do câncer depende da criação de um ambiente que incentiva a alimentação saudável ao longo da vida e um estilo de vida fisicamente ativo.

Outro importante ponto de atenção da AB, complementar e potencializador das ações de cuidados individuais e coletivos, é o Programa Academia da Saúde. No Estado, 267 municípios estão habilitados para construção e implantação de 346 polos, sendo que destes, 297 estão concluídos. Quanto às práticas corporais/atividades físicas em grupo, desenvolvidas neste Programa, no período de 2008 a 2019, observa-se um crescimento de, aproximadamente, 446% no registro de sessões, conforme gráfico da Figura 11.

Figura 11. Série histórica da realização de práticas corporais/atividades físicas em grupo desenvolvidas no Programa Academia da Saúde, RS, 2008-2019.



Fonte: DATASUS.

Com relação às possibilidades de expandir o escopo do cuidado desenvolvidos na AB, cita-se a inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PICS), para ampliar o acesso e qualificar os serviços, na busca da integralidade da atenção à saúde da população. Nesse sentido, ressalta-se a importância das práticas de promoção da saúde por meio das PICS a citar: práticas corporais em Medicina Tradicional Chinesa, dança circular/biodança, Yoga, oficina de massagem/auto-massagem, sessão de meditação, sessão de auriculoterapia, entre outras, possibilitando aos usuários exercer sua autonomia e melhorar as condições de vida.

No RS, segundo relatório de monitoramento do MS, disponibilizado em 2020, 324 municípios ofertaram PICS no ano de 2018. Na APS foram 866 estabelecimentos de saúde com PICS no mesmo ano. Em relação oferta PICS para o cuidado complementar ao tratamento oncológico, cabe destacar que já foram produzidos mapas de evidência¹ científica demonstrando os benefícios. PICS como meditação e Yoga têm efeitos positivos sobre questões de saúde mental como depressão e ansiedade, a reflexologia para alívio de dor e as Práticas Corporais Chinesas mostram-se efetivas para alívio da fadiga relacionada à quimioterapia e dos sintomas gerais do câncer.

Nos casos específicos das ações voltadas a prevenção do câncer, a AB realiza ações de prevenção primária, com promoção da saúde e proteção específica, como por exemplo, imunização, orientação de atividade física para prevenção da obesidade, foco na adoção de um modo de vida saudável, e orientação para evitar a exposição a substâncias causadoras de câncer. Assim como, a prevenção secundária na detecção no estágio inicial de câncer, como por exemplo, por meio do rastreamento e diagnóstico precoce. Cabe também à AB realizar o acompanhamento dos usuários, longitudinalmente, encaminhados aos serviços de referência, mantendo o vínculo desses à Unidade de Saúde e articular com os diversos serviços que compõem as Redes, participando na definição de fluxos para atender as necessidades de saúde da população.

Ressalta-se que, mesmo promovendo a ampliação de intervenções preventivas e detecção precoce, no que se referem às condições crônicas, as mesmas não eliminam a ocorrência das doenças, mas contribuem para a redução da necessidade de tratamentos mais custosos, reduzem as taxas de mortalidade a elas atribuídas e/ou postergam seu acontecimento (BRASIL, 2013). A detecção precoce, realizadas no cotidiano do processo de trabalho das equipes da AB, ocorre por meio dos atendimentos ofertados, sendo em consultas programáticas ou no acolhimento, além da realização/ solicitação de exames de rastreamento.

Em relação ao câncer de mama, a AB tem como ação principal a organização dos territórios para o acesso aos exames de rastreamento de forma efetiva, assim como ser porta

¹Os mapas de evidência científica para as PICS, disponíveis na Biblioteca Virtual da Saúde, elaborado pela Rede MTCL Américas, o Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIn) e BIREME/OPAS/OMS, sistematizam as evidências científicas em Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas – MTCL. Disponível em: [BVS MTCL](#)

de entrada para as pacientes de risco diferenciado e aquelas com sintomas iniciais. Como no exemplo da solicitação de mamografia bilateral de rastreamento (02.04.03.018-8) em mulheres assintomáticas de 50 a 69 anos, bianualmente, para diagnóstico precoce de câncer de mama. Da mesma forma, para diagnóstico precoce de câncer de colo uterino, a realização de exame citopatológico de colo uterino em mulheres assintomáticas de 25 a 64 anos a cada três anos. A mamografia de rastreamento em conjunto com o acesso rápido e facilitado aos demais serviços de saúde e diagnóstico pode reduzir a mortalidade por câncer de mama, já que permite o tratamento nos estágios iniciais da doença.

Ressalta-se que o rastreamento pode ser oportunístico ou organizado pela AB. No exame rastreamento oportunístico o exame é oferecido ou solicitado pelas mulheres que chegam às unidades de saúde, enquanto no modelo organizado o exame é direcionado às mulheres na faixa etária alvo conforme análise territorial, e as usuárias são formalmente convidadas para os exames periódicos. Publicações científicas de outros países têm demonstrado que o segundo modelo apresenta melhores resultados e menores custos.

Ainda é importante destacar que, segundo o INCA, estima-se que 5% dos casos de câncer de mama ocorrem em mulheres com alto risco para desenvolvimento da doença. Para essas mulheres não existem ensaios clínicos que tenham identificado estratégias de rastreamento diferenciadas e eficazes para redução de mortalidade neste subgrupo. Desta forma, recomenda-se acompanhamento clínico individualizado independentemente da idade. São consideradas mulheres de risco elevado aquelas com um ou mais parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, história familiar de câncer de mama masculina e lesão mamária proliferativa com atipia comprovada em biópsia.

É preciso destacar que a linha de cuidado do câncer de mama perpassa todos os níveis de atenção. A articulação em rede é fundamental para garantir o acesso rápido quando há uma suspeita de câncer. As mulheres precisam ser encaminhadas para a Média Complexidade para investigação diagnóstica da forma mais breve possível (biópsias). No diagnóstico confirmado de câncer, é necessário o tratamento em uma unidade hospitalar de referência incluindo toda a complexidade necessária (mastologia).

Assim como o câncer de mama, o enfrentamento ao câncer de colo de útero também depende de ações articuladas em rede envolvendo todos os níveis de atenção, destacando-

se: o rastreamento organizado pela AB, o acesso rápido aos exames complementares na média complexidade, a qualidade desses exames, o atendimento especializado e o acesso aos serviços de alta complexidade em tempo oportuno. Tanto a incidência como a mortalidade por câncer de colo de útero podem ser reduzidas pelo rastreamento.

Quanto à prevenção a este câncer, outra importante estratégia é a vacinação para prevenção do HPV. A vacina Papilomavírus Humano está incluída no calendário de vacinação no RS desde 2014. Atualmente, o Programa Nacional de Imunização oferta a vacina do HPV às meninas de 9 a 14 anos, 11 meses e 29 dias e aos meninos de 11 anos a 14 anos, 11 meses e 29 dias, disponível em todas as Unidades Básicas de Saúde que possuem sala de vacinas.

Segundo Núcleo Estadual de Imunizações, do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), a vacina HPV quadrivalente também está disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) e nas UBS aos indivíduos imunodeprimidos até 26 anos, 11 meses e 29 dias, sob prescrição médica. A cobertura vacinal acumulada até o ano de 2019 de dose 1 foi de 61,18% das meninas (307.944) e de 45,69% dos meninos (163.573). A cobertura vacinal da dose 2 entre as meninas foi de 41,66% (209.707) e meninos - 26,34% (94.299), conforme dados do SI-PNI web.

O câncer de próstata tem se mostrado uma neoplasia que acomete os homens na idade adulta percorrendo sua trajetória até a melhor ou maior idade. Portanto os fatores predisponentes como idade, o histórico familiar, sobrepeso/obesidade, falta de atividade física, alimentação não saudável, excesso no consumo de álcool devem servir para a conscientização dos homens e incorporação pelos profissionais da saúde de mecanismos de busca ativa, de promoção, de prevenção, de tratamento e recuperação possibilitando a esses homens um viver de mais anos com qualidade.

Faz-se necessário diante deste cenário uma completa reorganização desde a atenção primária, passando pela atenção secundária e atenção terciária, redefinindo os fluxos e os pontos de atenção que facilitem o acesso dos homens aos serviços de saúde cada vez mais qualificados e co-responsáveis pelo cuidado da população masculina. A SES/RS vem qualificando essas estruturas a partir do Projeto de Planificação da RAS preparando os serviços e profissionais de saúde para o novo modus operandi que visa uma assistência melhor, efetiva, eficaz e resolutiva.

Nesse sentido, desde 2014 com advento da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem, a partir da Resolução CIB/RS nº236/2014, os municípios são desafiados, com apoio direto e indireto das CRS, a incorporarem em ações e metas na atenção à saúde os mecanismos eficazes que promovam o acesso dos homens aos serviços de saúde em geral e em especial à saúde sexual e reprodutiva com ênfase ao trato genito-urinário.

Ademais, as estratégias de atuação para o câncer bucal na AB incluem intervenções centradas na promoção da saúde, incluindo ações individuais e coletivas educativas, de prevenção e detecção precoce das lesões de mucosa e câncer de boca, direcionadas ao controle dos fatores e condições de risco, estimulando o exame sistemático da cavidade bucal pelos profissionais de saúde para detecção precoce. Deve haver a integração da equipe saúde bucal aos programas de controle do tabagismo, etilismo e outras ações de proteção e prevenção do câncer. O diagnóstico do câncer de cavidade oral é realizado através da anamnese associada ao exame clínico, confirmado pela biópsia. Esse procedimento, na grande maioria das vezes, pode ser feito de forma ambulatorial, com anestesia local, preferencialmente, pelo cirurgião-dentista da AB. Os casos mais complexos podem ser referenciados para a realização da biópsia no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), ou quando não houver este serviço no município ou região, para o estomatologista de referência.

Mediante aos achados nos exames de rastreamento, surgiu a necessidade de matricular as equipes da AB para a melhor condução dos casos. Diante desse cenário, a SES/RS em parceria com o TelessaúdeRS/UFRGS, desenvolveu o RegulaSUS. Esse projeto consiste em disponibilização de teleconsultorias, via contato telefônico, para discussão de casos entre os profissionais da AB e os teleconsultores. Essa ação visa diminuir o tempo de espera às consultas especializadas, priorizando o atendimento aos pacientes mais graves e orientando, em muitos casos, a resolutividade nos próprios municípios dos usuários.

Nesta parceria, por meio do RegulaSUS, também foram desenvolvidos Protocolos clínicos para auxiliar na avaliação do caso, estratificação de risco e padronizar os critérios para o encaminhamento dos pacientes. Esses, além de qualificar o encaminhamento,

subsidiar a regulação dos mesmos. Tais protocolos estão disponíveis no seguinte endereço: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/nossos-servicos/teleconsultoria/regulasus/>.

Além do Projeto RegulaSUS, a SES/RS em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) do Hospital Albert Einstein, vem desenvolvendo em sete regiões de saúde a Planificação da Rede de Atenção à Saúde que busca problematizar e refletir sobre o papel da AB como ordenadora da assistência, fornecendo apoio técnico às equipes gestoras, que por meio de oficinas e tutorias mensais, orienta a organização dos processos de trabalho das equipes, na definição dos fluxos e nas pactuações.

Essas oficinas envolvem discussões sobre a RAS, a APS, a territorialização, a Vigilância em Saúde, a assistência farmacêutica, o apoio diagnóstico, o monitoramento e avaliação das ações e a atenção aos eventos agudos e das condições crônicas. Orientam, ainda, os processos de trabalho de:

- acolhimento com classificação de risco dos usuários da área de abrangência das Unidades de Saúde;
- orientação, auxílio e acompanhamento dos usuários no processo de autocuidado;
- estímulo quanto à promoção da saúde, com ênfase na adoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada, redução do consumo abusivo de álcool, estímulo à prática de atividades físicas e combate ao tabagismo;
- desenvolvimento de estratégias de qualificação para os profissionais das equipes de saúde em relação às ações de promoção da saúde e detecção precoce do câncer;
- realização de ações educativas a fim de sensibilizar a população para o controle do tabagismo e quanto ao uso abusivo de álcool e outras drogas e suas consequências;
- estímulo à higiene oral e ao comparecimento regular ao dentista, além do exame clínico cuidadoso da boca em todas as consultas, mesmo que a queixa principal não se concentre nesta etimologia;
- orientação aos usuários quanto à prevenção a partir da detecção, controle e diminuição dos fatores de risco ou dos fatores causais dos cânceres;
- orientação e captação dos usuários das Unidades de Saúde para estratégias de diagnóstico precoce;
- educação em saúde dos usuários e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer;
- orientação quanto às formas de acesso aos serviços de saúde e os fluxos da Rede de Atenção.

4.2 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 uma 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.

4.2.1 Média Complexidade Ambulatorial

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 de fundamental importância 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.

4.2.1.1 Diagnóstico

Exame Citopatológico de Colo Uterino e Colposcopia

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 método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico, que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual.

A rotina recomendada para o rastreamento no Brasil é a repetição do exame Papanicolaou 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. A periodicidade de três anos tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Tais diretrizes justificam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos.

Na Tabela 2 apresenta-se a produção de exames citopatológicos no câncer de colo uterino na população feminina entre 25 e 64 anos no período de 2017 a 2019 por Região de Saúde e o percentual atingido em 2019.

Tabela 2. Produção de exames citopatológicos de colo do útero de 25 a 64 anos, por Região de Saúde, RS, 2017-2019.

Região de Saúde	Pop. feminina 25-64 anos	Pop. alvo	2017	2018	2019	% atingido 2019
01 - Verdes Campos	123.375	37.013	14.172	14.512	13.804	37,3
02 - Entre-Rios	34.055	10.217	5.899	5.382	6.153	60,23
03 - Fronteira Oeste	122.663	36.799	325	298	15.156	41,19
04 - Belas Praias	45.145	13.544	7.428	5.511	10.859	80,18
05 - Bons Ventos	65.867	19.760	9.100	5.706	9.997	50,59
06 – Vale do Paranhana/Costa da Serra	64.966	19.490	231	8.263	8.756	44,93
07 - Vale dos Sinos	237.884	71.365	27.985	27.624	33.474	46,91
08 - Vale do Caí/Metropolitana	216.878	65.063	7.855	18.564	27.131	41,7
09 - Carbonífera/Costa Doce	111.676	33.503	3.300	13.316	12.981	38,75
10 - Capital/Vale do Gravataí	676.496	202.949	1.132	15.861	43.311	21,34
11 - Sete Povos das Missões	77.212	23.164	13.570	13.008	11.933	51,52
12 - Portal das Missões	42.317	12.695	7.110	6.930	6.569	51,74
13 - Região da Diversidade	63.634	19.090	10.837	12.152	10.567	55,35
14 - Fronteira Noroeste	63.603	19.081	12.702	11.897	12.058	63,19
15 - Caminho das Águas	49.512	14.854	11.936	10.221	10.092	67,94

16 - Alto Uruguai Gaúcho	65.404	19.621	8.914	9.316	9.615	49
17 - Região do Planalto	118.436	35.531	19.219	18.243	17.366	48,88
18 - Região das Araucárias	36.680	11.004	7.988	7.392	7.366	66,94
19 - Região do Botucaraí	31.524	9.457	5.336	4.665	4.254	44,98
20 - Rota da Produção	44.187	13.256	10.465	9.051	9.270	69,93
21 - Região Sul	243.261	72.978	22.674	18.328	24.621	33,74
22 - Pampa	51.423	15.427	5.575	5.521	4.823	31,26
23 - Caxias e Hortênsias	176.481	52.944	22.899	19.468	20.373	38,48
24 - Campos de Cima da Serra	26.002	7.801	97	3.625	3.755	48,14
25 - Vinhedos e Basalto	91.758	27.527	13.713	14.166	14.527	52,77
26 - Uva e Vale	55.110	16.533	6.336	3.858	6.233	37,7
27 - Jacuí Centro	55.231	16.569	8.399	8.380	9.207	55,57
28 - Vale do Rio Pardo	99.424	29.827	14.914	11.802	14.554	48,79
29 - Vales e Montanhas	63.965	19.190	11.870	11.858	14.189	73,94
30 - Vale da Luz	36.470	10.941	5.180	5.360	6.621	60,52
TOTAL RS	3.190.639	957.192	297.161	320.278	399.615	41,75

Fonte: DATASUS.

Estes dados confirmam o maior acesso a este método diagnóstico ao longo dos anos, entretanto ainda resta o desafio de implementar estas ações em várias regiões de saúde. No Quadro 2 são apresentados os valores de produção dos laboratórios de Citopatologia, no ano de 2019, por Região e Macrorregião de Saúde.

Quadro 2. Produção dos laboratórios de Citopatologia, por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2019.

Macro	Região de Saúde	CNES	Estabelecimento	Produção
CENTRO-OESTE	R1	2242257	Labivida Laboratório de Análises Clínicas	12.460
		3971945	Laboratório Diagnostika	1.479
	R2	2243229	Laboratório Dr Tuiuti Leandro Guerra	3.536
		7160518	Biomédico	2.386
	R3	em processo de chamamento		
METROPOLITANA	R4	2707969	Hospital Santa Luzia	2.864
	R5	6534694	Laboratório Cito	9.243
	R6	em processo de chamamento		
	R7	2229307	Histolab	3.466
		2229730	CDC NH	1.752
		5258138	Edelweiss Clínica de Diagnósticos	40.916
	R8	2225794	Histomed	2.889
		3508528	Hospital Universitário	32.832
	R9	em processo de chamamento		

	R10	2231786	CGC Viamão	7.910
		2237121	Hospital Sanatório Partenon	235
		2237962	CPEG	20.220
		2262835	Seg Serviço Especializado de Ginecologia SS	11.527
		3513416	Laboratório Edelweiss Ltda	25.255
		5610699	Laboratório Santa Helena Ltda	3.758
MISSIONEIRA	R11	5210917	Laboratórios de Anatomia Patológica Citologia e Análises Clínicas	1.786
		6258603	Laboratório Osvaldo Cruz Bossoroca	3.581
		6269680	Instituto de Anatomia Patológica e Citopatologia DKJ	16.027
	R12	6123791	Medicina Diagnostica	6.659
	R13	2261057	Hospital de Caridade de Ijuí	55
	R14	2254433	Laboratório de Patologia Noroeste Ltda	12.413
NORTE	R15	7176090	Lab Anatop Citop Zanella Ltda	19.709
	R16	2249308	Medicina Diagnostica	7.747
	R17	2245167	Alpha Reveilleau Laboratório	2.878
		2245213	Instituto de Patologia de Passo Fundo	14.710
		2246988	Hospital São Vicente de Paulo	642
		2259990	Centro Municipal de Saúde de Serafina Correa	1.202
		3691314	Laboratório de Citopatologia Carazinho	2.362
		5362423	Biocito	4.097
	R18	em processo de chamamento		
	R19	2245078	Laboratório Bios Soledade	3.781
	R20	em processo de chamamento		
SUL	R21	2707675	Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Jr	616
		5327776	Centro de Especialidades Municipal	7.115
		6248624	Laboratório Labsul	17.331
	R22	2261987	Santa Casa de Caridade de Bagé	4.868
SERRA	R23	2223155	Central de Exames Complementares	14.636
		2239450	Centro de Patologia Médica	10.488
	R24	5893046	Laboratório Núcleo	4.019
		3771016	Diagnose	5.476
		5851009	Icap	7.933
		6771114	Citomed Laboratório de Citologia Clínica Ltda	1.523
	R26	não há registro		
VALES	R27	2233576	Laboratório Santa Lucia Caçapava do Sul	1.471
		5753058	Laboratório de Patologia Rocha e Gonzatti Ltda	7.672
	R28	2255634	Laboratório Santa Cruz	3.606
		2255847	Laboratório de Patologia Rocha e Gonzatti	10.953
	R29	2252287	Hospital Bruno Born	118
		3488330	Laboratório de Patologia Rocha e Gonzatti Filial Lajeado	10.879
		5329922	Centro de Medicina Diagnóstica	9.982
	R30	não há registro		
TOTAL RS				399.063

Fonte: DATASUS.

Neste momento, encontra-se em fase final o chamamento público para contratação de laboratórios de citopatologia, tão logo este certame esteja concluído atualizaremos a pactuação da rede de citopatologia no RS. As mulheres diagnosticadas com lesões intraepiteliais do colo do útero no rastreamento devem ser encaminhadas à unidade secundária para confirmação diagnóstica, com a realização da colposcopia, e tratamento, segundo as diretrizes clínicas estabelecidas.

No Quadro 3 são apresentadas as frequências de realização de colposcopia, entre os anos de 2017 e 2019, por Região e Macrorregião de Saúde.

Quadro 3. Frequência de realização de colposcopias, por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2017-2019.

Macro	Região de Saúde	2017	2018	2019
CENTRO-OESTE	01 - Verdes Campos	14.407	14.685	14.235
	02 - Entre-Rios	6.029	5.467	6.222
	03 - Fronteira Oeste	329	305	15.167
METROPOLITANA	04 - Belas Praias	7.511	5.578	10.911
	05 - Bons Ventos	9.305	5.895	10.137
	06 - V.Paranhana/Costa da Serra	373	8.351	8.838
	07 - Vale dos Sinos	28.645	28.251	34.342
	08 - Vale do Caí/Metropolitana	8.300	18.907	27.671
	09 - Carbonífera/Costa Doce	3.879	13.676	13.391
	10 - Capital/Vale do Gravataí	4.711	19.286	46.021
MISSIONEIRA	11 - Sete Povos das Missões	13.744	13.155	12.104
	12 - Portal das Missões	7.174	7.005	6.624
	13 - Região da Diversidade	11.002	12.218	10.677
	14 - Fronteira Noroeste	12.786	12.049	12.117
NORTE	15 - Caminho das Águas	11.992	10.261	10.118
	16 - Alto Uruguai Gaúcho	8.972	9.455	9.711
	17 - Região do Planalto	23.000	22.547	21.842
	18 - Região das Araucárias	8.357	7.676	7.699
	19 - Região do Botucaraí	5.426	4.774	4.453
	20 - Rota da Produção	10.588	9.206	9.524
SUL	21 - Região Sul	22.974	18.574	24.947
	22 - Pampa	5.648	5.567	4.880
SERRA	23 - Caxias e Hortênsias	24.047	20.386	21.429
	24 - Campos de Cima da Serra	161	3.684	3.808
	25 - Vinhedos e Basalto	13.744	14.255	14.757
	26 - Uva e Vale	6.457	4.009	6.375
VALES	27 - Jacuí Centro	8.528	8.439	9.244
	28 - Vale do Rio Pardo	15.196	12.060	14.742
	29 - Vales e Montanhas	11.873	11.959	14.497

	30 - Vale da Luz	5.219	5.392	6.651
TOTAL RS		310.377	333.072	413.134

Fonte: DATASUS.

A proposta de referenciamento para os exames colposcópicos encontra-se em fase de pactuação.

Mamografia

A detecção precoce é um componente importante na estratégia do manejo do câncer de mama e é subdividida na realização de diagnóstico precoce em mulheres com sinais e sintomas suspeitos e no rastreamento em mulheres assintomáticas. O objetivo da detecção precoce é de aumentar as chances de sucesso aos tratamentos, detectando a doença em estágios iniciais onde os tratamentos são mais efetivos.

A mamografia tem um papel importante nos programas de controle do câncer e pode reduzir a mortalidade por câncer de mama em média 38%, podendo atingir entre 15% e 53%. Os serviços de diagnóstico requerem um sistema de saúde organizado e articulado para otimizar oportunamente o acesso a procedimentos terapêuticos. Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, a mamografia de rastreamento, em mulheres assintomáticas, deve ser ofertada a cada dois anos para usuárias na faixa etária entre 50-69 anos, enquanto aquelas com qualquer sintoma ou sinal suspeito de malignidade, devem ser investigadas tão logo possível, independentemente da idade.

O RS conta com 171 mamógrafos em uso no SUS, sendo 30 deles com estereotaxia. Segundo a Divisão de Detecção Precoce do INCA/MS, 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:

$$\text{Número de mamógrafos} * 3 \text{ exames/hora} * \text{turno trabalho de 8h} * 22 \text{ dias} * 12 \text{ meses} * \\ \text{desempenho de 80\%} = \mathbf{5.069 \text{ mamografias/ano}}$$

Considera-se que, em um turno de 8 horas diárias de trabalho, é possível realizar uma mamografia a cada 20 minutos, em um mamógrafo simples. Em uma hora, podem ser

realizadas três mamografias e, em 8 horas, 24. Neste cálculo foram considerados o total de dias úteis no mês durante um ano e a utilização do equipamento com 80% de sua capacidade (INCA, 2015). Desta forma, se todos os mamógrafos disponíveis para o SUS no Estado operassem na sua capacidade máxima, teríamos 866.799 mamografias/ano, número superior ao necessário para exames de rastreamento.

A produção de mamografias do RS é dividida em dois subtipos: 1) mamografia com finalidade de avaliação periódica de mulheres de alto risco de câncer de mama, diagnóstico em mulheres com mamas alteradas ao exame clínico, estadiamento (avaliação da extensão de um tumor maligno já diagnosticado) e acompanhamento de doente operado de câncer de mama, que pode ser realizada unilateralmente ou bilateralmente e aplica-se a homens e mulheres, em qualquer faixa etária, e 2) mamografia bilateral de rastreamento, realizada em mulheres assintomáticas, sem diagnóstico prévio de câncer de mama e com mamas sem alterações ao exame clínico, aplicando-se, prioritariamente, a mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de idade, com periodicidade bianual.

A Tabela 3 apresenta a produção de total de mamografias de rastreamento e percentual atingido da meta em 2019, no período de 2017 a 2019, na população de 50-69 anos, por Região de Saúde.

Tabela 3. Produção total de mamografias de rastreamento e percentual atingido da meta em 2019, na população de 50-69 anos, por Região de Saúde, RS, 2017-2019.

Região de Saúde	Pop. 50-69 anos (2019)	50% pop	Exames a cada 2 anos	2017	2018	2019	% atingido em 2019
01 - Verdes Campos	55.384	27.692	13.846	4.664	6.006	7.761	56
02 - Entre-Rios	16.151	8.076	4.038	2.562	2.351	2.690	67
03 - Fronteira Oeste	54.644	27.322	13.661	7.120	6.431	7.537	55
04 - Belas Praias	20.036	10.018	5.009	3.607	3.069	3.531	70
05 - Bons Ventos	31.355	15.678	7.839	4.145	4.788	5.676	72
06 - V.Paranhana/Costa da Serra	25.471	12.736	6.368	3.142	3.090	2.650	42
07 - Vale dos Sinos	95.660	47.830	23.915	14.902	14.233	16.536	69
08 - Vale do Caí/Metropolitana	89.097	44.549	22.274	11.568	11.953	8.151	37
09 - Carbonífera/Costa Doce	47.197	23.599	11.799	6.491	6.419	5.311	45

10 - Capital/Vale do Gravataí	289.055	144.528	72.264	35.025	39.199	40.263	56
11 - Sete Povos das Missões	36.253	18.127	9.063	6.575	6.810	7.125	79
12 - Portal das Missões	19.238	9.619	4.810	2.605	2.379	2.477	52
13 - Região da Diversidade	29.067	14.534	7.267	4.557	5.612	5.272	73
14 - Fronteira Noroeste	31.312	15.656	7.828	6.305	6.899	6.340	81
15 - Caminho das Águas	23.609	11.805	5.902	5.776	6.278	5.131	87
16 - Alto Uruguai Gaúcho	30.335	15.168	7.584	7.508	6.969	6.239	82
17 - Região do Planalto	50.107	25.054	12.527	8.526	7.961	7.042	56
18 - Região das Araucárias	17.470	8.735	4.368	4.091	4.301	3.792	87
19 - Região do Botucaraí	14.110	7.055	3.528	1.929	2.012	1.885	53
20 - Rota da Produção	19.958	9.979	4.990	3.940	4.021	3.627	73
21 - Região Sul	108.341	54.171	27.085	6.105	7.700	6.545	24
22 - Pampa	22.253	11.127	5.563	1.648	1.481	1.433	26
23 - Caxias e Hortênsias	68.775	34.388	17.194	10.052	8.490	12.148	71
24 - Campos de Cima da Serra	11.162	5.581	2.791	1.486	1.550	1.505	54
25 - Vinhedos e Basalto	39.421	19.711	9.855	7.035	7.700	6.552	66
26 - Uva e Vale	23.368	11.684	5.842	2.427	2.892	3.123	53
27 - Jacuí Centro	25.930	12.965	6.483	3.881	3.472	4.483	69
28 - Vale do Rio Pardo	43.211	21.606	10.803	5.664	4.310	4.930	46
29 - Vales e Montanhas	28.222	14.111	7.056	4.942	4.763	4.679	66
30 - Vale da Luz	15.700	7.850	3.925	2.687	1.546	1.374	35
Total	1.381.892	690.946	345.473	190.965	194.685	195.808	57

Fonte: DATASUS.

De acordo com estes dados temos como objetivo ampliar o acesso à realização de mamografias de rastreamento, principalmente nas Regiões de Saúde onde este índice é inferior a 50%.

De acordo com a Portaria MS nº 189/2014, que institui os **serviços de referência para o diagnóstico de câncer de mama (SDM) e de lesões precursoras de colo uterino (SRC)**, o Estado possui duas unidades habilitadas para prestar este atendimento: o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e o Hospital Fêmina, do Grupo Hospitalar Conceição. Devido à prevalência de ambas neoplasias no Estado e a importância do diagnóstico e tratamento em tempo oportuno a proposta é que se habilite pelo menos uma unidade SDM/SRC por macrorregião no RS.

Para monitorar a qualidade dos serviços de mamografia públicos e privados no estado, foi instituído um programa de fiscalização sanitária, a Ação Permanente de Avaliação da Imagem Mamográfica por Fantoma no RS (APAIMFRS), pela Portaria

SES/RS Nº902/2015. Para isso, são utilizados fantasmas (simuladores) de mama, cuja imagem resultante da exposição ao Raio-X deve ser condizente com o padrão esperado.

Um dos principais fatores que influenciam diretamente o diagnóstico de uma imagem é a sua qualidade. Imagens com artefatos, riscos, estruturas mal definidas, borradas, com baixo contraste são algumas situações que podem levar a diagnósticos errados. Caso as imagens encaminhadas para o Setor de Radiações do CEVS apresentem problemas, são solicitados outros testes de controle de qualidade dos equipamentos, processos e rotinas de capacitação de técnicos que sejam relevantes para uma boa aquisição de mamografias.

Com relação aos estabelecimentos que iniciam a participação no programa da APAIMFRS e continuam a participar, as melhorias observadas são visíveis. É notável a evolução dos serviços à medida que participam do programa. Com o georreferenciamento dos estabelecimentos que realizam exames de mamografia no Estado e os serviços cujas imagens são analisadas pela APAIMFRS, também é possível inferir atributos com relação à qualidade das imagens e os diagnósticos obtidos. Espera-se atingir 95% de imagens analisadas em conformidade com o padrão do simulador.

Além disso, são relevantes também observações quanto à atuação das consultorias de Física Médica, que assessoram os serviços de mamografia com a realização de testes de controle de qualidade dos equipamentos, processos de trabalho e proteção radiológica. A partir das imagens apresentadas e dos parâmetros utilizados durante a coleta, pode-se correlacionar as áreas geográficas de atuação das consultorias com a qualidade dos serviços prestados aos estabelecimentos atendidos. A geração de mapas possibilita observar geograficamente, inferindo atributos de desempenho das assessorias.

Biópsias

Apesar da suspeição diagnóstica do câncer em geral advir de resultados de observação clínica (exame físico) ou exames radiológicos, como tomografia e mamografia por exemplo, o diagnóstico de certeza do câncer se dá através da comprovação histopatológica. Desta forma, a qualidade da amostra de tecido, coletada através de punção

direta ou com auxílio radiológico, exérese parcial ou total do tecido suspeito é fundamental para a detecção da malignidade.

No RS, foram realizadas 44.234 biópsias em 2017, 42.993 em 2018 e 45.213 em 2019. A Tabela 4 apresenta os subtipos de biópsias mais frequentemente realizados em 2019. Esse padrão tem se mantido estável ao longo do período analisado (representados percentuais acima de 1%).

Tabela 4. Quantitativo de subtipos de biópsias mais frequentemente realizadas, RS, 2019.

Tipo de biópsia	Realizado em 2019	%
Biópsia de Pele e Partes Moles	14.528	31,92%
Biópsia Percutânea Orientada por Tomografia Computadorizada/Ultrassonografia/Ressonância Magnética	7.037	15,46%
Biópsia de Tireoide ou Paratireoide - Paaf	6.442	14,15%
Biópsia / Punção de Tumor Superficial da Pele	3.710	8,15%
Biópsia do Colo Uterino	2.837	6,23%
Biópsia de Próstata	2.359	5,18%
Biópsia dos Tecidos Moles da Boca	1.874	4,12%
Biópsia de Medula Óssea	1.508	3,31%
Biópsia/Exerese de Nódulo De Mama	1.239	2,72%
Biopsia de Endométrio	803	1,76%
Biópsia de Faringe	551	1,21%
Biópsia de Lesão de Partes Moles (Por Agulha/Céu Aberto)	494	1,09%

Fonte: DATASUS.

Em relação aos tumores mais prevalentes na população feminina (mama) e masculina (próstata), entre 2017 e 2019 foram realizadas 4.654 biópsias mamárias e 2.359 biópsias prostáticas, conforme a Tabela 5.

Tabela 5. Quantitativos de biópsias mamárias e prostáticas realizadas, RS, 2017-2019.

Procedimento	2017	2018	2019
BIÓPSIAS MAMÁRIAS			
Biópsia/Exerese de Nódulo de Mama	480	990	1.239
Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina	1.624	1.820	1.530
Punção de Mama por Agulha Grossa	1.641	1.630	1.885
Total	3.745	4.440	4.654
BIÓPSIAS PROSTÁTICAS			

Biópsia de Próstata	2.724	2.550	2.359
TOTAL RS	2.724	2.550	2.359

Fonte: DATASUS.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 01/2017 o quantitativo estimado de biópsias de próstata é de 300 biópsias/100.000 habitantes e o RS atingiu somente em torno de 13% do percentual esperado deste exame. Este cenário demonstra a necessidade de ampliação de ofertas de biópsias em geral, mais notadamente no manejo de casos suspeitos de câncer de próstata.

Exames Anatomopatológicos

Os exames anatomopatológicos e as análises imunohistoquímicas representam um elemento fundamental na linha de cuidado da oncologia; além da confirmação do diagnóstico de câncer, estes procedimentos são determinantes do prognóstico e de escolhas terapêuticas. O Quadro 4 mostra a produção de exames anatomopatológicos e imunohistoquímicos, em caráter ambulatorial, de 2017 a 2019, no RS.

Quadro 4. Produção de exames anatomopatológicos e análises imunohistoquímicas, RS, 2017-2019.

Macro	Região de Saúde	ANATOMOPATOLÓGICOS			IMUNOHISTOQUÍMICOS		
		2017	2018	2019	2017	2018	2019
CENTRO-OESTE	01 - Verdes Campos	13.102	12.981	10.628	1.344	1.428	1.252
	02 - Entre-Rios	6.228	6.604	7.454	473	464	565
	03 - Fronteira Oeste	2.978	2.996	3.467	486	654	907
METROPOLITANA	04 - Belas Praias	6.870	7.924	9.981	618	557	645
	05 - Bons Ventos	13.150	16.422	19.463	695	819	923
	06 - V.Paranhana/Costa da Serra	8.097	8.296	8.301	329	586	393
	07 - Vale dos Sinos	18.481	19.901	18.187	3.473	3.689	3.419
	08 - Vale do Caí/Metropolitana	12.645	16.210	18.416	1.005	1.161	1.682
	09 - Carbonífera/Costa Doce	11.975	13.184	13.254	1.286	1.302	1.461
	10 - Capital/Vale do Gravataí	59.309	63.416	62.153	8.011	9.123	10.131
	11 - Sete Povos das Missões	7.537	8.269	9.954	1.701	2.007	2.995
MISSOINEIRA	12 - Portal das Missões	4.375	4.491	5.013	900	883	632

	13 - Região da Diversidade	10.279	9.898	9.370	1.210	1.231	1.164
	14 - Fronteira Noroeste	9.109	10.239	9.664	563	806	620
NORTE	15 - Caminho das Águas	15.039	17.801	14.919	744	899	942
	16 - Alto Uruguai Gaúcho	21.580	20.325	22.484	1.609	1.829	1.570
	17 - Região do Planalto	20.220	22.239	21.725	3.337	3.570	4.246
	18 - Região das Araucárias	6.042	8.318	8.432	791	1.075	1.285
	19 - Região do Botucaraí	3.560	4.097	5.120	529	766	1.112
	20 - Rota da Produção	7.191	8.289	7.633	588	764	793
SUL	21 - Região Sul	18.439	17.453	17.164	1.406	1.866	1.589
	22 - Pampa	1.904	1.854	1.985	271	499	575
SERRA	23 - Caxias e Hortênsias	12.677	13.225	18.655	1.633	1.596	1.789
	24 - Campos de Cima da Serra	2.269	3.670	3.478	209	237	301
	25 - Vinhedos e Basalto	8.897	11.088	10.768	1.267	1.410	1.542
	26 - Uva e Vale	4.990	5.023	4.978	397	559	495
VALES	27 - Jacuí Centro	4.273	6.048	6.136	627	750	700
	28 - Vale do Rio Pardo	14.021	14.251	15.793	1.489	1.438	1.781
	29 - Vales e Montanhas	10.738	12.894	12.871	1.487	1.354	1.478
	30 - Vale da Luz	2.268	2.385	2.689	573	692	543
TOTAL RS		338.243	369.791	380.135	39.051	44.014	47.530

Fonte: DATASUS.

Procedimentos Endoscópicos

As endoscopias representam uma importante ferramenta no diagnóstico de lesões neoplásicas no trato gastrointestinal e, também em outros sítios, como corpo do útero, pulmão, bexiga e tumores de cabeça e pescoço. A Portaria de Consolidação nº 01/2017 define alguns parâmetros mínimos de procedimentos a cada 100 mil habitantes. Na Tabela 6 constam os parâmetros de cada procedimento endoscópico, o quantitativo conforme a população total do RS e as produções de 2017 a 2019.

Tabela 6. Quantitativo mínimo de procedimentos endoscópicos e valores de produção, RS, 2017-2019.

Procedimento	Para 100.000 habitantes	POP RS 11.377.239	2017	2018	2019	% 2019
Endoscopia Digestiva Alta	1.700	193.413	38.028	39.306	44.095	22,8
Colonoscopia	350	39.820	25.155	24.060	27.471	68,99
Retossigmoidoscopia	300	34.132	1.268	1.221	964	2,82
Videolaringoscopia	460	52.335	32.450	36.013	39.086	74,68
Broncoscopia	120	13.653	2.263	2.190	1.704	12,48
Cistoscopia	100	11.377	4.702	4.545	4.549	39,98

Fonte: DATASUS.

O Quadro 5 apresenta as produções de exames endoscópicos digestivos, entre 2017 e 2019 no RS, por Região e Macrorregião de Saúde.

Quadro 5. Quantitativos das produções de exames endoscópicos digestivos, por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2017-2019.

Macro	Região de Saúde	ENDOSCOPIAS			COLONOSCOPIAS/ RETOSIGMOIDOSCOPIAS		
		2017	2018	2019	2017	2018	2019
CENTRO-OESTE	01 - Verdes Campos	1.052	1.045	1.285	690	636	548
	02 - Entre-Rios	328	291	561	146	137	166
	03 - Fronteira Oeste	1.073	858	873	658	744	552
METROPOLITANA	04 - Belas Praias	319	264	191	226	185	153
	05 - Bons Ventos	652	300	347	335	206	255
	06 - V.Paranhana/Costa da Serra	1.168	1.201	1.078	693	794	806
	07 - Vale dos Sinos	2.275	1.986	2.331	1.653	1.432	1.784
	08 - Vale do Caí/Metropolitana	4.122	3.757	3.890	2.050	1.803	1.835
	09 - Carbonífera/Costa Doce	1.200	1.358	1.355	839	900	779
	10 - Capital/Vale do Gravataí	7.443	7.168	9.047	7.579	6.678	8.267
MISSIONEIRA	11 - Sete Povos das Missões	341	414	677	453	709	379
	12 - Portal das Missões	353	556	437	120	97	96
	13 - Região da Diversidade	1.662	1.841	2.001	969	635	942
	14 - Fronteira Noroeste	1.229	847	850	885	597	585

NORTE	15 - Caminho das Águas	1.904	1.726	1.942	735	612	646
	16 - Alto Uruguai Gaúcho	1.319	1.978	2.027	989	1.287	1.346
	17 - Região do Planalto	1.901	2.158	1.848	1.616	1.641	1.459
	18 - Região das Araucárias	367	546	644	232	408	498
	19 - Região do Botucaraí	684	591	697	352	396	415
	20 - Rota da Produção	682	580	930	225	188	358
SUL	21 - Região Sul	2.570	2.651	1.829	1.384	1.108	1.498
	22 - Pampa	521	922	668	324	423	435
SERRA	23 - Caxias e Hortênsias	1.562	1.843	3.814	1.330	1.054	1.137
	24 - Campos de Cima da Serra	54	60	40	32	42	36
	25 - Vinhedos e Basalto	680	1.116	1.767	447	722	1.200
	26 - Uva e Vale	218	454	420	122	355	363
VALES	27 - Jacuí Centro	361	464	431	340	384	361
	28 - Vale do Rio Pardo	1.416	1.585	1.510	542	542	713
	29 - Vales e Montanhas	361	507	470	259	382	556
	30 - Vale da Luz	178	195	91	183	170	239
TOTAL RS		37.995	39.262	44.051	26.423	25.267	28.407

Fonte: DATASUS.

O Quadro 6 apresenta as produções de fibrobronscopias, entre 2017 e 2019 no RS, por Região e Macrorregião de Saúde.

Quadro 6. Quantitativos da realização de fibrobronscopias, RS, 2017-2019.

Macro	Região de Saúde	2017	2018	2019
CENTRO-OESTE	01 - Verdes Campos	198	152	193
	02 - Entre-Rios	64	61	60
	03 - Fronteira Oeste	36	46	51
METROPOLITANA	04 - Belas Praias	42	41	23
	05 - Bons Ventos	35	65	32
	06 - V.Paranhana/Costa da Serra	37	23	17
	07 - Vale dos Sinos	140	126	91
	08 - Vale do Caí/Metropolitana	291	266	195
	09 - Carbonífera/Costa Doce	121	114	65

	10 - Capital/Vale do Gravataí	642	641	406
MISSIONEIRA	11 - Sete Povos das Missões	31	36	21
	12 - Portal das Missões	8	6	7
	13 - Região da Diversidade	24	27	19
	14 - Fronteira Noroeste	11	14	12
NORTE	15 - Caminho das Águas	15	15	9
	16 - Alto Uruguai Gaúcho	5	2	5
	17 - Região do Planalto	10	6	7
	18 - Região das Araucárias	2	0	1
	19 - Região do Botucaraí	2	1	0
	20 - Rota da Produção	6	10	10
SUL	21 - Região Sul	214	252	183
	22 - Pampa	22	19	18
SERRA	23 - Caxias e Hortênsias	78	83	95
	24 - Campos de Cima da Serra	6	3	5
	25 - Vinhedos e Basalto	28	37	30
	26 - Uva e Vale	19	12	8
VALES	27 - Jacuí Centro	38	28	29
	28 - Vale do Rio Pardo	55	48	57
	29 - Vales e Montanhas	45	32	29
	30 - Vale da Luz	29	15	20
TOTAL RS		2.254	2.181	1.698

Fonte: DATASUS.

Estes dados corroboram a proposta de ampliação de procedimentos endoscópicos como um todo, mais notadamente nas endoscopias gastrointestinais.

Imunofenotipagem

Este exame, importante para caracterização de patologias onco-hematológicas, é realizado por diversos prestadores, na sua grande maioria em unidades habilitadas em Hematologia e tem apresentado aumento sustentado nos últimos anos. O Quadro 7 apresenta o quantitativo de exames de imunofenotipagem realizados no RS, por Região e Macrorregião de Saúde, entre os anos de 2017 e 2019.

Quadro 7. Quantitativo de exames de imunofenotipagem, por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2017-2019.

Macro	Região de Saúde	2017	2018	2019
CENTRO-OESTE	01 - Verdes Campos	438	495	635
	02 - Entre-Rios	71	120	154

	03 - Fronteira Oeste	263	213	354
METROPOLITANA	04 - Belas Praias	50	111	126
	05 - Bons Ventos	117	153	202
	06 - V.Paranhana/Costa da Serra	91	287	162
	07 - Vale dos Sinos	269	421	589
	08 - Vale do Caí/Metropolitana	346	621	652
	09 - Carbonífera/Costa Doce	212	391	297
	10 - Capital/Vale do Gravataí	1.245	2.129	2.372
MISSIONEIRA	11 - Sete Povos das Missões	157	191	220
	12 - Portal das Missões	68	71	0
	13 - Região da Diversidade	127	108	111
	14 - Fronteira Noroeste	75	208	145
NORTE	15 - Caminho das Águas	491	289	217
	16 - Alto Uruguai Gaúcho	552	304	214
	17 - Região do Planalto	1.291	734	715
	18 - Região das Araucárias	458	256	307
	19 - Região do Botucaraí	305	190	169
	20 - Rota da Produção	300	75	83
SUL	21 - Região Sul	661	665	559
	22 - Pampa	54	54	83
SERRA	23 - Caxias e Hortênsias	905	949	1.072
	24 - Campos de Cima da Serra	201	134	153
	25 - Vinhedos e Basalto	62	93	218
	26 - Uva e Vale	124	302	338
VALES	27 - Jacuí Centro	80	246	169
	28 - Vale do Rio Pardo	251	501	541
	29 - Vales e Montanhas	332	465	371
	30 - Vale da Luz	120	220	265
TOTAL RS		9.716	10.996	11.493

Fonte: DATASUS.

A Tabela 7 apresenta os estabelecimentos que realizaram este exame e suas respectivas produções em 2019.

Tabela 7. Quantitativos de produção de exames de imunofenotipagem, por estabelecimento, RS, 2019.

CNES	Estabelecimento	Produção
2237601	Hospital de Clínicas	5.403
2246988	Hospital São Vicente de Paulo	1.320
2244306	HUSM Hospital Universitário de Santa Maria	1.138
2252287	Hospital Bruno Born	1.000
2237253	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	693
2223546	Hospital Pompéia	691
2223538	Hospital Geral	650

2261057	Hospital de Caridade de Ijuí	203
2707918	Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim	130
2259907	Hospital Santo Ângelo	109
2252694	Hospital Escola	74
2237571	Hospital Nossa Senhora da Conceição SA	67
2262568	Hospital São Lucas da PUCRS	47
2246929	Hospital da Cidade Passo Fundo	43
2247658	Laboratório Clinilabor	20
2241021	Hospital Tacchini	18
2707675	Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Jr	15
2247623	Laboratório Vitalab	8
2257556	Hospital Montenegro	7
3925544	Laboratório Laborclin	4
8008612	Laboratório Conte Ltda Gravataí	3
2255936	Hospital Ana Nery	1
7044704	Biosul Análises Clínicas São Borja	1
TOTAL RS		11.645

Fonte: DATASUS.

4.2.2.2 Saúde Bucal

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 Odontológicas (CEO) de acordo com a Portaria/GM nº 599/2006. No RS, existem 39 CEO, sendo que 7 são estabelecimentos que atuam como referências regionais, como pode ser visto no Quadro 8.

Quadro 8. Centros de Especialidades Odontológicas, município sede e tipo de referência, por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2020.

Macro	Região de Saúde	Município Sede CEO	Tipo de Referência
CENTRO-OESTE	01- Verdes Campos	Santa Maria	Municipal
		São Sepé	Municipal
	02 - Entre Rios	Santiago	Municipal
	03 - Fronteira Oeste	Alegrete	Municipal
		Rosário do Sul	Municipal
		Uruguaiana	Regional
METROPOLITANA	05- Bons Ventos	Osório	Municipal
	07- Vale dos Sinos	São Leopoldo	Municipal
	08 - Vale do Caí e Metropolitana	Montenegro	Regional
		Canoas	Municipal
	10 - Capital e Vale do Gravataí	Alvorada	Municipal
		Gravataí	Municipal

		Cachoeirinha	Municipal
		Porto Alegre	Municipal
		Porto Alegre	Municipal
		Porto Alegre	Municipal
		Porto Alegre - PUCRS – CS Bom Jesus	Municipal
		Porto Alegre - UFRGS - Sede	Municipal
		Porto Alegre - ULBRA – P.A. Cruzeiro do Sul	Municipal
MISSIONEIRA	11 - Sete Povos das Missões	São Luiz Gonzaga	Municipal
		Santo Ângelo	Municipal
		São Borja	Regional
	13 - Região da Diversidade	Panambi	Municipal
		Ijuí	Municipal
		Ijuí - Consórcio Intermunicipal de Saúde	Regional
		Ijuí - Consórcio Intermunicipal de Saúde - 000886	Regional
NORTE	15- Caminho das Águas	Tenente Portela	Regional
	16 - Alto Uruguai Gaúcho	Getúlio Vargas	Municipal
		Erechim	Municipal
	17- Região do Planalto	Passo Fundo	Municipal
	19 - Região do Botucaraí	Tapera	Municipal
SUL	21 - Região Sul	São Lourenço do Sul	Municipal
		Canguçu	Regional
		Pelotas	Municipal
	22 - Pampa	Pelotas	Municipal
		Bagé	Municipal
SERRA	23- Caxias e Hortênsias	Caxias do Sul	Municipal
	25- Vinhedos e Basalto	Bento Gonçalves	Municipal
VALES	29- Vales e Montanhas	Lajeado	Municipal
TOTAL RS: 39 CEO			

Fonte: SES/RS.

No exame clínico oral devem ser considerados alguns tipos de lesões suspeitas de câncer bucal ou com potencial de malignização: leucoplasias, queilose actínica, líquen plano, na sua forma erosiva ou ulcerada. Qualquer lesão dos tecidos moles da boca que não apresente regressão espontânea ou com remoção de possíveis fatores causais, como dentes fraturados, bordas cortantes em próteses, etc, em no máximo 03 semanas, deve ser referenciada para diagnóstico.

No RS, o EstomatoNet, parceria da SES/RS e Ministério da Saúde (MS), é um serviço de telediagnóstico para lesões bucais, criado em junho de 2015. O objetivo é dar suporte a médicos e cirurgiões-dentistas da AB no diagnóstico e tratamento de lesões bucais, evitar encaminhamentos desnecessários e diminuir o tempo de espera para consulta

com especialistas em casos de alto risco para câncer. A solicitação é realizada pela Plataforma do TelessaúdeRS.

Quando da confirmação diagnóstica em câncer oral, os usuários são encaminhados para a Especialidade de Cabeça e Pescoço na Unidade Oncológica.

O Quadro 9 apresenta as referências pactuadas na Resolução CIB/RS nº 39/2016.

Quadro 9. Referências para o tratamento de câncer bucal, estimativas de novos casos, sessões de quimioterapia e campos de radioterapia, por CRS e Região de Saúde, RS, 2016.

CRS	Região de Saúde	Casos câncer bucal 2016	Cirurg	Sessões de quimio	Radio	Unidade de referência
4ª	01 - Verdes Campos	102	74	603	4.891	Hospital Universitário de Santa Maria
	02 - Entre-Rios					
10ª	03 - Fronteira Oeste					
18ª	04 - Belas Praias	296	214	1.744	14.150	HCPA Santa Casa HSL/PUCRS Hospital Conceição
	05 - Bons Ventos					
2ª	09 - Carbonífera/Costa Doce	296	214	1.744	14.150	HCPA Santa Casa HSL/PUCRS Hospital Conceição
	10 - Capital/Vale do Gravataí					
1ª	06 - V.Paranhana/Costa da Serra	30	22	177	1.433	Hospital Bom Jesus de Taquara (incluindo Sapiranga R7)
	07 - Vale dos Sinos	40	22	238	1.928	Hospital Regina de Novo Hamburgo (Campo bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Novo Hamburgo)
		31	22	180	1.463	Hospital Centenário de São Leopoldo
	08 - Vale do Caí/Metropolitana	71	52	420	3.421	Hospital Nossa Senhora das Graças
12ª	11 - Sete Povos das Missões	84	61	495	4.016	Hospital de Caridade de Ijuí
9ª	12 - Portal das Missões					
17ª	13 - Região da Diversidade					
19ª	15 - Caminho das Águas					
15ª	20 - Rota da Produção					
14ª	14 - Fronteira Noroeste	23	17	135	1.095	Hospital Vida e Saúde de Santa Rosa
6ª	17 - Região do Planalto	56	40	329	2.665	Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo Hospital da Cidade de Passo Fundo
	18 - Região das Araucárias					
	19 - Região do Botucaraí					
	17 - Região do Planalto	9	6	52	424	Hospital de Caridade de Carazinho (Almirante T. do Sul, Carazinho, Coqueiros do Sul, Lagoa dos Três Cantos, Não-me-Toque, Sto Antônio do Planalto, Victor Graeff)

11ª	16 - Alto Uruguai Gaúcho	42	30	246	1.994	Hospital Santa Terezinha de Erechim
19ª	15 - Caminho das Águas					
15ª	20 - Rota da Produção					
3ª	21 - Região Sul	60	43	353	2.862	Santa Casa de Pelotas / FAU
	21 - Região Sul	27	19	18	1.279	Santa Casa de Rio Grande (Chuí, Rio Grande, St Vitória do Palmar, S. José do Norte)
7ª	22 - Pampa	19	13	110	892	Santa Casa de Bagé
5ª	23 - Caxias e Hortênsias	84	61	4.952	4.017	Hospital Geral Hospital Pompéia
	24 - Campos de Cima da Serra					
	26 - Uva e Vale	29	21	173	1.405	Hospital Tacchini
	25 - Vinhedos e Basalto					
8ª	27 - Jacuí Centro	48	35	286	2.316	Hospital Ana Nery, Santa Cruz do Sul
13ª	28 - Vale do Rio Pardo					
1ª	08 - Vale do Caí/Metropolitana (Triunfo)					
2ª	09 - Carbonífera/Costa Doce					
16ª	29 - Vales e Montanhas	34	25	202	1.639	Hospital Bruno Born, Lajeado
	30 - Vale da Luz					
1ª	08 - Vale do Caí/Metropolitana (Tabaí)					
TOTAL RS		1.108	800	6.525	52.938	

Fonte: SES/RS.

O tratamento não se reduz à cirurgia ou radioterapia, mas depende de um complexo trabalho inter e multidisciplinar. O tratamento cirúrgico e radioterápico deverá ser feito em nível de média e alta complexidade, sempre com acompanhamento da equipe de saúde bucal da AB e/ou CEO. O controle de recidivas, bem como o controle dos fatores de risco para o câncer e outras doenças fazem parte da gama de cuidados a serem oferecidos pelo serviço de saúde bucal na fase de acompanhamento.

Quanto à assistência prestada no RS, observa-se que o procedimento mais prevalente no tratamento de câncer bucal é a radioterapia. Segundo o INCA, para tratamento ao paciente oncológico, a cirurgia deveria ser o procedimento de maior expressão, já que o oposto revela uma baixa detecção precoce, demonstrando a necessidade de priorizar as ações de promoção e prevenção em saúde.

4.2.2 Alta Complexidade Ambulatorial

É definido como de 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). A alta complexidade ambulatorial engloba desde métodos diagnósticos fundamentais para o diagnóstico até procedimentos especializados para o tratamento do câncer.

Tomografia Computadorizada

As tomografias se constituem em um conjunto de procedimentos radiológicos importantes tanto na detecção como no diagnóstico e acompanhamento dos pacientes com câncer. O RS conta com 200 equipamentos em uso para o SUS, entretanto, não é possível determinar o quantitativo específico destes exames destinados ao manejo dos pacientes oncológicos.

O Quadro 10 apresenta a produção de tomografias computadorizadas realizadas de 2017 a 2019, por Região e Macrorregião de Saúde.

Quadro 10. Quantitativo de produção de tomografias computadorizadas, por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2017-2019.

Macro	Região de Saúde	2017	2018	2019
CENTRO-OESTE	01 - Verdes Campos	14.012	17.039	18.567
	02 - Entre-Rios	3.766	4.161	4.719
	03 - Fronteira Oeste	8.892	9.348	10.104
METROPOLITANA	04 - Belas Praias	12.856	13.836	15.092
	05 - Bons Ventos	10.210	10.488	13.527
	06 - V.Paranhana/Costa da Serra	13.211	13.238	12.932
	07 - Vale dos Sinos	21.548	24.789	27.877
	08 - Vale do Caí/Metropolitana	41.592	45.380	45.813
	09 - Carbonífera/Costa Doce	13.808	18.723	19.386
	10 - Capital/Vale do Gravataí	107.041	114.030	128.350
MISSIONEIRA	11 - Sete Povos das Missões	7.727	8.407	9.637
	12 - Portal das Missões	2.076	2.943	4.162
	13 - Região da Diversidade	8.870	9.005	9.310
	14 - Fronteira Noroeste	6.589	7.641	10.100
NORTE	15 - Caminho das Águas	10.439	11.018	11.357

	16 - Alto Uruguai Gaúcho	2.528	5.117	7.772
	17 - Região do Planalto	16.324	15.070	15.762
	18 - Região das Araucárias	3.777	4.280	5.643
	19 - Região do Botucaraí	4.821	5.517	6.800
	20 - Rota da Produção	5.751	5.836	6.998
SUL	21 - Região Sul	24.836	25.438	25.613
	22 - Pampa	2.552	5.767	4.207
SERRA	23 - Caxias e Hortênsias	13.546	14.287	17.384
	24 - Campos de Cima da Serra	1.763	2.002	2.286
	25 - Vinhedos e Basalto	10.072	11.345	11.927
	26 - Uva e Vale	4.744	5.037	6.564
VALES	27 - Jacuí Centro	5.326	6.554	7.630
	28 - Vale do Rio Pardo	7.787	8.545	12.584
	29 - Vales e Montanhas	6.151	6.577	6.707
	30 - Vale da Luz	3.939	3.792	4.149
TOTAL RS		396.559	435.213	482.960

Fonte: DATASUS.

Os dados apresentados de 2019 evidenciam o aumento de 11% na oferta de tomografias, em todas as Regiões de Saúde, em comparação ao ano anterior. Entretanto, assumindo-se a estimativa de necessidade de 60 exames de tomografia para 1.000 habitantes/ano, com valor ideal de 682.637 exames, ainda temos déficit de 30% neste procedimento.

Ressonância Nuclear Magnética

Assim como as tomografias, o papel da Ressonância Nuclear Magnética (RNM) no manejo das neoplasias está bem estabelecido. A RNM demonstra-se superior no diagnóstico e acompanhamento de lesões neoplásicas neurológicas, mamárias e prostáticas, além de ser uma importante ferramenta no planejamento radioterápico de vários tumores.

O RS possui 101 equipamentos de RNM em uso atualmente pelo SUS, de acordo com dados extraídos do CNES. O Quadro 11 abaixo apresenta a produção dos exames realizados a nível ambulatorial de 2017 a 2019.

Quadro 11. Quantitativo de RNM realizadas em nível ambulatorial, por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2017-2019.

Macro	Região de Saúde	2017	2018	2019
CENTRO-OESTE	01 - Verdes Campos	1.476	1.187	1.540
	02 - Entre-Rios	1.204	1.378	1.616
	03 - Fronteira Oeste	2.769	2.821	2.903
METROPOLITANA	04 - Belas Praias	688	712	846
	05 - Bons Ventos	958	973	1.042
	06 - V.Paranhana/Costa da Serra	1.150	1.111	1.248
	07 - Vale dos Sinos	5.121	4.391	4.223
	08 - Vale do Caí/Metropolitana	6.258	3.087	3.944
	09 - Carbonífera/Costa Doce	1.569	1.535	1.709
	10 - Capital/Vale do Gravataí	15.915	16.024	18.667
MISSIONEIRA	11 - Sete Povos das Missões	1.897	2.356	3.335
	12 - Portal das Missões	441	459	689
	13 - Região da Diversidade	617	450	570
	14 - Fronteira Noroeste	2.445	2.243	2.318
NORTE	15 - Caminho das Águas	1.836	2.313	2.408
	16 - Alto Uruguai Gaúcho	2.103	2.268	3.637
	17 - Região do Planalto	4.192	3.611	3.986
	18 - Região das Araucárias	889	753	1.094
	19 - Região do Botucarái	1.145	827	924
	20 - Rota da Produção	1.025	1.005	1.216
SUL	21 - Região Sul	1.757	1.836	1.362
	22 - Pampa	629	992	690
SERRA	23 - Caxias e Hortênsias	5.323	5.156	6.035
	24 - Campos de Cima da Serra	585	613	576
	25 - Vinhedos e Basalto	1.366	2.654	1.591
	26 - Uva e Vale	486	597	610
VALES	27 - Jacuí Centro	789	662	666

	28 - Vale do Rio Pardo	1.635	1.980	2.204
	29 - Vales e Montanhas	856	759	732
	30 - Vale da Luz	500	400	407
TOTAL RS		67.624	65.153	72.788

Fonte: DATASUS.

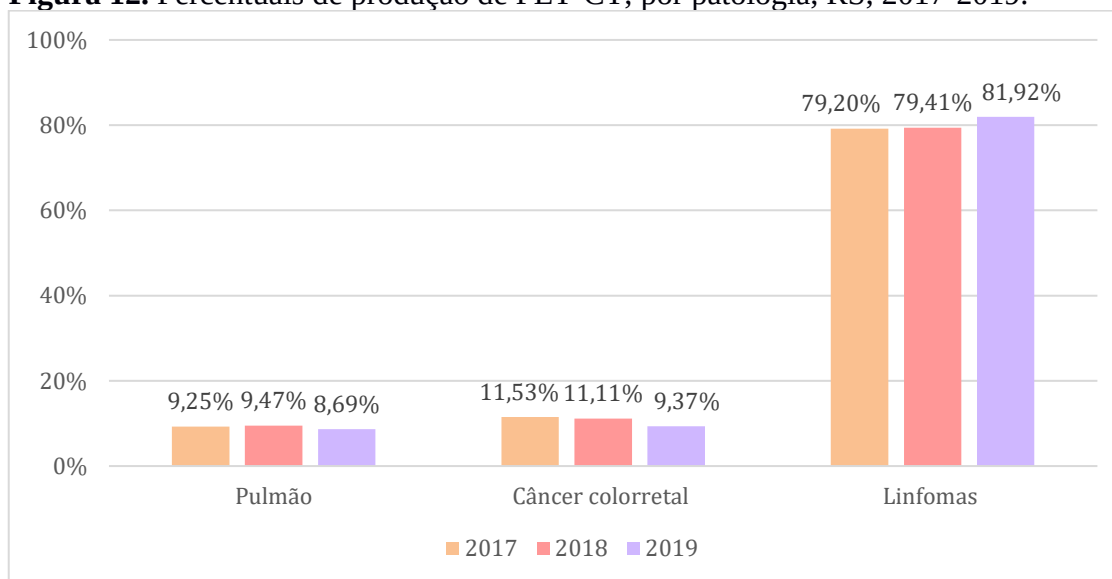
Os dados de 2019 evidenciam aumento da oferta de ressonâncias em 80% das regiões de saúde em comparação ao ano anterior, entretanto as regiões onde houve queda na produção necessitam análise da diminuição de oferta e retomada dos exames. Assim como as tomografias, não há parâmetros definidos das necessidades de RNM em pacientes com câncer, tampouco estimativa da utilização destes exames por pacientes oncológicos no SUS.

PET-CT

Importante ferramenta no diagnóstico e acompanhamento de diversas neoplasias, o PET-CT oncológico (tomografia com emissão de pósitrons) encontra-se disponível para os usuários da Rede de Atenção em Oncologia do RS desde a publicação da Portaria MS nº1.340/2014. Este exame de imagem se constitui em tomografia computadorizada associada ao marcador radioativo que registra, simultaneamente, imagens anatômicas e atividade tecidual em um único exame. Esta adição de informações faz com que o exame seja mais sensível na detecção de tumores e preferencial para acompanhamento da evolução da doença neoplásica e avaliação de resposta ao tratamento oncológico.

Este procedimento está disponível no RS, segundo critérios da Portaria supracitada, para as neoplasias de pulmão, linfomas e tumores de intestino nas seguintes unidades de alta complexidade em Oncologia: Hospital Regina de Novo Hamburgo; Hospital São Lucas da PUCRS; Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; Hospital de Clínicas de Porto Alegre; e, Hospital Pompéia em Caxias do Sul.

Nos últimos três anos a produção de PET-CT no Estado foi de: 1.847 exames em 2017, 1.530 em 2018 e 1.621 em 2019. Apesar do aumento em 6% em 2019, a produção ainda segue inferior ao apresentado em 2017. Em relação às patologias estudadas identifica-se um percentual preponderante de uso nos linfomas, conforme a Figura 12.

Figura 12. Percentuais de produção de PET-CT, por patologia, RS, 2017-2019.

Fonte: DATASUS.

Segundo o Royal College of Radiologists, há necessidade de um equipamento para cada 1,5 milhão de habitantes e, segundo este cálculo, o RS possui 70% do número adequado de equipamentos de PET-CT. Cabe ressaltar as reduzidas indicações para utilização deste método no cenário SUS. O fluxo de referenciamento do PET-CT também é alvo do conjunto de atualização de pactuações em andamento.

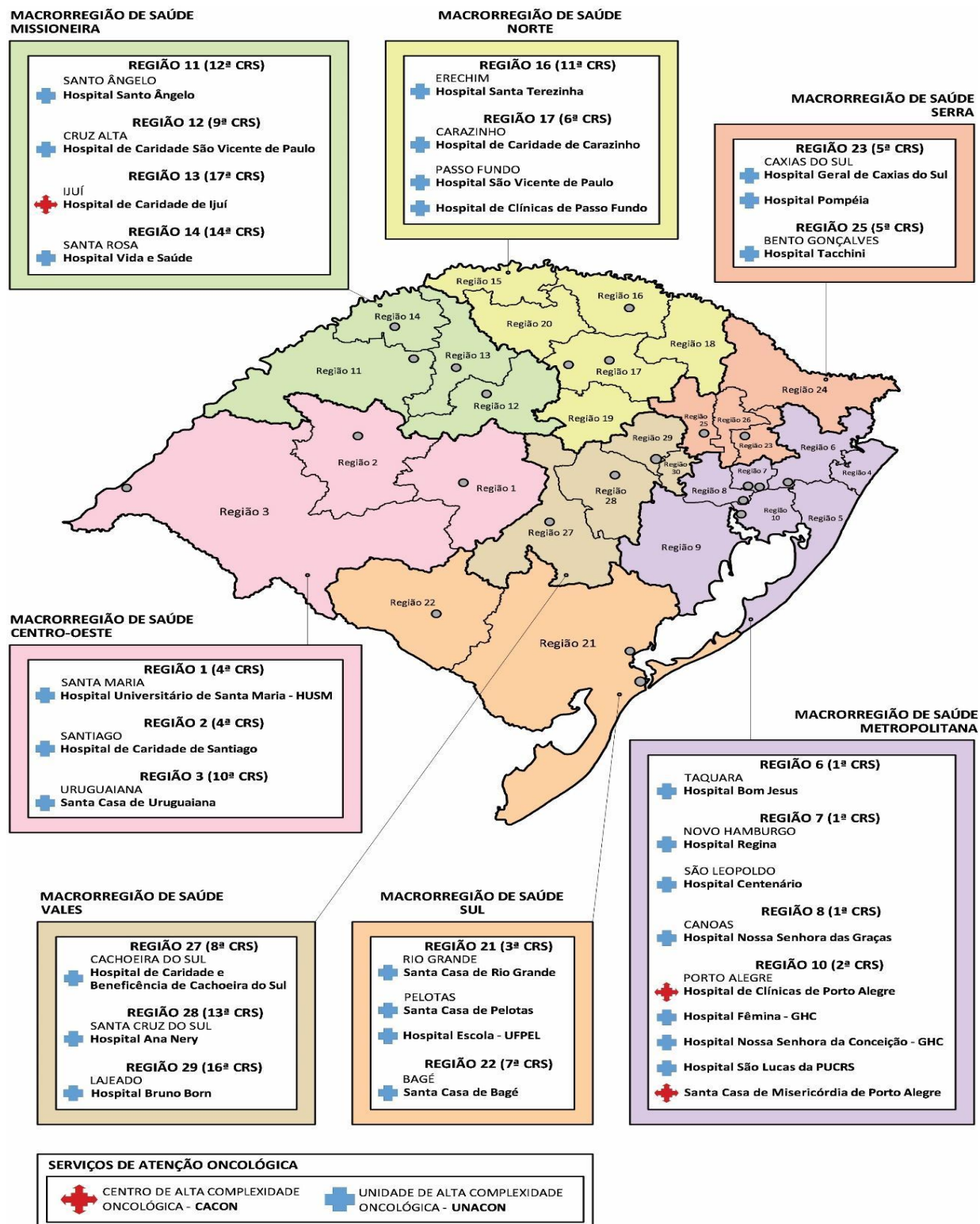
4.2.3 Alta Complexidade Hospitalar

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 1.399/2019.

Rede de Serviços

A Rede de Atenção Oncológica do RS é composta por 30 unidades habilitadas, distribuídas nas sete macrorregiões do Estado conforme o mapa da Figura 13. Esta rede de serviços é a responsável pelo atendimento integral ao paciente oncológico, de acordo com as normas da Portaria SAES/MS nº 1.399/2019.

Figura 13. Rede de Atenção Oncológica (CACON e UNACON), por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2020.



Fonte: SES/RS.

As referências para atendimento oncológico no Estado estão pactuadas na Resolução CIB/RS nº 255/2018, entretanto, em virtude de constante evolução na rede de assistência e da necessidade de adequações neste fluxo, se caracteriza como um processo dinâmico, em constante remodelação. Atualmente, em face da nova legislação, estamos em fase final de pactuação de referências para tumores neurológicos, hematológicos, de cabeça e pescoço e atendimento em iodoterapia terapêutica, e, também, atualizando as referências de Oncologia Pediátrica e rede de exames PET-CT oncológico.

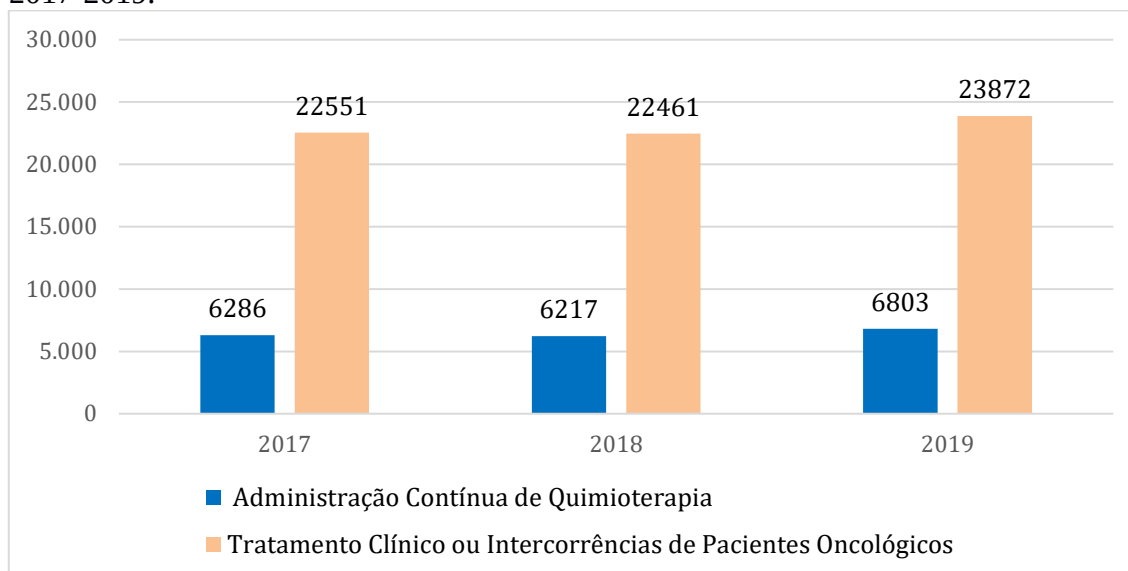
As internações por patologias oncológicas se subdividem basicamente em três grupos: internações para realização de procedimentos cirúrgicos, internação para administração de quimioterapia e internações para tratamentos clínicos (devido a intercorrências inerentes à própria patologia ou toxicidade inerente ao tratamento). Em relação às internações para realização de procedimentos cirúrgicos, foram realizadas 12.999 cirurgias oncológicas em 2017, 13.120 em 2018 e 14.109 em 2019 no RS. Quanto às cirurgias oncológicas sequenciais, foram realizadas 3.449 em 2017, 3.628 em 2018 e 4.402 em 2019.

O número absoluto de cirurgias oncológicas demonstra acréscimo nos últimos anos, com redução de impacto unitário, o que representa melhoria no cuidado oncológico. Em relação aos parâmetros ministeriais, a meta do RS seria de 19.500 cirurgias/ano e em 2019 atingimos 18.511 procedimentos (94,92% do esperado). No primeiro semestre de 2020, já atingimos 103% do esperado, proporcionalmente, segundo critérios da nova Portaria.

Outro dado relevante em relação às cirurgias oncológicas é o aumento de cirurgias sequenciais com subsequente negativo impacto financeiro. Este dado deve ser monitorado continuamente e devidamente auditado quando necessário.

As internações secundárias à administração contínua de quimioterapia e para tratamento clínico (decorrente de intercorrências) estão demonstradas no gráfico da Figura 14.

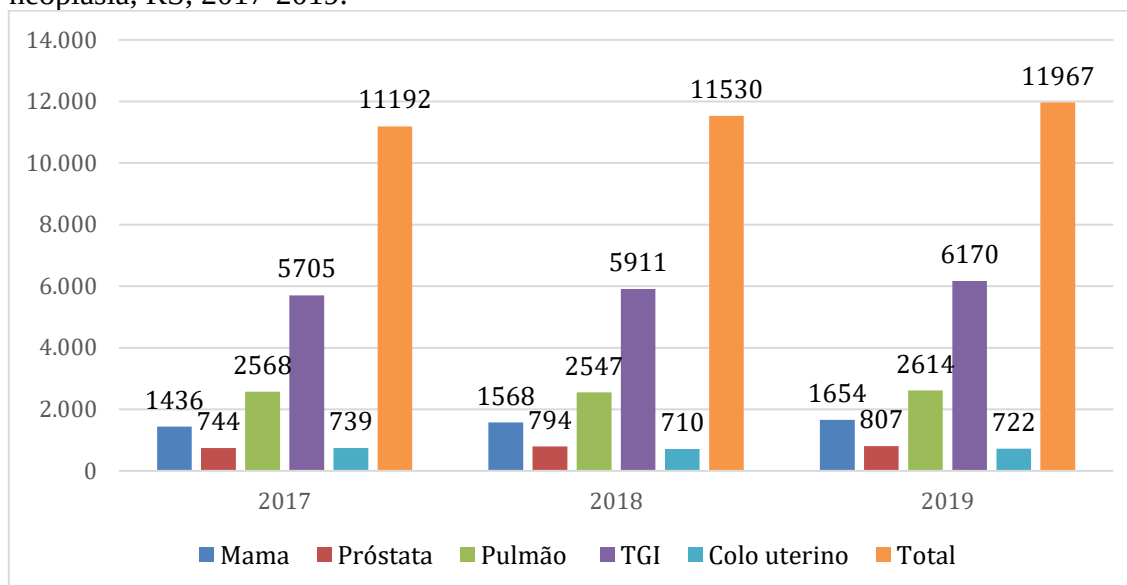
Figura 14. Quantitativos de internações secundárias à administração contínua de quimioterapia e para tratamento clínico ou intercorrências de pacientes oncológicos, RS, 2017-2019.



Fonte: DATASUS.

Em 2019, comparativamente ao ano anterior, nota-se um aumento de 10% nas internações para administração de medicamentos oncológicos e o acréscimo em torno de 6% para tratamento de intercorrências. Entre as neoplasias mais prevalentes, nas internações por intercorrências, se destacam as complicações decorrentes das neoplasias gastrointestinais, conforme a Figura 15.

Figura 15. Quantitativos de internações devido a intercorrências clínicas, por tipo de neoplasia, RS, 2017-2019.



Fonte: DATASUS.

Avaliando-se a produção de exames realizados por estas instituições no período de janeiro a junho de 2020, período de pandemia da COVID-19, identifica-se que há a necessidade de adequação para atingimento dos parâmetros mínimos exigidos, conforme grifado em vermelho no Quadro 12.

Quadro 12. Quantitativos de produção de consultas especializadas, ultrassonografias, endoscopias digestivas e exames anatomopatológicos, por estabelecimento, Região e Macrorregião de Saúde, RS, janeiro-junho 2020.

Macro	Estabelecimento	Consultas Especializadas (3.000/ano)	US (1.200/ano)	Endoscopias Digestivas (600/ano)	Exames AP (1.200/ano)
CENTRO-OESTE	H. Universitário de Santa Maria	42.966	2.000	847	1.957
	Santa Casa de Uruguaiana	8.982	1.335	237	695
	Hospital de Caridade de Santiago	13.587	4.517	58	528
METROPOLITANA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	109.280	6.599	1.260	10.426
	Hospital São Lucas da PUCRS	33.433	1.758	265	2.941
	Hospital Fêmina	18.546	2.566	-	3
	Santa Casa de Porto Alegre	82.930	4.438	1.425	8.089

	H. N.Srª Conceição	100.001	7.063	948	7.356
	Hospital Centenário	16.347	990	693	171
	Hospital Regina	5.252	644	166	852
	Hospital Bom Jesus	3.182	411	-	26
	Hospital N.Sra. das Graças	22.980	5.606	65	2.016
MISSIONEIRA	H.S.Vicente de Paulo de Cruz Alta	5.014	182	50	364
	Hospital Vida e Saúde	19.635	5.063	327	135
	Hospital de Caridade de Ijuí	16.426	1.820	196	2.211
	Hospital Santo Ângelo	13.587	4.517	58	528
NORTE	H.S.Vicente de Paulo de P. Fundo	28.116	2.942	643	1.364
	H. das Clínicas de Passo Fundo	27.069	2.729	533	6
	H.Stª Terezinha de Erechim	25.110	1.569	408	3.300
	Hospital De Caridade De Carazinho	5.224	1.721	61	459
SUL	Santa Casa de Rio Grande	11.311	-	8	275
	Santa Casa de Pelotas	7.014	347	294	511
	Hospital Escola - UFPEL	12.121	212	579	1.911
	Santa Casa de Bagé	14.222	4.029	510	724
SERRA	Hospital Geral de Caxias	17.913	1.962	177	1.077
	Hospital Tacchini - Bento Gonçalves	7.419	951	136	952
	Hospital Pompéia	12.787	2.432	404	2.360
VALES	Hospital Bruno Born de Lajeado	13.235	1.473	72	1.472
	Hospital de Caridade de Cachoeira	11.533	469	144	957
	H. Ana Nery - Stª Cruz do Sul	12.772	820	556	6.142

Fonte: DATASUS.

AP = anatomopatológicos US = ultrassonografias

Em relação aos procedimentos terapêuticos (cirurgias, quimioterapias e radioterapias), identifica-se um déficit em relação ao número de cirurgias oncológicas neste período (grifados em vermelho), conforme dados do Quadro 13.

Quadro 13. Quantitativos de produção de cirurgias, quimioterapia e radioterapia, por estabelecimento, Região e Macrorregião de Saúde, RS, janeiro-junho 2020.

Macro	Estabelecimento	Cirurgias (650/ano)	Quimioterapia (5.300/ano)	Radioterapia (600/ano)
CENTRO-OESTE	H. Universitário de Santa Maria	316	8.443	220
	Santa Casa de Uruguaiana	234	4.644	176
	Hospital de Caridade de Santiago	41	616	
METROPOLITANA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	857	11.582	543
	Hospital São Lucas da PUCRS	381	6.792	357
	Hospital Fêmina	260	6.500	
	Santa Casa de Porto Alegre	883	10.009	1.469
	H. N.Srª Conceição	675	13.338	
	Hospital Centenário	439	5.609	215
	Hospital Regina	349	5.628	
	Hospital Bom Jesus	2	900	
	Hospital N.Sra. das Graças	302	2.991	
MISSIONEIRA	H.S.Vicente de Paulo de Cruz Alta	95	2.372	
	Hospital Vida e Saúde	152	4.984	101
	Hospital de Caridade de Ijuí	469	12.753	459
	Hospital Santo Ângelo	249	1.168	
NORTE	H.S.Vicente de Paulo de P. Fundo	465	6.065	455
	H. das Clínicas de Passo Fundo	291	7.600	
	H.Stª Terezinha de Erechim	602	6.915	264
	Hospital de Caridade de Carazinho	117	2.759	
SUL	Santa Casa de Rio Grande	146	5.109	115
	Santa Casa de Pelotas	188	4.221	205
	Hospital Escola - UFPEL	143	5.654	118
	Santa Casa de Bagé	115	3.256	
SERRA	Hospital Geral de Caxias	314	5.460	386
	Hospital Tacchini - Bento Gonçalves	309	4.433	160
	Hospital Pompéia	255	4.759	
VALES	Hospital Bruno Born de Lajeado	384	7.383	170
	Hospital de Caridade de Cachoeira	286	3.160	
	H. Ana Nery - Stª Cruz do Sul	673	7.609	345

Fonte: DATASUS.

Apesar de a pandemia ter impactado a realização de diversos procedimentos, identifica-se que no ano de 2019, época da vigência Portaria SAS/MS nº 140/2014 também não houve atingimento das exigências previstas na legislação. Entretanto, analisando-se a produção estadual do primeiro semestre de 2020, verifica-se que somente não atingimos os coeficientes esperados de cirurgias oncológicas e atendimentos em Hematologia.

A Tabela 8 demonstra a comparação das produções segundo as Portarias MS nº 140/2014 e 1.399/2019 quanto à produção de procedimentos em 2019 e de janeiro a junho de 2020.

Tabela 8 – Comparação entre os parâmetros de procedimentos da Portaria MS Nº 1.399/2019, a produção mínima para o RS e os valores de produção do RS, 2020.

Procedimentos	Portaria MS nº 140/2014				Portaria MS nº 1.399/2019			
	Param.	Produção Mín. RS	Produção 2019 RS	%	Param.	Produção Mín. RS	Produção 2020* RS	%
Consultas Especializadas	6.000	180.000	2.168.215	1.205	3.000	90.000	717.994	1.595
Anatomia Patológica	2.400	72.000	414.884	576	1.200	36.000	59.808	332
Ecografias	7.680	230.400	254.795	111	1.200	36.000	71.165	395
Endoscopias Digestivas	1.920	57.600	43.892	76	600	18.000	11.120	123
Colonoscopias/ Retossigmoidoscopias	2.880	86.400	28.304	33				
Cirurgias Oncológicas	650	19.500	18.411	94	650	19.500	10.052	103
Radioterapia	43.000	1.290.000	645.000/7.599		600	18.000	5.758	64
Quimioterapia	5.300	159.000	343.661	216	5.300	159.000	172.712	217,2
Oncologia Pediátrica	100 casos novos/ano		2.129		270	1.890	1.381	146
Hematologia	100 casos novos/ano		4.914		450	7.200	2.879	80

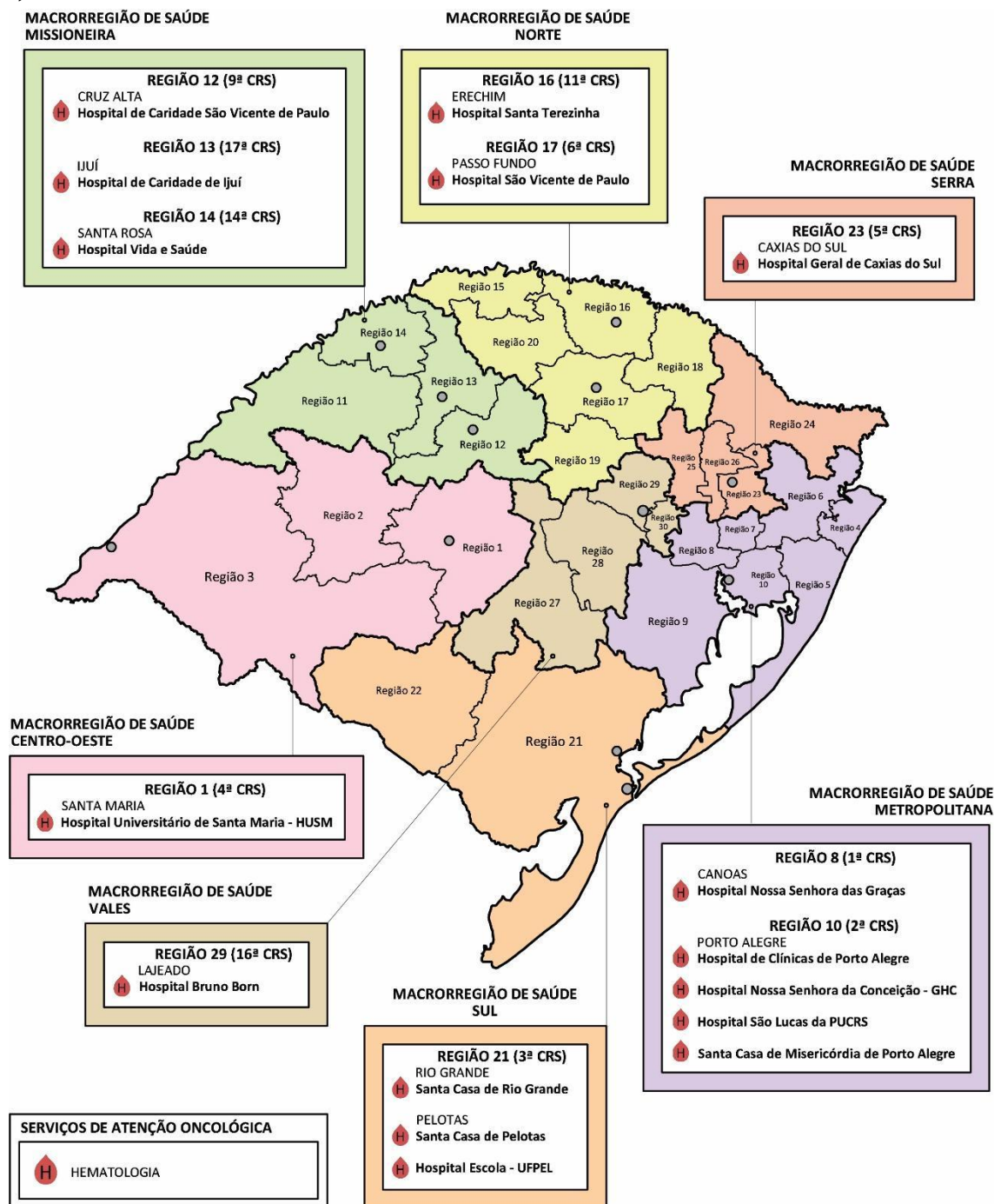
Fonte: SES/RS.

*produção de janeiro a junho/2020

Rede de Onco-Hematologia

A Rede de Atenção Hematológica no RS é composta por 16 unidades, conforme o mapa da Figura 16.

Figura 16. Rede de Serviços de Onco-Hematologia, por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2020.



Fonte: SES/RS.

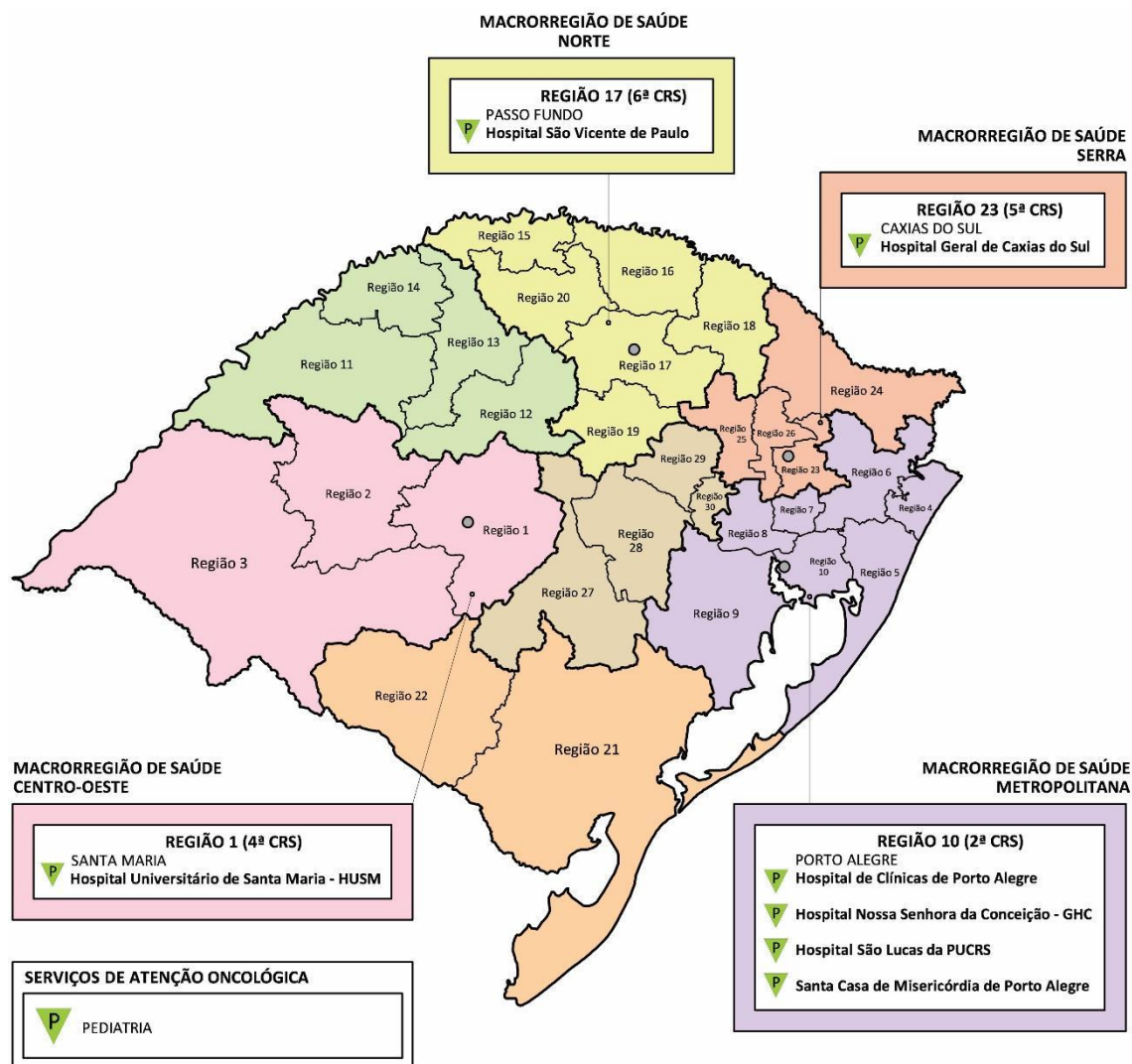
Estas unidades são responsáveis pelo atendimento onco-hematológico da população referenciada, entretanto, muitas regiões ainda não se encontram auto-resolutivas, principalmente no tocante ao atendimento de casos complexos, como as leucemias agudas. Neste momento, encontra-se em fase de discussão a nova rede de referenciamento desta especialidade, principalmente em relação às leucemias agudas.

Rede de Oncopediatria

De acordo com os dados do Painel de Oncologia, no ano de 2019, tivemos diagnóstico de 567 casos de câncer na faixa etária de 0 a 19 anos, sendo que a média nos últimos sete anos é de 370 casos novos/ano. Em agosto de 2020, houve a publicação da Lei nº 15.503/2020, que Institui a Política de Atenção à Oncologia Pediátrica no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, que tem como principais objetivos: fortalecer os processos de regulação; implantar serviço de tele-consultoria para apoio ao diagnóstico precoce; monitorar a qualidade assistencial; promover a capacitação de profissionais da área da saúde; estimular pesquisas científicas; reforçar o registro de casos de câncer infanto-juvenil e monitorar o tempo entre o diagnóstico e tratamento das neoplasias.

A Rede de Atenção em Oncologia Pediátrica no RS é composta por 07 centros, conforme o mapa da Figura 17.

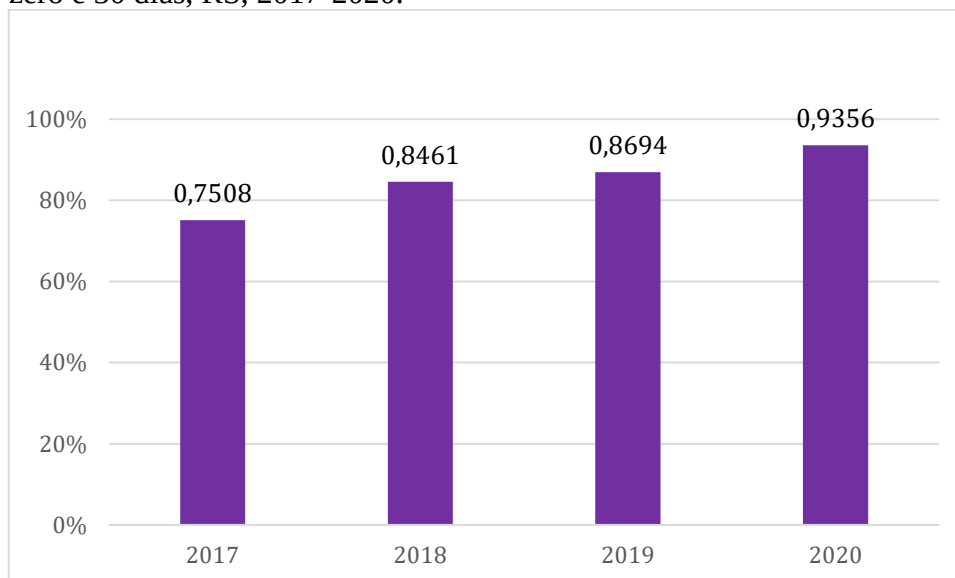
Figura 17. Rede de Serviços de Oncologia Pediátrica, por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2020.



Fonte: DATASUS.

No período de 2017 a 2020 identifica-se a redução do tempo entre o diagnóstico e tratamento, recebido entre 0 e 30 dias, conforme dados do gráfico da Figura 18.

Figura 18. Percentual de tempo entre diagnóstico e tratamento de câncer pediátrico entre zero e 30 dias, RS, 2017-2020.



Fonte: Painel de Oncologia.

Conforme a Tabela 9 as unidades de oncologia pediátrica habilitadas realizaram 1.359 quimioterapias entre os meses de janeiro e junho de 2020.

Tabela 9. Quantitativo da produção de quimioterapias pediátricas, por estabelecimento habilitado, RS, 2020.

CNES	Estabelecimento	Produção
2237601	Hospital de Clínicas	373
2244306	HUSM Hospital Universitário de Santa Maria	253
2237253	Irmandade Santa Casa de Misericórdia De Porto Alegre	227
2246988	Hospital São Vicente de Paulo	209
2237571	Hospital Nossa Senhora da Conceição SA	186
2223538	Hospital Geral	75
2262568	Hospital São Lucas da PUCRS	36
TOTAL		1.359

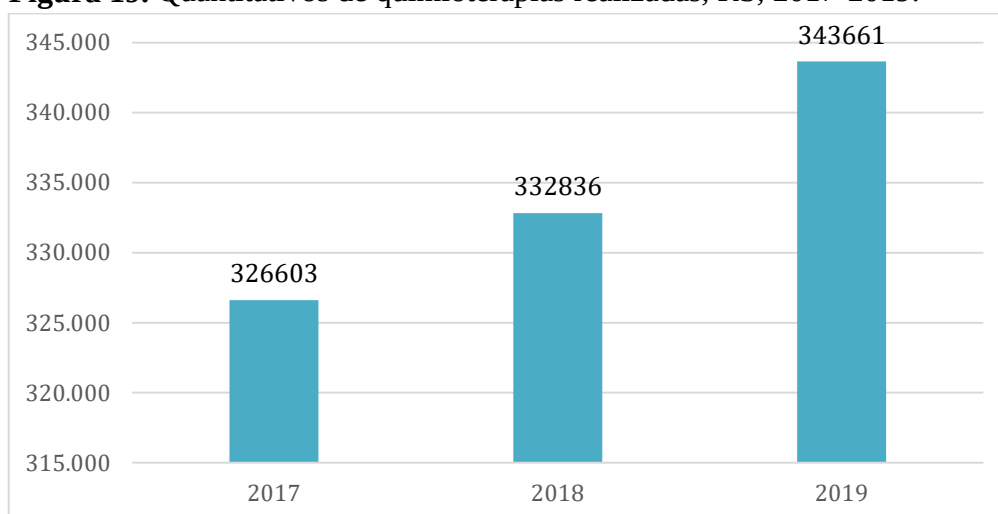
Fonte: DATASUS.

Importante salientar que 1,5 % dos tratamentos quimioterápicos são realizados em unidades não habilitadas em Oncologia Pediátrica, motivo pelo qual essa rede será revisada e repactuada no estado.

Quimioterapia

O RS atinge e extrapola a meta de procedimentos quimioterápicos, realizando 343.661 procedimentos em 2019 (mínimo previsto de 159.000 tratamentos quimioterápicos). Os índices estaduais destes procedimentos apresentam aumento sustentado de 3-4 % ao ano (Figura 19).

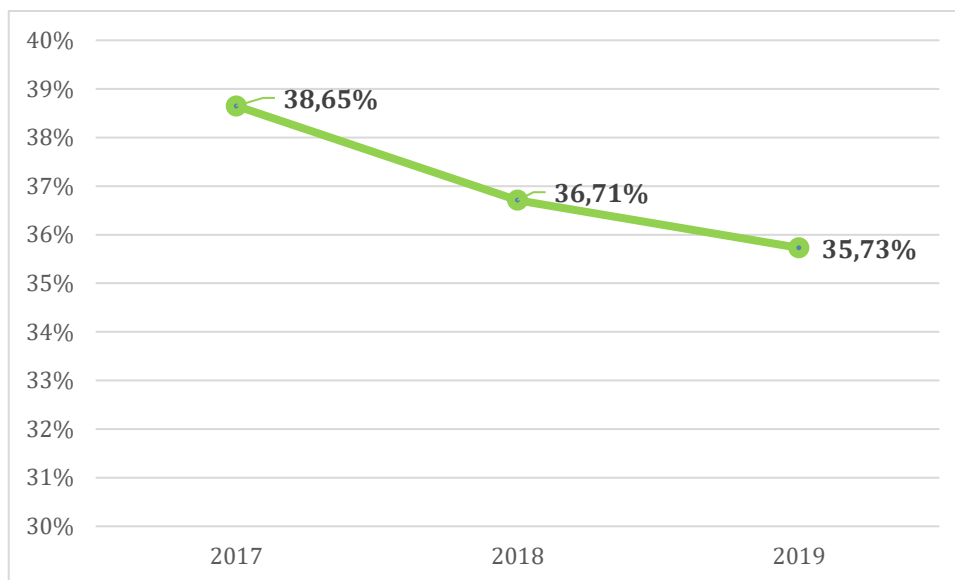
Figura 19. Quantitativos de quimioterapias realizadas, RS, 2017-2019.



Fonte: DATASUS.

Apesar da produção estadual estar acima dos parâmetros estabelecidos, das 30 unidades habilitadas, em 2019, cinco não atingiram o patamar mínimo exigido nas normativas ministeriais. Estes serviços deverão ser reavaliados quanto à sua manutenção na rede de atenção. Entretanto, o dado mais significativo é a redução gradual de percentual de quimioterapias paliativas, que reflete indiretamente a melhoria do cuidado, conforme a Figura 20.

Figura 20. Percentual de Quimioterapias Paliativas realizadas, RS, 2017-2019.



Fonte: DATASUS.

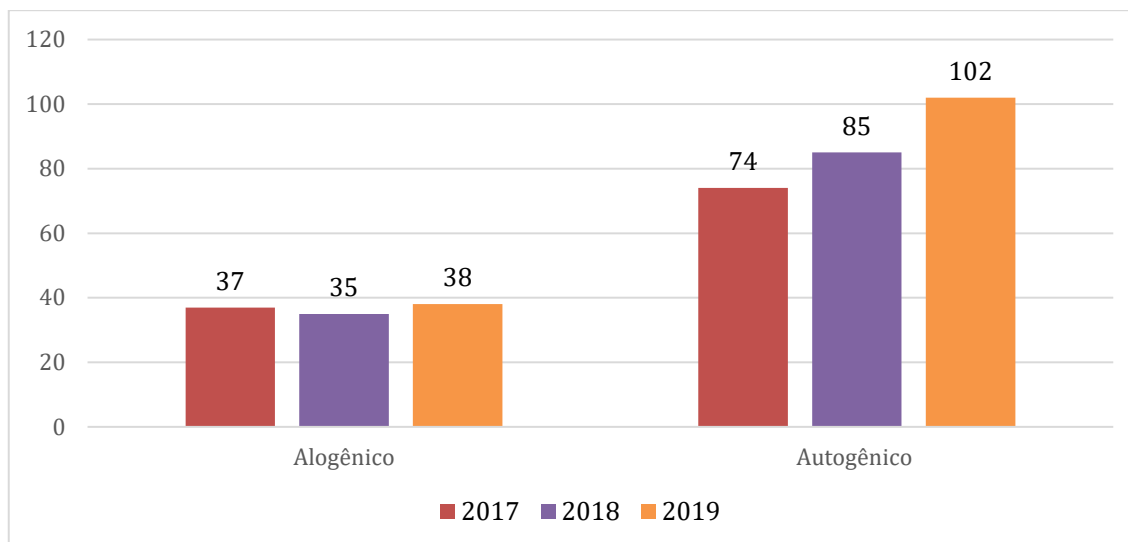
Transplantes de Medula Óssea

As unidades que realizam os transplantes alogênicos de medula óssea (quando as células-tronco hematopoiéticas vêm de um doador) no RS são o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a Santa Casa de Porto Alegre. O Hospital Universitário de Santa Maria realiza o transplante autogênico (células do próprio paciente). Importante salientar que estes centros, devido a sua “expertise”, também recebem pacientes fora do estado.

Nos casos de transplante haploidêntico (que tem somente um haplótipo em comum com o paciente) os pacientes são referenciados via Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) para centros dos estados do Paraná ou São Paulo através da legislação do Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

Na Figura 21 apresenta-se as produções de transplantes alogênicos e autogênicos no RS nos últimos três anos, demonstrando aumento do número dos transplantes de medula óssea.

Figura 21. Quantitativos de Transplantes de Medula Óssea alogênicos e autogênicos, RS, 2017-2019.



Fonte: DATASUS.

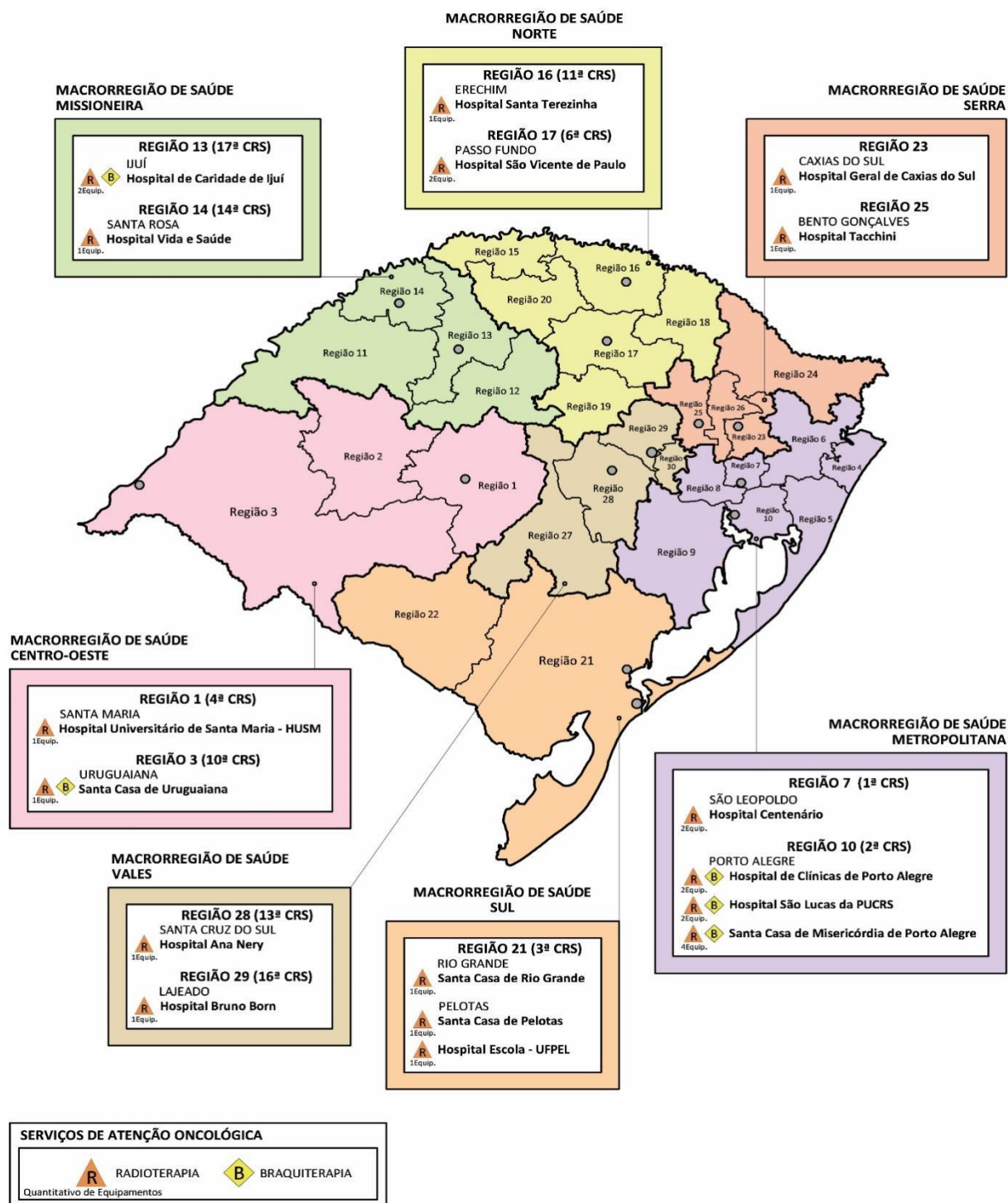
Radioterapia

O Estado conta com 25 equipamentos de radioterapia distribuídos em 17 centros em todas as macrorregiões. Em virtude do Programa de Expansão de Radioterapia do MS o Estado passa a contar com mais duas unidades em breve para ampliar o tratamento radioterápico. O Hospital Ana Nery, em Santa Cruz do Sul, encontra-se em fase de finalização para início de atividades do seu segundo acelerador linear; da mesma forma, o Hospital Bruno Born, em Lajeado, também recebeu o segundo equipamento que, atualmente, está em fase de descomissionamento.

Ainda fazem parte deste programa a Santa Casa de Pelotas (em licença de operação), o Hospital Universitário de Santa Maria (obra em licitação) e a Santa Casa de Bagé (aguardando ordem de serviço para obras).

A Figura 22 apresenta o mapa da distribuição dos equipamentos de radioterapia habilitadas no estado, os que realizam braquiterapia, por Região e Macrorregião de Saúde.

Figura 22. Distribuição dos equipamentos de radioterapia habilitados no estado e os que realizam braquiterapia, RS, 2020.



A análise comparativa da produção de radioterapia ficou prejudicada em virtude da mudança de códigos e parâmetros instituída pela Portaria MS nº 263/2019, entretanto a produção de 2020 encontra-se abaixo do preconizado, provavelmente em consequência da pandemia da COVID-19.

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.

Atualmente o RS dispõe de três serviços que ofertam esta modalidade terapêutica: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Santa Casa de Porto Alegre e Hospital de Caridade de Ijuí. A Tabela 10 apresenta a produção de braquiterapia realizada nas instituições habilitadas no Estado, entre 2017 e 2019.

Tabela 10. Quantitativos de produção de braquiterapia, por estabelecimento, RS, 2017-2019.

CNES	Estabelecimento	2017	2018	2019
2237253	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	1.131	1.322	416
2237601	Hospital de Clínicas	126	70	48
2261057	Hospital de Caridade de Ijuí	681	739	223
TOTAL RS		1.938	2.131	687

Fonte: DATASUS.

Observa-se que o crescimento da utilização da braquiterapia alcançou 10% em 2018 em relação ao ano anterior mas apresentou decréscimo em 2019.

Radiocirurgia

Também chamada de radioterapia estereotáxica, a radiocirurgia utiliza feixes de radiação de alta precisão, para tratar de forma localizada, sem lesionar tecidos sadios circundantes. Segundo a Portaria MS nº 263/2019, está indicada para tumores cranianos malignos, benignos ou de comportamento incerto, de nevralgias e malformações de vasos cranianos.

As unidades que oferecem esta terapia são: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Santa Casa de Porto Alegre, Hospital São Lucas da PUCRS e Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo.

A Tabela 11 apresenta a produção destas unidades entre os anos de 2017 e 2019.

Tabela 11. Quantitativos de produção de radiocirurgia, por estabelecimento, RS, 2017-2019.

CNES	Estabelecimento	2017	2018	2019
2237253	Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	7	14	9
2237601	Hospital de Clínicas	20	16	5
2246988	Hospital São Vicente de Paulo	0	0	2
2262568	Hospital São Lucas da PUCRS	17	33	19
TOTAL RS		44	63	35

Fonte: DATASUS.

A produção de radiocirurgia apresentou aumento de 43% (não seria 43%- 63/44) em 2018 em relação ao ano anterior, destacando-se a produtividade do Hospital São Lucas da PUCRS nesta modalidade, que no período de 2017 a 2019 manteve constante produção especialmente em 2018 e representou um percentual de 49% do quantitativo total produzido destes procedimentos no Estado neste período. Embora não se tenha até o presente, rede referenciada para radiocirurgia e demanda reprimida, faz-se necessária pactuação de referenciamento desta modalidade de tratamento.

2.7 Iodoterapia

Conforme estimativas do INCA, no biênio 2020-2021, o RS terá 480 novos casos/ano de câncer de tireoide.

A Tabela 12 traz a estimativa do número de casos novos por Região de Saúde do Estado.

Tabela 12. Estimativa de casos novos de câncer de tireoide, por Região de Saúde, RS, 2020-2021.

Região de Saúde	Pop. Residente	Casos novos tireóide
01 - Verdes Campos	436.807	18
02 - Entre-Rios	123.022	5
03 - Fronteira Oeste	458.083	19
04 - Belas Praias	160.805	7
05 - Bons Ventos	236.258	10
06 - V.Paranhana/Costa da Serra	235.000	10
07 - Vale dos Sinos	829.904	35
08 - Vale do Caí/Metropolitana	778.841	33
09 - Carbonífera/Costa Doce	413.183	17
10 - Capital/Vale do Gravataí	2.369.210	100
11 - Sete Povos das Missões	279.639	12
12 - Portal das Missões	151.846	6
13 - Região da Diversidade	229.293	10
14 - Fronteira Noroeste	223.910	9
15 - Caminho das Águas	182.722	8
16 - Alto Uruguai Gaúcho	232.942	10
17 - Região do Planalto	416.446	18
18 - Região das Araucárias	133.202	6
19 - Região do Botucarái	117.302	5
20 - Rota da Produção	163.205	7
21 - Região Sul	878.951	37
22 - Pampa	188.345	8
23 - Caxias e Hortênsias	620.945	26
24 - Campos de Cima da Serra	99.809	4
25 - Vinhedos e Basalto	317.563	13
26 - Uva e Vale	189.350	8
27 - Jacuí Centro	203.016	9
28 - Vale do Rio Pardo	351.490	15
29 - Vales e Montanhas	225.922	10
30 - Vale da Luz	130.228	5
Total	11.377.289	480

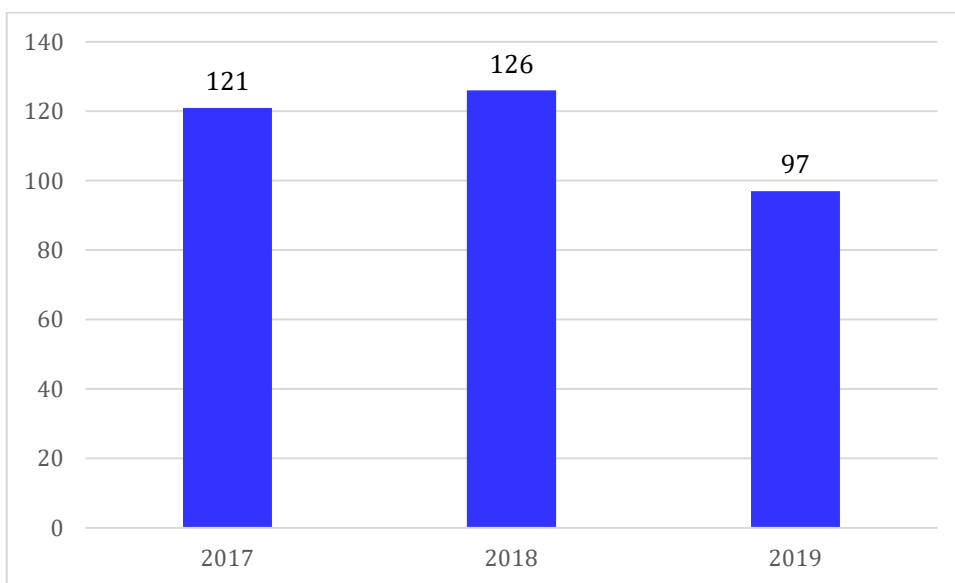
Fonte: DATASUS.

As doses de iodoterapia podem variar de 30 a 250 mCi, sendo definidas de acordo com critérios de gravidade e administradas em caráter ambulatorial (30-50 mCi) ou hospitalar (100- 250 mCi). Atualmente não há registro de administração de iodo radioativo na forma ambulatorial no RS.

O Estado conta com cinco unidades hospitalares que mostram produção em Iodoterapia terapêutica, sendo três localizadas na capital Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Santa Casa de Porto Alegre, Hospital de Caridade de Ijuí e Hospital Santa Terezinha de Erechim.

A seguir apresenta-se na Figura 23 a produção de iodoterapia em doses terapêuticas de 100 – 250 mCi no Estado, de 2017 a 2019.

Figura 23. Quantitativos de produção de iodoterapia em doses terapêuticas (100-250 mCi), RS, 2017-2019.



Fonte: DATASUS.

A pactuação do referenciamento dos centros de iodoterapia encontra-se em andamento.

Reabilitação

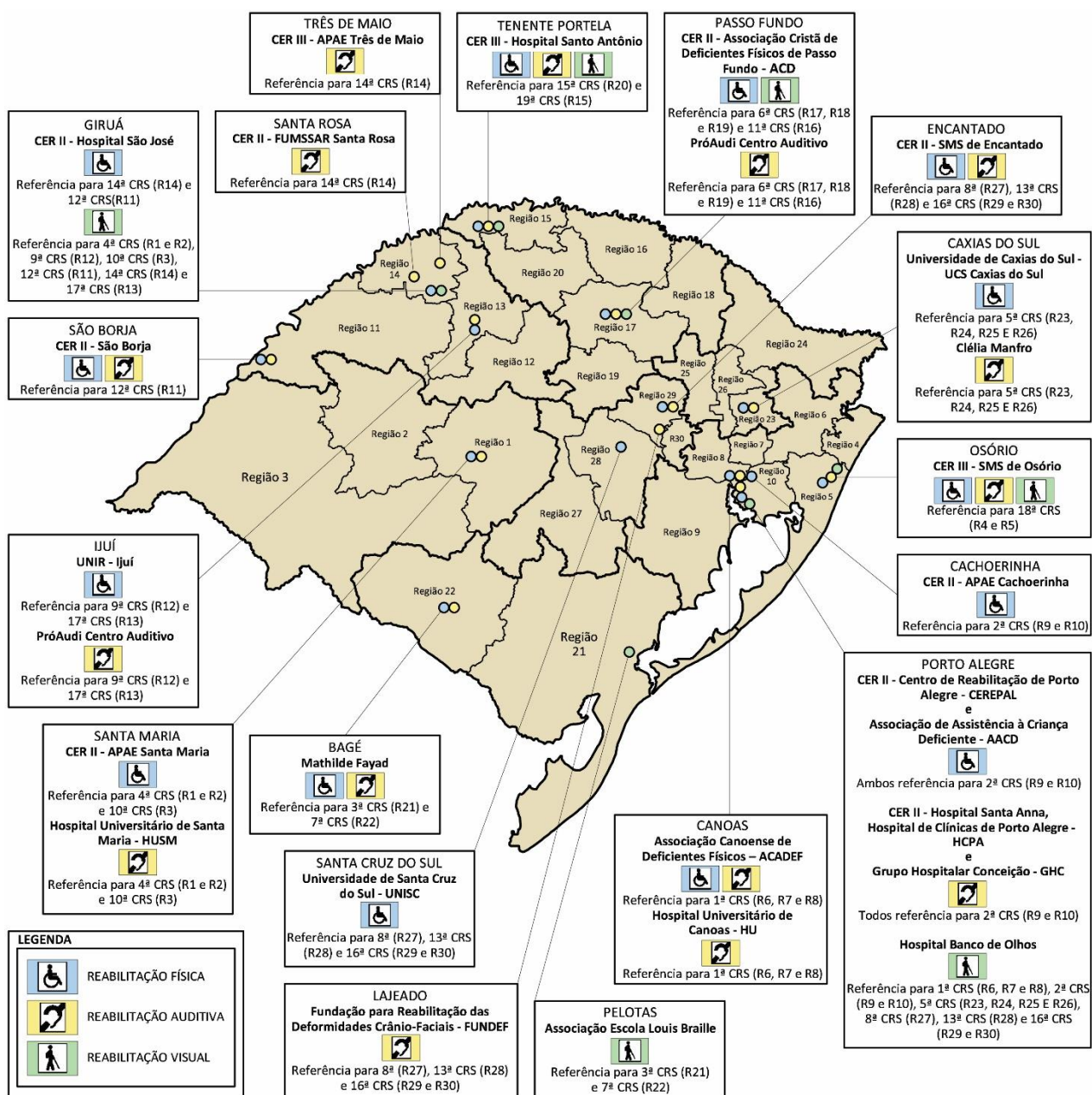
De acordo com a OMS, a reabilitação é definida como um conjunto de medidas para que a pessoa tenha ou mantenha uma funcionalidade ideal na interação com o ambiente. Desta forma, visa tanto a melhoria da funcionalidade individual quanto a intervenção no ambiente do indivíduo, reduzindo o impacto de uma ampla gama de condições de saúde.

Normalmente, a reabilitação acontece durante um período determinado de tempo, mas pode envolver intervenções simples ou múltiplas realizadas por uma pessoa ou por uma equipe de profissionais de reabilitação, podendo ser necessária desde a fase aguda ou inicial da problema médico, logo após sua descoberta, até as fases pós-aguda e de manutenção. A reabilitação envolve a identificação de limitações e necessidades da pessoa, o relacionamento dos transtornos aos fatores relevantes do indivíduo e do ambiente, a definição de metas de reabilitação, planejamento e implantação de medidas, além da avaliação de seus efeitos.

O paciente com câncer pode necessitar de reabilitação por questões diversas, como por exemplo, dificuldades em se locomover ou exercer atividades de autocuidado. No RS a reabilitação é disponibilizada no âmbito do SUS nos serviços que compõem a Rede de Cuidados à saúde da Pessoa com Deficiência. Atualmente esta rede conta com 89 serviços, sendo 13 deles Centros Especializados em Reabilitação (CER) nas áreas física, auditiva, visual e intelectual. Os CER contemplam duas ou mais áreas de reabilitação, enquanto os demais são serviços de modalidade única de reabilitação. O acesso aos serviços de reabilitação ocorre a partir do encaminhamento do paciente pela AB.

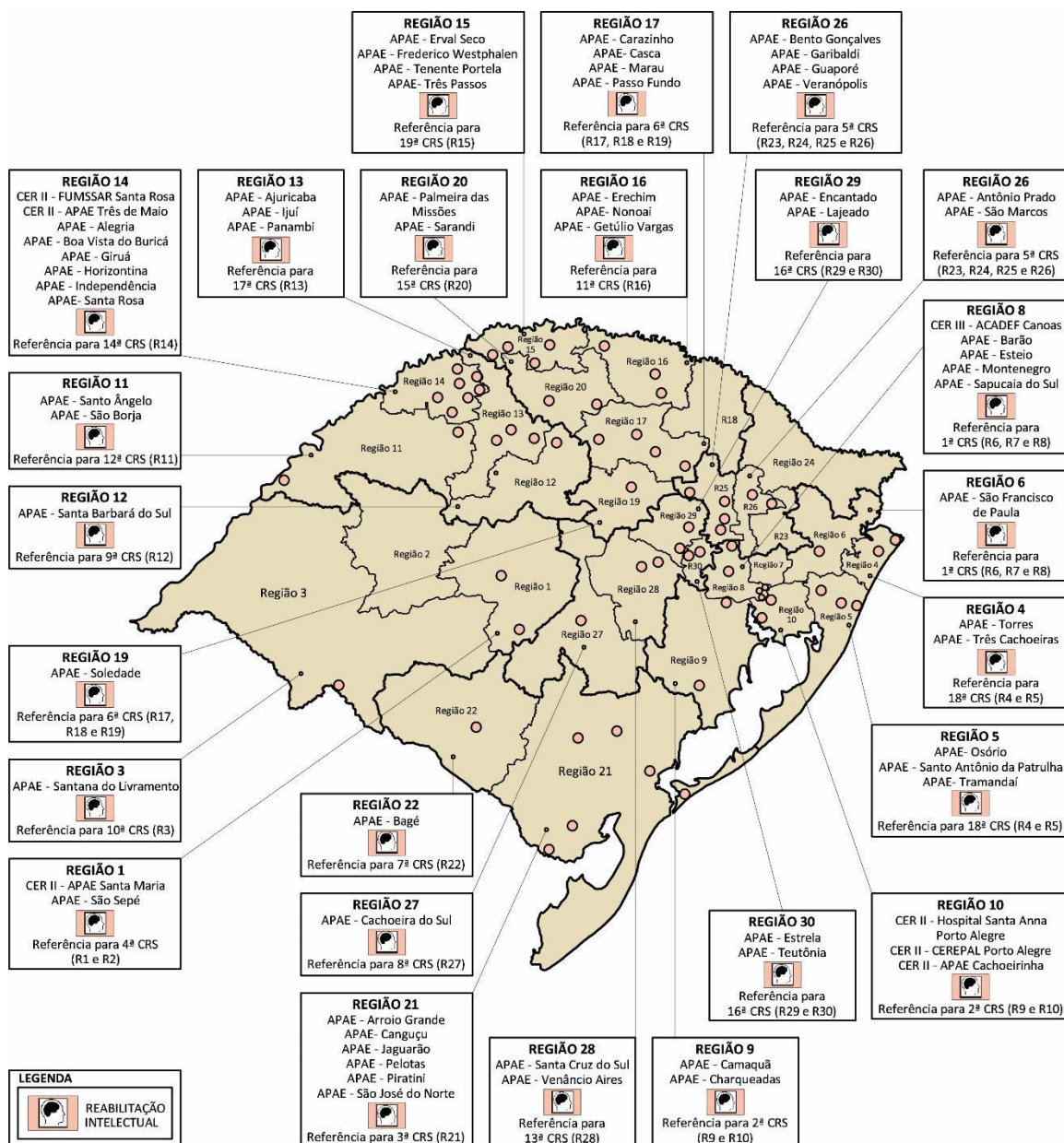
As Figuras 24 e 25 mostram a distribuição dos serviços de reabilitação no estado do RS.

Figura 24. Distribuição dos serviços de Reabilitação Física, Auditiva e Visual, por Região de Saúde, 2019.



Fonte: SES/RS.

Figura 25. Distribuição dos serviços de Reabilitação Intelectual, por Região de Saúde, RS, 2019.



Fonte: SES/RS.

As ações de reabilitação devem começar o mais cedo possível, baseadas em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades dos indivíduos, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, as quais são definidas como “qualquer item, parte de equipamento, ou produto, adquirido no comércio ou adaptado ou modificado, usado para aumentar, manter ou melhorar a capacidade funcional das pessoas com deficiência.

Exemplos comuns de dispositivos assistivos são: muletas, próteses, órteses, cadeiras de rodas e triciclos para pessoas com dificuldades de locomoção; próteses auditivas e implantes cocleares para pessoas com deficiência auditiva; bengalas brancas, lupas, dispositivos oculares, audiolivros e *softwares* para ampliação e leitura de tela para pessoas com deficiência visual; painéis de comunicação e sintetizadores de voz para pessoas com deficiência de fala; dispositivos como calendários diários com figuras simbólicas para pessoas com insuficiência cognitiva. Ainda são disponibilizadas próteses mamárias em silicone com capa protetora e “soutien” adaptado para pacientes mastectomizadas além de próteses oculares.

A SES/RS, através do Sistema de Gerenciamento de Usuários com Deficiência (GUD) disponibilizado a todos os municípios, há mais de uma década implementou a atenção ao paciente ostomizado, custeando mais de 50 tipos de insumos, classificados como OPM em urologia e gastroenterologia (bolsas de colostomia).

Controle da Dor Crônica

Dentre as ações desenvolvidas para o cuidado integral do paciente oncológico, tem-se o acesso a medicamentos para combate da dor, principalmente nos casos da dor nociceptiva e dor mista (como nos casos da dor devido ao câncer). 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 (conforme Portaria SAS/MS nº 1.083/2012).

O tratamento da dor deve respeitar a proposta da OMS de escalonamento e inclui diversas classes farmacológicas, sendo que dentro de cada classe inexiste superioridade de um fármaco sobre o outro.

Degrau	Fármacos
1	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes*
2	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes* + opioides fracos
3	Analgésicos e anti-inflamatórios + fármacos adjuvantes* + opioides fortes

*Fármacos destinados ao tratamento das comorbidades (antidepressivos ou relaxantes musculares)

Fonte: Ministério da Saúde (2012).

Os medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios estão disponíveis nas Farmácias Municipais da Atenção Primária de cada Município. A aquisição desses medicamentos é de responsabilidade dos municípios com financiamento tripartite.

Os medicamentos opióides estão disponíveis nas Farmácias de Medicamentos Especiais (FME) de cada município, cujo pedido do medicamento pode ocorrer diretamente na farmácia ou por meio digital (ame.rs.gov.br). Esses medicamentos são adquiridos e financiados pela SES/RS e encaminhados para todas as FME que possuem demanda.

Cuidados Paliativos

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 normatiza a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados prolongados 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 em saúde, domiciliar, ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência.

Este cuidado é realizado por Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD), inseridas no componente da AB. O número de equipes aumentou significativamente, no RS. Em dezembro/2015, a Rede contava 37 equipes e, em março/2018, 76 Equipes, configurando, aproximadamente, um aumento de 105%. Neste momento, estão localizadas em regiões de importante concentração populacional, como as Regiões Metropolitana, Serra, Litoral Norte e Sul.

Cabe ressaltar que a AB é o ponto da Rede onde possui a responsabilidade pela atenção à saúde de pacientes e suas famílias no decorrer do tempo, acompanhando suas

histórias de vida, neste sentido, a AB pode ser considerada o melhor nível de assistência à saúde para a prestação e coordenação dos cuidados paliativos de seus usuários. Isso porque se entende que a proximidade geográfica e o vínculo desses profissionais pode contribuir em muito para que o cuidado ocorra de forma humanizada, respeitando-se a autonomia de pacientes e famílias, evitando-se a fragmentação do indivíduo a partir dos múltiplos especialistas. Além disso, a AB pode estruturar-se de modo a privilegiar a permanência do paciente em cuidados paliativos no domicílio, evitando seu afastamento da família em seus momentos finais de vida.

Na atenção hospitalar, no que concerne à área da oncologia, os cuidados paliativos poderão ser desenvolvidos nas unidades de referência de alta complexidade em oncologia ou nas unidades de internação em cuidados prolongados (UCP). As ações vinculadas à UCP são executadas por equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar, na perspectiva da integralidade e equidade na atenção, valorizando o ato cuidador e a criação de vínculos duradouros. São desenvolvidas a partir das necessidades singulares de cada indivíduo e de acordo com o impacto da doença sobre sua saúde e funcionalidade.

Os cuidados prolongados compõem 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 reagudizado 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.

Corresponde a uma prestação individualizada e humanizada do cuidado ao usuário hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos ou não intensivos para o reestabelecimento das funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como para a recuperação de sequelas. Objetiva a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

Poderão se organizar nas seguintes modalidades:

1. **Unidade de Internação em Cuidados Prolongados (UCP):** dentro de um hospital geral ou especializado. Deve possuir entre quinze e vinte e cinco leitos e contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo I.

2. **Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP):** capacidade total do hospital direcionada para esta finalidade. Deve possuir, no mínimo, quarenta leitos e contar com Sala Multiuso de Reabilitação Tipo II. Sala Multiuso de Reabilitação: espaço destinado ao atendimento do usuário em cuidados prolongados, com vistas à reabilitação precoce e à aceleração do processo de desospitalização pela Equipe Multiprofissional.

No momento, o RS tem habilitadas seis Unidades de Internação em Cuidados Prolongados habilitadas pelo Ministério da Saúde situadas no Hospital Santa Ana (Porto Alegre), no Hospital Santa Terezinha (Palmitinho), no Hospital Dr. Roberto Binatto (São João do Polêsine), na Associação Hospitalar Marcelinense (Marcelino Ramos), na Sociedade Hospitalar de Caridade de Alecrim (Alecrim) e na Associação Beneficente Ajuricaba (Ajuricaba). O Quadro 14 identifica as UCPs e quantitativos de leitos previstos no Plano de Ação Regional – PAR/RS.

Quadro 14. Unidades de Cuidados Prolongados e previsão de leitos por unidade hospitalar, por Região e Macrorregião de Saúde, RS, 2020.

MACRO	REGIÃO	MUNICÍPIO	UNIDADE HOSPITALAR	PREVISÃO LCP	STATUS
NORTE	R17	Não-Me-Toque	Hospital Julia Billart	15	
	R18	Paim Filho	Hospital Santa Terezinha	15	
	R16	Marcelino Ramos	Associação Hospitalar Marcelinense	20	HABILITADO
	R20	Constantina	Assoc. Comunitária Reg. De Saúde	15	
	R15	Palmitinho	Hospital Santa Terezinha	15	HABILITADO
MISSIONEIRA	R12	Stª Bárbara do Sul	Hospital Santa Bárbara Beneficente	15	
	R11	Porto Xavier	Assoc. Hosp. de Caridade N. Sra. dos Navegantes	15	
		Cerro Largo	Assoc. Hosp. de Caridade Serro Azul	15	
	R14	Alecrim	Soc. Hosp. de Caridade de Alecrim	20	HABILITADO

		Giruá	Assoc. de Literatura e Beneficência de Giruá	20	
	R13	Ajuricaba	Assoc. Hosp. Beneficente Ajuricaba	25	HABILITADO
CENTRO-OESTE	R1	Agudo	Hospital de Agudo	15	
		Santa Maria	Hospital Regional de Santa Maria	44	
		S.João do Polêsine	Hospital Dr Roberto Binatto	15	HABILITADO
	R2	Jaguari	Hospital de Caridade Jaguari	25	
		S. Francisco de Assis	Hospital Santo Antônio	15	
	R3	Itaqui	Hospital São Patrício de Itaqui	15	
		Santana Livramento	S. Casa De Miser. de Sant. Livramento	15	
METROPOLITANA	R6	Parobé	Hospital São Francisco de Assis	15	
	R7	Ivoti	Hospital São José	22	
		Portão	Fund. Hosp. Educ.e Social de Portão	25	
		Campo Bom	Hosp. de Campo Bom Dr Lauro Réus	15	
		Montenegro	Hospital Montenegro	15	
		S.Sebastião do Caí	Hospital Sagrada Família	15	
		Sapucaia do Sul	Fund. Hospitalar de Sapucaia do Sul	15	
		Canoas	Hospital Universitário	25	
	R10	Porto Alegre	Hospital Santa Ana	100	HABILITADO
SERRA	R23	Caxias do Sul	Hospital Geral	15	
			Hospital Pompéia	15	
			Hospital Virvi Ramos	25	
	R24	Bom Jesus	Fund. Hosp. Amigos de Bom Jesus	15	
	R25	Nova Bassano	Hospital Nossa Senhora de Lourdes	15	
	R26	Feliz	Hospital Schlater	15	
SUL	R21	Pelotas	Hospital Escola da UFPEL	40	
		Pinheiro Machado	Hospital Pinheiro Machado	15	
		Piratini	Hosp. Caridade N. Sra. da Conceição	25	
		S. José do Norte	Hospital e Maternidade S. Francisco	20	
		S. Lourenço do Sul	Santa Casa de Misericórdia	25	
	R22	Bagé	Hospital Universitário Urcamp	15	
VALES	R27	Cachoeira do Sul	Hospital de Caridade e Beneficência	15	

	R28	Sinimbu	Hospital Sinimbu	15	
	R29	Progresso	Hospital Santa Isabel	15	
PREVISÃO DE LEITOS UCP TOTAL: 866					

Fonte: SES/RS.

Ampliação da Rede de Serviços

O capítulo II da Portaria SAES/MS nº 1.399/2019 – Parâmetros Referenciais para o Planejamento Regional refere no seu art.8º:

“Art. 8º No âmbito do SUS, a oferta regional (macrorregião de saúde) para o diagnóstico e o tratamento do câncer pressupõe a existência de serviços diagnósticos ambulatoriais e hospitalares e de hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia, integrados à rede local e macrorregional de atenção à saúde;

§ 4º O número de hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia deve ser calculado para, no mínimo, cada 1.000 casos novos anuais de câncer estimados, excetuando-se o câncer não melanótico de pele, para efeito de necessidade de estruturas e serviços de Cirurgia, Radioterapia com seu número de equipamentos de megavoltagem, Oncologia Clínica, Hematologia e Oncologia Pediátrica.

§ 5º Para evitar a superoferta de serviços hospitalares, dá-se a exclusão dos casos de câncer não melanótico de pele para a estimativa da necessidade dos estabelecimentos de saúde habilitados para a assistência na alta complexidade em oncologia, cuja taxa de incidência é alta e cujos diagnóstico e tratamento são essencialmente ambulatoriais.

§ 10 Nos estados em que a cobertura da Saúde Suplementar superar os 20%, considerar como necessário para o SUS 80% do número de hospitais necessários para o número estimado de casos novos anuais de câncer, excetuando-se os de câncer não melanótico de pele.

§ 11 Novas solicitações de habilitação em oncologia devem priorizar a oferta em regiões caracterizadas como vazios assistenciais e considerar o estabelecido nos parágrafos do Art. 7º desta Portaria. “

Segundo dados do INCA, para o biênio 2020-2021, o número de casos novos estimados para o RS é demonstrado na Tabela 13 abaixo:

Tabela 13. Estimativas de casos novos de câncer no estado do RS, por sexo e localização primária, 2020.

Localização Primária	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Tx Bruta	Tx Ajustada	Casos	Tx Bruta	Tx Ajustada	Casos	Tx Bruta	Tx Ajustada	Casos	Tx Bruta	Tx Ajustada
Próstata	3.980	71,07	46,28	200	28,37	23,98	-	-	-	-	-	-
Mama feminina	-	-	-	-	-	-	4.050	69,50	42,95	660	81,82	35,52
Colo do útero	-	-	-	-	-	-	720	12,35	7,61	50	5,83	4,33
Traqueia, Brônquio e Pulmão	2.300	41,06	30,07	160	23,35	19,38	1.440	24,69	16,87	340	42,15	26,35
Cólon e Reto	1.300	23,20	18,95	210	29,66	24,67	1.240	21,31	12,38	210	26,41	15,59
Estômago	670	12,06	7,38	90	13,32	11,23	420	7,30	3,04	90	11,65	6,61
Cavidade Oral	520	9,28	7,04	40	5,16	4,41	140	2,41	1,33	30	3,78	2,27
Laringe	370	6,62	5,30	20	3,44	3,29	60	0,95	0,63	**	1,04	0,69
Bexiga	410	7,31	5,58	150	21,92	17,68	170	2,91	1,54	40	4,34	1,95
Esôfago	950	16,98	13,01	60	8,02	6,75	340	5,90	3,25	30	3,84	2,43
Ovário	-	-	-	-	-	-	430	7,33	4,40	80	9,30	6,02
Linfoma de Hodgkin	60	1,03	0,85	**	1,23	0,98	50	0,80	0,60	**	1,06	0,55
Linfoma não Hodgkin	440	7,94	5,65	60	9,31	8,03	320	5,45	3,07	50	6,20	4,27
Glândula Tireoide	110	1,94	1,54	**	0,90	0,70	370	6,33	2,52	40	5,14	2,36
Sistema Nervoso Central	510	9,05	6,85	80	10,75	9,57	440	7,58	4,79	40	4,59	3,36
Leucemias	430	7,67	6,45	50	6,59	6,29	360	6,17	4,27	90	10,91	7,96
Corpo do útero	-	-	-	-	-	-	220	3,79	1,99	80	9,42	6,09
Pele Melanoma	290	5,26	3,89	30	4,30	3,64	280	4,80	2,84	30	3,10	2,26
Outras Localizações	3.710	66,34	50,39	540	77,15	56,21	3.160	54,21	31,29	420	51,94	31,62
Todas as neoplasias, exceto Pele não melanoma	16.050	286,79	240,66	1.710	244,99	215,52	14.210	244,14	145,00	2.300	285,13	128,78

Pele não Melanoma	8.850	158,12	-	1.620	232,10	-	6.950	119,47	-	810	99,92	-
Todas as Neoplasias	24.900	444,93	-	3.330	477,09	-	21.160	363,54	-	3.110	385,55	

Fonte: INCA.

Segundo os dados de estimativa do INCA constantes na tabela 13, o quantitativo de neoplasias para homens e mulheres, excetuando-se o número de casos de tumores de pele não melanoma, é de 30.260 casos para o ano de 2020, sendo que a taxa de prevalência esperada é maior para os homens. Em relação à localização dos casos novos esperados para os homens os destaques são: câncer de próstata, traquéia, brônquios e pulmões, cólon /reto, esôfago e estômago. Nas mulheres são os casos de câncer de mama, traquéia, brônquios e pulmão, cólon/ reto, colo de útero e estômago.

De acordo com a ANS, para o período de junho de 2020, tinha-se 22,17% da população do RS beneficiada por plano de saúde complementar, correspondendo a 2.522.737 usuários. Desta forma, segundo o parágrafo 10 supracitado, o RS necessitaria de 80% do número de hospitais necessários para o número estimado de casos novos, conforme os cálculos abaixo:

Número Total de casos novos: 46.060;

Número de casos novos, exceto tumores de pele não melanoma: $30.260 \times 80\% = 24.208$.

Assim, levando-se em consideração somente estes dois aspectos, o RS já teria o número adequado de unidades habilitadas. Entretanto, cabe ressaltar que houve uma redução expressiva do número total de casos novos previstos para o RS, segundo o INCA de 54.800/ano houve redução da estimativa para 46.060/ano. Este fato pode ser parcialmente explicado devido à insuficiência de registros fidedignos dos casos, tanto nos registros hospitalares de câncer quanto nos registros de câncer de base populacional.

Embora os casos de câncer possam ocorrer em qualquer idade, a maioria dos casos se desenvolve em indivíduos a partir dos 60 anos. Assumindo-se que a idade é um dos fatores mais constante e inexorável na fisiopatogenia do câncer, que o índice de envelhecimento do RS (71,98%) é muito superior ao restante do país (46,89%) e que nos últimos anos o percentual de idosos vem crescendo (de 11,79% em 2017 para 13,3% em

2020 e com previsão para 18,20% em 2030) chama a atenção a estimativa reduzida do INCA.

A rede de Oncologia do Estado contando com 30 unidades, segundo os dados acima, deveria ser resolutive na sua totalidade, entretanto ainda temos várias unidades que não cumprem os critérios estabelecidos na legislação atual e, portanto, ainda se tem um desafio para que estas unidades possam atingir os parâmetros mínimos.

O Quadro 15 abaixo demonstra o número de unidades por Macrorregião de saúde e a estimativa de quantitativo a ser atendido por cada serviço.

Quadro 15. Estimativas de casos novos de câncer e número de unidades oncológicas, por Macrorregião de Saúde, RS, 2020.

Macro	Região de Saúde	Pop. residente	Nº Casos Novos Total /RS	Nº Casos Novos Total /Macro	Unidades Existentes/ Macro	Nº casos Total / unidade	Nº de casos sem Pele /RS	Nº de casos sem Pele /Macro	Nº casos sem pele / unidade
CENTRO-OESTE	R01	436.807	1.768	4.121	3	1.373	1.162	2.707	902
	R02	123.022	498				327		
	R03	458.083	1.855				1.218		
METROPOLITANA	R04	160.805	651	20.336	9	2.259	428	13.360	1.484
	R05	236.258	956				628		
	R06	235.000	951				625		
	R07	829.904	3.360				2.207		
	R08	778.841	3.153				2.071		
	R09	413.183	1.673				1.099		
	R10	2.369.210	9.592				6.301		
MISSIONEIRA	R11	279.639	1.132	3.582	4	895	744	2.353	588
	R12	151.846	615				404		
	R13	229.293	928				610		
	R14	223.910	906				596		
NORTE	R15	182.722	740	5.044	4	1.261	486	3.313	828
	R16	232.942	943				620		
	R17	416.446	1.686				1.108		
	R18	133.202	539				354		
	R19	117.302	475				312		
	R20	163.205	661				434		
S U D L	R21	878.951	3.558	4.321	3	1.440	2.338	2.839	946

	R22	188.345	763				501		
SERRA	R23	620.945	2.514	4.970	3	1.656	1.652	3.265	1.088
	R24	99.809	404				265		
	R25	317.563	1.286				845		
	R26	189.350	767				504		
VALES	R27	203.016	822	3.687	3	1.229	540	2.422	807
	R28	351.490	1.423				935		
	R29	225.922	915				601		
	R30	130.228	527				346		
TOTAL RS		11.377.239	46.060				30.260		

Fonte: INCA; SES/RS.

Uma vez que cada serviço deve ser responsável pelo atendimento de 1.000 casos novos/ ano, conclui-se que somente na Macrorregião Metropolitana (onde concentra-se em torno de 40% da população do RS) há carência de novas unidades; para atendimento dos casos previstos e seguindo a proporcionalidade seriam necessárias mais quatro unidades funcionantes.

Proposta de Novas Unidades – UNACON

Em virtude das estimativas de número, distribuição de casos novos e localização geográfica, as novas unidades da Macrorregião Metropolitana poderiam ser localizadas nas R04 e R05 (litoral norte, com expectativa de 1.489 casos), R07 (2.207 casos) e R08 (20.71 casos). Estas três unidades na Macrorregião Metropolitana se incorporariam às unidades com solicitação de habilitação já em andamento e aguardando análise do Ministério da Saúde: a Santa Casa de São Gabriel e o Hospital Ivan Goulart de São Borja, considerados vazios assistenciais.

As unidades de São Gabriel e São Borja já tem sua previsão orçamentária aprovada nas Resoluções CIB /RS nº 149/2020 e CIB/RS nº 166/2020, conforme o Quadro 16 abaixo:

Quadro 16. Propostas de novos UNACON, com quantitativo mínimo/mês de produção e previsões orçamentárias, RS, 2020.

MUNICÍPIO DE ORIGEM	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	CÓD.	PROCEDIMENTO	NºMÍNIMO/MÊS	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Alegrete	São Gabriel	416 304	Cirurgia Oncológica Sessões de Quimioterapia	55 555	R\$ 3.483,33 R\$ 499,87	R\$ 191.583,15 R\$ 277.427,85
Manoel Viana						
Rosário do Sul						
Sta Margarida do Sul						
S. do Livramento						
São Gabriel						
					Total/Mês	R\$ 469.011,00
					Total/Ano	R\$5.628.132,00
Garruchos	São Borja	416 304	Cirurgia Oncológica Sessões de Quimioterapia	55 442	R\$ 3.483,33 R\$ 499,87	R\$ 191.583,15 R\$ 220.942,54
Maçambará						
São Borja						
					Total/Mês	R\$ 412.525,69
					Total/Ano	R\$4.950.308,28

Fonte: SES/RS.

As três unidades adicionais na Macrorregião Metropolitana teriam custo estimado mínimo de R\$ 4.950.308,28 por instituição será de R\$ 14.850.924,80.

Proposta de Novas Unidades – PERT

O Plano de Expansão de Radioterapia (PERT) além da área física e dos equipamentos requer custeio para seu adequado funcionamento; neste momento já temos a aprovação em CIB da estimativa orçamentária de duas unidades, baseadas no perfil epidemiológico das regiões de saúde referenciadas, o Hospital Ana Nery e do Hospital Bruno Born conforme o Quadro 17 abaixo:

Quadro 17. Propostas de novas unidades de radioterapia, com quantitativo mínimo/mês de produção e previsões orçamentárias, RS, 2020.

IBGE	MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS DE RADIOTERAPIA	ESTIMATIVA DE CASOS/MÊS	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
4316808	Santa Cruz do Sul	03.04.01.041-3	Radioterapia de mama	10	5.904,00	59.040,00
		03.04.01.046-4	Radioterapia de próstata	7	5.838,00	40.866,00
		03.04.01.038-3	Radioterapia de traquéia, brônquio, pulmão, pleura e mediastino	7	3.563,00	24.941,00
		03.04.01.042-1	Radioterapia do aparelho ginecológico	5	4.608,00	23.040,00

		03.04.01.037-5	Radioterapia do aparelho digestivo	6	4.148,00	24.888,00
		03.04.01.036-7	Radioterapia de cabeça e pescoço	7	4.168,00	29.176,00
		03.04.01.047-2	Radioterapia do aparelho urinário	3	4.093,00	12.279,00
		03.04.01.050-2	Radioterapia do sistema nervoso central	5	3.278,00	16.390,00
					Total/mês	230.620,00
					Total/ano	2.767.440,00
4311403	Lajeado	03.04.01.041-3	Radioterapia de mama	10	5.904,00	59.040,00
		03.04.01.046-4	Radioterapia de próstata	10	5.838,00	58.380,00
		03.04.01.038-3	Radioterapia de traquéia, brônquio, pulmão, pleura e mediastino	7	3.563,00	24.941,00
		03.04.01.042-1	Radioterapia do aparelho ginecológico	3	4.608,00	13.824,00
		03.04.01.037-5	Radioterapia do aparelho digestivo	7	4.148,00	29.036,00
		03.04.01.036-7	Radioterapia de cabeça e pescoço	7	4.168,00	29.176,00
		03.04.01.047-2	Radioterapia do aparelho urinário	2	4.093,00	8.186,00
		03.04.01.050-2	Radioterapia do sistema nervoso central	4	3.278,00	13.112,00
					Total/mês	235.695,00
					Total/ano	2.828.340,00

Fonte: SES/RS.

O RS ainda contará com equipamentos adicionais de radioterapia: a Santa Casa de Pelotas, a Santa Casa de Bagé e o Hospital Universitário de Santa Maria. O custeio destas unidades está previsto no Quadro 18 abaixo:

Quadro 18. Propostas de unidades adicionais de radioterapia, com quantitativo mínimo/mês de produção e previsões orçamentárias, RS, 2020.

MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS DE RADIOTERAPIA	ESTIMATIVA DE CASOS/MÊS	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Pelotas	03.04.01.041-3	Radioterapia de mama	10	5.904,00	59.040,00
	03.04.01.046-4	Radioterapia de próstata	10	5.838,00	58.380,00
	03.04.01.038-3	Radioterapia de traquéia, brônquio, pulmão, pleura e mediastino	9	3.563,00	32.067,00
	03.04.01.042-1	Radioterapia do aparelho ginecológico	4	4.608,00	18.432,00

	03.04.01.037-5	Radioterapia do aparelho digestivo	12	4.148,00	49.776,00
	03.04.01.036-7	Radioterapia de cabeça e pescoço	4	4.168,00	16.672,00
	03.04.01.047-2	Radioterapia do aparelho urinário	4	4.093,00	16.372,00
	03.04.01.050-2	Radioterapia do sistema nervoso central	5	3.278,00	16.390,00
				Total/mês	267.129,00
				Total/ano	3.205.548,00
Bagé	03.04.01.041-3	Radioterapia de mama	10	5.904,00	59.040,00
	03.04.01.046-4	Radioterapia de próstata	10	5.838,00	58.380,00
	03.04.01.038-3	Radioterapia de traquéia, brônquio, pulmão, pleura e mediastino	9	3.563,00	32.067,00
	03.04.01.042-1	Radioterapia do aparelho ginecológico	3	4.608,00	13.824,00
	03.04.01.037-5	Radioterapia do aparelho digestivo	8	4.148,00	33.184,00
	03.04.01.036-7	Radioterapia de cabeça e pescoço	3	4.168,00	12.504,00
	03.04.01.047-2	Radioterapia do aparelho urinário	2	4.093,00	8.186,00
	03.04.01.050-2	Radioterapia do sistema nervoso central	5	3.278,00	16.390,00
				Total/mês	233.575,00
				Total/ano	2.802.900,00
Santa Maria	03.04.01.041-3	Radioterapia de mama	10	5.904,00	59.040,00
	03.04.01.046-4	Radioterapia de próstata	10	5.838,00	58.380,00
	03.04.01.038-3	Radioterapia de traquéia, brônquio, pulmão, pleura e mediastino	10	3.563,00	35.630,00
	03.04.01.042-1	Radioterapia do aparelho ginecológico	4	4.608,00	18.432,00
	03.04.01.037-5	Radioterapia do aparelho digestivo	12	4.148,00	49.776,00
	03.04.01.036-7	Radioterapia de cabeça e pescoço	4	4.168,00	16.672,00
	03.04.01.047-2	Radioterapia do aparelho urinário	4	4.093,00	16.372,00
	03.04.01.050-2	Radioterapia do sistema nervoso central	4	3.278,00	13.112,00
				Total/mês	267.414,00
				Total/ano	3.208.968,00

Fonte: SES/RS.

4.3 Regulação do Acesso Assistencial

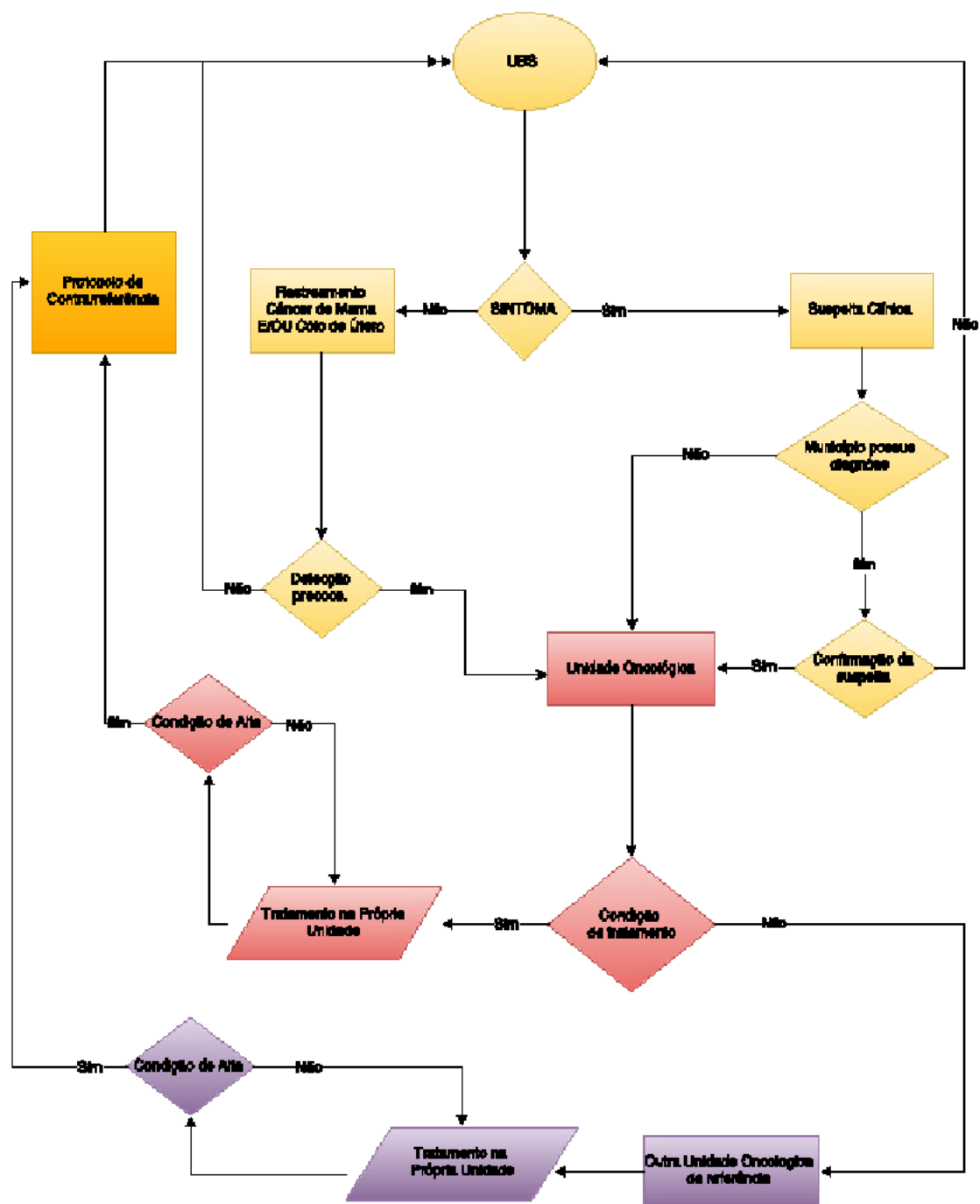
A regulação do acesso assistencial é um conjunto de ações estratégicas que visam qualificar e otimizar o acesso ao atendimento oncológico de forma tempestiva e regionalizada. Constitui um ponto essencial na garantia do acesso para o encaminhamento de usuários com suspeita de câncer ou pacientes com diagnóstico confirmado de neoplasia as unidades oncológicas.

O processo regulatório se dá através das Centrais de Regulação Municipais (nas cidades que aderiram ao pacto de saúde), nas CRS ou através do Departamento de Regulação Estadual. O processo de regulação do acesso ao atendimento oncológico é realizado por equipe técnica qualificada com médicos reguladores que realizam a avaliação das solicitações cadastradas nos sistemas informatizados de regulação vigente conforme a região de abrangência, estabelecendo prioridades de acesso sob critérios de gravidade e especificidades dos casos, em consonância a Protocolos Técnicos e Resoluções CIB/RS com devidas pactuações de referências.

O fluxograma a seguir, apresenta o caminho que o paciente percorre para seu tratamento.

Figura 26. Fluxograma Assistência Oncológica RS.

Fluxograma da Assistência Oncológica RS



Fonte: SES/RS.

Quanto às referências, o RS apresenta pactuação formal das referências em Oncologia desde 2013. Em 2016, realizaram-se atualizações, de acordo com a Resolução CIB/RS nº39/2016 e, neste momento, encontra-se em fase de reorganização e nova pactuação, com a inclusão de referências para subespecialidades como tumores neurológicos, de cabeça e pescoço, atualização de neoplasias hematológicas e de iodoterapia, radiocirurgia, braquiterapia e tumores infanto-juvenis.

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 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 Européia de Oncologia Clínica/ESMO, publicados no Annals of Oncology em 2014 e atualizados em 2019, disponíveis no site www.esmo.org. Para esse trabalho, iniciou-se construindo uma “ferramenta de retorno” das cinco neoplasias mais prevalentes no RS, 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 CRONOGRAMA, INDICADORES, METAS E PRAZOS

A definição dos indicadores e das metas relacionadas à Oncologia para este Plano é resultado da compatibilização de diversos instrumentos de planejamento e documentos orientadores, que expressam as prioridades e as necessidades em saúde. Em nível nacional e tripartite do SUS, foram utilizados como base os indicadores de acompanhamento da Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017-2021 relacionados a prioridades nacionais em saúde.

Em âmbito estadual, procurou-se compatibilizar os instrumentos já consolidados no estado, como Plano Plurianual 2020-2023 (PPA), Projetos Agregadores e Estratégicos (projetos planejados para o período de quatro anos (2019-2022) visando atingir o objetivo estratégico “Prestar Assistência à Saúde, fortalecendo a promoção e a prevenção” traçado no Mapa Estratégico do Governo), Mapa Estratégico da SES/RS, Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 e os Diagnósticos Regionais de Saúde do PRI.

CRONOGRAMA, INDICADORES, METAS, AÇÕES E PRAZOS

	INDICADOR	META	AÇÕES	PRAZO	RESP.	FONTE
PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	Reduzir a prevalência de excesso de peso na população adulta.	de 72,15% para 67,50%	Realizar apoio técnico às Referências Regionais e aos Municípios, para o planejamento de ações relativas à atenção nutricional nas RAS no âmbito do SUS, desenvolvendo estratégias educativas de promoção da alimentação adequada e saudável, implantação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade organizando a oferta do cuidado.	2023	DAS/SES	SISVAN
	Ampliar o número de usuários com avaliação do estado nutricional acompanhados pelas equipes da Atenção Primária em Saúde.	de 946.909 para 1.150.972	Fortalecer as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional na rotina dos serviços de saúde, implementando a vigilância como parte da organização na atenção integral à saúde.	2023	DAS/SES	SISVAN
	Ampliar o número de municípios com Programa de Controle do Tabagismo implantado.	de 299 para 350	Manter as equipes dos municípios que já fazem parte do programa capacitadas. Sensibilizar os gestores dos demais municípios para adesão ao programa. Capacitar os novos municípios do programa. Realizar educação permanente com todos os profissionais da saúde que atuam no enfrentamento ao tabagismo.	2023	CEVS/SES	INCA
	Cobertura da vacinação contra HPV na população alvo.	80%	Monitorar a realização da segunda dose da vacina nas crianças e adolescentes até 14 anos de idade	2023	CEVS/SES	SIPNI

DETECÇÃO PRECOCE	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	de 0,41 para 0,55	Ampliar a oferta de rastreamento do câncer de colo na população-alvo	2023	DAS/SES	DATASUS
	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	de 0,3 para 0,38	Ampliar a oferta de rastreamento do câncer de mama na população-alvo	2023	DAS/SES	DATASUS
DIAGNOSE	Número de procedimentos de endoscopia realizados no estado	de 44.051 para 46.253	Ampliar oferta de Endoscopias Digestivas Altas através de incentivos estaduais	2023	DAHA/SES	DATASUS
	Número de procedimentos de colonoscopia realizados no estado	de 28407 para 29.827	Ampliar oferta de Colonoscopias / RSC através de incentivos estaduais	2023	DAHA/SES	DATASUS
	Número de procedimentos de biópsias realizados no estado	de 45.513 para 47.788	Ampliar Oferta de Biópsias através de incentivos estaduais	2023	DAHA/SES	DATASUS
	Número de procedimentos de anatomopatológicos realizados	de 380.135 para 399.142	Ampliar Oferta de Exames Anatomopatológicos através de incentivos estaduais	2023	DAHA/SES	DATASUS
	Número de Centros de Diagnóstico de Câncer de Mama e Colo do Útero habilitados	de 2 para 4	Estimular serviços com capacidade instalada a habilitarem-se junto ao Ministério da Saúde (códigos 1719 e 1720)	2022	DAHA/DAS	DATASUS /CNES
TRATAMENTO	Número de cirurgias oncológicas nos UNACON's e CACON's	de 14.109 para 15.519	Ampliar oferta de cirurgias oncológicas através de contratualização junto aos com UNACON/CACON	2023	DAHA/SES	DATASUS
	Número de cirurgias sequenciais em oncologia	4402	Acompanhar anualmente número de cirurgias sequenciais	2023	DEASUS	DATASUS
	Percentual de quimioterapias paliativas	de 35,73% para 35%	Reduzir percentual de QT paliativas.	2023	DAHA	DATASUS
	Número de equipamentos de radioterapia em atividade	de 25 para 30	Ampliar a oferta de tratamento radioterápico	2023	DAHA	DATASUS
REGULAÇÃO	Pactuação da rede de atenção oncológica	3	Atualizar referências da rede atenção oncológica; de PET-CT e de Oncopediatria	2021	DAHA	Res. CIB
		5	Pactuar referências de Tumores de Cabeça e Pescoço, Hematologia, Tumores do SNC, Radiocirurgia e Iodoterapia	2021	DAHA	Res. CIB
		1	Pactuar a rede de Laboratórios de Citopatológico	2021	DAHA	Res. CIB
		1	Pactuar a rede de Laboratórios de Anatomopatológico	2022	DAHA	Res. CIB
		7 macros	Implantar protocolos de contra-referência para pacientes em seguimento clínico	2021	DAS/DAHA/DRE	Relatórios Internos
	Ocupação da oferta de consultas	100%	Ocupar a oferta integral contratualizada em Oncologia Clínica Quimioterapia, Oncologia hematologia,	2021	DRE	GERCON

			Biópsia de Próstata, Cistoscopia, Biópsia de Pele e Broncoscopia			
	Qualificação de informações	100%	Qualificar, junto aos municípios, as informações clínicas de encaminhamento inseridas nas solicitações das consultas especializadas nos sistemas de regulação.	2021	DRE	GERCON
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	Percentual de monitoramento de cadastros no CNES	100%	Monitorar a atualização constante do CNES por parte dos municípios e prestadores a fim de monitorar os cadastros e orientar correções de inadequações	2023	DAHA/DGTI	CNES
	Percentual de cumprimento dos parâmetros normativos em serviços oncológicos	100% dos serviços monitorados	Monitorar os serviços prestados pelas UNACON/CACON (parâmetros definidos na Portaria nº 1.399)	2023	DAHA	DATASUS
			Monitorar os serviços de prestadores que realizam exames de mama	2023	CEVS/SES	DATASUS
			Monitorar os serviços prestados pelos laboratórios que realizam exames de colo de útero por meio do Observatório	2023	CEVS/SES	DATASUS
	Monitoramento de envio anual de dados pelas unidades oncológicas	100% das unidades com dados consolidados	Implementar atividades do RHC, monitoramento de envio da base de dados	2023	DAHA	Integrador RHC
	Monitoramento da mediana do tempo entre confirmação diagnóstica e início de tratamento oncológico	100% das unidades com dados monitorados	Implementar atividades de vigilância epidemiológica com base nas informações do Painel de Oncologia	2023	DAHA/DGTI	Painel de Oncologia
MORTALIDADE	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) em 2% ao ano	de 346,46 para 329,3 casos/100.000hab	Todas as ações acima mencionadas	2023	DAS	BI/SESRS

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

6.1 Qualicito

De acordo com a Portarias GM/MS nº 3.388/2013 e GM/MS nº 613/2017 a avaliação do controle de qualidade dos laboratórios de exames citopatológico está subdividida em duas etapas:

- a) monitoramento interno que se constitui em ação obrigatória para todos os Laboratórios Tipo I e Tipo II, realizada por meio de processos de controle da qualidade dos exames realizados;
- b) monitoramento externo que consiste em conjunto de ações realizadas pelo Laboratório Tipo II que visa à avaliação da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero dos Laboratórios Tipo I, desde a fase pré-analítica até a liberação dos laudos diagnósticos.

Atualmente o RS possui quatro laboratórios habilitados como do tipo II, aptos para realização do monitoramento externo dos exames citopatológicos de colo de útero, conforme a Figura 27 abaixo.

Figura 27. Laboratórios de monitoramento externo de qualidade de exames citopatológicos de colo de útero tipo II, RS, 2020.

CNES	Estabelecimento	Competência Inicial	Competência Final	Leitos SUS	CNPJ Próprio	CNPJ Mantenedora	Município
2237601	HOSPITAL DE CLINICAS	09/2014	----		87020517000120		PORTO ALEGRE
2237822	HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS	09/2015	----	0		92963560000160	PORTO ALEGRE
2237571	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA	09/2015	----	0	92787118000120		PORTO ALEGRE
2237121	HOSPITAL SANATORIO PARTENON	09/2014	----		87958625000904	87958625000149	PORTO ALEGRE

Fonte: CNES.

Embora o monitoramento externo não gere recurso financeiro para a unidade executante, ressaltamos a importância do registro deste procedimento no sistema DATASUS/SIA. A organização de referenciamento para os laboratórios do tipo I e tipo II encontra-se em fase de construção, após finalização do chamamento público.

6.2 SISCAN

O Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) é uma versão em plataforma web que integra os sistemas de informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA). O SISCAN é integrado ao Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CADWEB), permitindo a identificação dos usuários pelo número do cartão SUS e a atualização automática de seu histórico de seguimento. O sistema também é integrado ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o que 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.

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.

O SISCAN disponibiliza, em tempo real, as informações inseridas no sistema pela internet. No momento em que a unidade de saúde fizer a solicitação do exame pelo SISCAN, esta ficará visível para o prestador incluir o resultado. Quando o laudo estiver liberado pelo prestador de serviço, a unidade de saúde solicitante poderá visualizá-lo. Ao final da competência, quando o prestador a encerrar, automaticamente as informações epidemiológicas serão exportadas para a base nacional.

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. Além disso, por meio dele é possível gerar o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), arquivo destinado ao faturamento dos procedimentos.

6.3 Registros de Câncer

Os registros de câncer são estruturas organizadas que coletam, consolidam, analisam e divulgam, de forma contínua e sistemática informações sobre o comportamento da doença, suas características e tendências. Estas subsidiam o monitoramento e avaliação das ações de controle, bem como a pesquisa epidemiológica do câncer.

A importância destas estruturas foi evidenciada na Resolução sobre Prevenção e Controle do Câncer, aprovada pela 58ª Assembléia Mundial da Saúde da OMS de 2005 e reafirmada pelo Ministério da Saúde com a publicação da Portaria GM/MS nº 2607 de 28/12/2005 que instituiu com recursos do teto financeiro da Vigilância em Saúde um incentivo financeiro para custeio das atividades envolvidas pelo Registro de Câncer de Base Populacional.

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 – SisBasepopWeb (BPW), desenvolvido e disponibilizado pelo INCA, para estruturação de suas bases de dados e gerenciamento do processo de coleta e produção de informações.

Segundo dados do INCA, o RS possui três registros de câncer de base populacional implantados: Porto Alegre, Caxias do Sul e Passo Fundo. Na última publicação do INCA sobre os dados dos registros no RS identificamos somente os dados do município de Porto Alegre na data de 2000 a 2004.

Os registros hospitalares de câncer (RHC) representam centros de coleta, armazenamento, processamento e análise, de forma sistematizada e contínua, das informações de pacientes atendidos em uma unidade hospitalar, com diagnóstico confirmado de câncer.

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. Para consolidação das informações, a maioria dos RHC utilizam o SisRHC, sistema para informatização dos dados, desenvolvido e disponibilizado pelo INCA.

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 IntegradorRHC. O funcionamento de um RHC e o envio regular dos dados para o IntegradorRHC é obrigatório para os 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.

Atualmente temos no RS 30 unidades habilitadas em Alta Complexidade em Oncologia; todas 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 (último efetuado em 2018 com a presença de representantes de todas as unidades habilitadas) são responsabilidades da Coordenação Estadual.

A seguir, um exemplo de dados oriundos do RHC, o estadiamento inicial dos principais tumores do RS, no período de 2014 a 2018:

Dados de Estadiamento RHC base dados de 2014-2018							
Estadiamento	Mama	Próstata	Pulmão	Esôfago	Estômago	Colorretal	Colo Útero
0	2,51%	0,02%	0,34%	0,59%	0,25%	0,48%	9,99%
I	19,01%	7,84%	4,25%	4,06%	4,84%	4,62%	8,65%
II	25,59%	21,73%	5,19%	11,56%	7,92%	15,17%	21,03%
III	16,38%	12,41%	16,49%	26,71%	16,16%	23,26%	26,73%
IV	6,83%	10,61%	39,98%	15,84%	27,98%	20,77%	6,54%
Não se aplica	4,76%	5,02%	12,39%	10,25%	14,76%	12,20%	4,77%
Sem informação	24,86%	42,37%	21,33%	30,99%	28,09%	23,49%	22,30%

A partir desta análise podemos identificar que:

1. As pacientes com tumores de mama, ao ingressarem nos serviços de Oncologia apresentam-se na maioria em estágio clínico II, enquanto nas com tumores de colo uterino apresentam-se no estágio III;
2. Os pacientes com neoplasia de pulmão e estômago apresentam-se na maioria dos casos com doenças em estágios avançados (metastáticos);
3. Os pacientes com tumores de esôfago e colorretais também se apresentam em estágios mais avançados (III);
4. Há um percentual muito significativo de inadequações nos registros das informações no preenchimento das bases de dados hospitalares.

Desta forma, é necessário mecanismos de otimização da qualidade dos registros hospitalares de câncer do RS como um todo, além da necessidade de monitoramento constante destes dados e da obrigatoriedade de envio de informações visto a relevância do correto preenchimento como ferramenta de gestão.

6.4 CNES

O CNES tem como função principal ser uma ferramenta de apoio na gestão, para que possam ser tomadas decisões e realizados planejamentos conforme o mapa assistencial de saúde, uma vez que este cadastro propicia aos gestores o conhecimento efetivo da rede assistencial e existente e sua capacidade instalada.

Importante salientar a 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.

6.5 DATASUS - SIA/SIH

O registro de procedimentos ambulatoriais e hospitalares são fundamentais 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.

6.6 Paineis de Oncologia

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.

O Painel de Oncologia é um instrumento desenvolvido para monitorar a Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que estabelece o prazo de 60 dias para o início do tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada. As informações do painel se referem ao tempo de início do primeiro tratamento oncológico calculado a partir da informação das datas de diagnóstico e de tratamento registradas no SIA (APAC e BPA-I), SIH e SISCAN e apresenta os casos diagnosticados através dos exames anatomopatológicos.

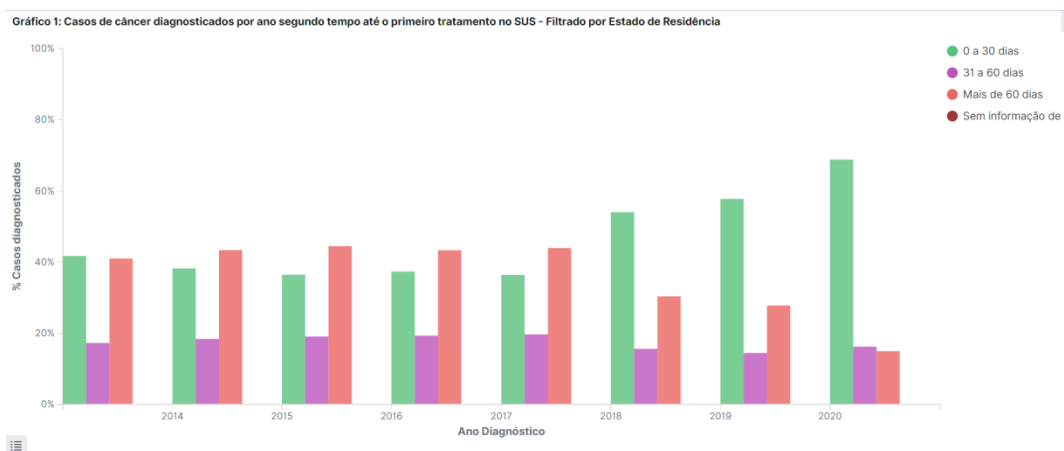
A definição de caso foi feita a partir da combinação do cartão nacional de saúde com a classificação internacional de doenças (CID-10) informada. Sendo assim, um mesmo cartão com CID diferente representa casos diferentes. Informações de diagnóstico de câncer de colo do útero e de mama estão disponíveis 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. Assim foi possível calcular o tempo de início do primeiro tratamento a partir de 2013 para estes casos.

Os dados apresentados no painel referem-se exclusivamente aos usuários que possuem cartão nacional de saúde. O monitoramento dos dados do Painei de Oncologia demonstra no último ano acesso a tratamento antes dos 60 dias em 85 % da população oncológica do RS.

A tabela abaixo, extraída do site do Painei de Oncologia demonstra os casos diagnosticados no Estado de 2014 a 2020 até o primeiro tratamento:



Fonte: Painei de Oncologia

6.7 Auditoria do SUS

As responsabilidades dos gestores do SUS, de acordo com a Portaria nº 874/2013, do Ministério da Saúde, compreendem a adoção de mecanismos de Auditoria visando a melhoria da qualidade das ações e dos serviços ofertados para prevenção e tratamento do câncer.

Em consonância com a norma citada, o componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria do SUS com vistas ao cumprimento da legislação vigente na área da rede de Atenção Oncológica, almeja verificar o quanto uma determinada realidade se distancia da situação ideal segundo critérios estabelecidos por leis, normas ou princípios.

Assim, 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 auditorias operacionais, sempre que necessário, a fim de avaliar, *in loco*, a prestação do serviço. Dessa forma, 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.

		8 (Canoas e Nova Santa Rita)	H.N. Sra. Graças (HNSG)	HCPA SC POA PUC	HNSG	HNSG	HNSG			
	2ª	9	H. de Clínicas de POA (HCPA)		HCPA SC POA PUC HNSC					
		10	St Casa de Porto Alegre (SC POA)							
	18ª	4	H. São Lucas da PUCRS (PUC)							
		5	H. N. Srª da Conceição (HNSC) H.Fêmina (HF)							
	MISSIONEIRA	12ª	11					H. de Caridade de Sto Ângelo (HCSA)	HCI	HCI
15ª		20	H. Caridade de Ijuí (HCI)	HCI	HCI	HCI	HSVP Cruz Alta			
19ª		15					HSVP Cruz Alta			
17ª		13								
9ª		12	H. São Vicente de Paulo de Cruz Alta (HSVP Cruz Alta)	HCI	HSVP Cruz Alta		HSVP Cruz Alta			
14ª		14	H. Vida e Saúde de Santa Rosa (HVS)	HVS	HVS		HVS			
NORTE	6ª	17	H. São Vicente de Passo Fundo (HSVP/Passo Fundo) H. de Clínicas de Passo Fundo (HCPF)	HSVP/Passo Fundo	HSVP/ Passo Fundo	HSVP HCPF	HSVP HCPF	HSVP	HCI	HSVP
		18								
		19								
		17 (Alm.Tamandaré Sul, Carazinho, Coqueiros do Sul, Lagoa dos Três Cantos, Não me toque, St. Antônio do	H. Caridade de Carazinho (HCC)			HCC				

		25	H. Tacchini de Bento Gonçalves (HT)	HT		HT				POA HNSC
SUL	3ª	21	Santa Casa Pelotas (SC PELOTAS) H. Escola UFPEL (HE)	SC PELOTAS FAU	HCPA SC POA PUC HNSC	SC PELOTAS HE	SC PELOTAS HE	HCPA SC POA PUC HNSC	HCPA SC POA	HCPA SC POA HNSC
		21 (Chuí, Rio Grande, Stª Vitória do Palmar, S. José do Norte)	Santa Casa Rio Grande (SC RIO GRANDE)	SC RIO GRANDE	HCPA SC POA PUC HNSC	SC RIO GRANDE				
	7ª	22	Santa Casa de Bagé (SC BAGÉ)	SC PELOTAS FAU	HCPA SC POA PUC HNSC	SC BAGÉ	SC PELOTAS FAU			
VALES	8ª	27	H. Caridade e Beneficência de Cachoeira do Sul (HCB)	HAN	HBB	HCPA SC POA PUC HNSC	HCB	HCPA SC POA PUC HNSC	HCPA SC POA	HCPA SC POA HNSC
	13ª	28	Hospital Ana Nery (HAN)	HAN	HBB	HAN	HBB			
METROPOLITANA	1ª	8 (Triunfo)			HCPA SC POA PUC HNSC		HCPA SC POA PUC HNSC			
	2ª	9 (Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Butiá, Charqueadas, General Câmara, Minas do Leão, São Jerônimo)								
VALES	16ª	29	Hospital Bruno Born (HBB)	HBB						
		30								

METROP.	1ª	8 (Tabaí)					
---------	----	-----------	--	--	--	--	--

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme apresentado ao longo do documento, o câncer se constitui em causa preponderante de morbimortalidade na população gaúcha. E as elevadas estatísticas de incidência e prevalência tornam esta patologia uma constante preocupação para gestores, profissionais de saúde e população em geral.

Como foi amplamente destacado ao longo desse material, percebe-se a necessidade de ampliar cada vez mais ações e estratégias que contribuam para promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno, com vistas ao aumento na qualidade de vida dos usuários.

O objetivo primordial deste trabalho foi atualizar o panorama da situação oncológica no Estado do Rio Grande do Sul, identificando os principais pontos de assistência, georeferenciamento, indicadores de produção, além de propor um conjunto de indicadores, metas e ações a fim de otimizar e qualificar a assistência oncológica.

A atualização destas informações se faz necessário devido à multiplicidade, complexidade e dinamismo na rede atenção oncológica do estado; para a construção deste estudo contamos com a colaboração de diversos setores e departamentos da SES/RS, no intuito de incrementar e qualificar as informações aqui contidas.

Esta análise situacional da rede de assistência oncológica certamente auxiliará como fonte de consulta para as Coordenadorias Regionais de Saúde, Secretarias Municipais e o nível central da SES, com a finalidade de nortear ações de planejamento e monitoramento da linha de cuidado do câncer.

ANEXOS

Protocolos de Contra-Referência

PROTOCOLO DE CONTRARREFERÊNCIA – NEOPLASIA DE MAMA

Nome:..... Data de Nascimento: / /

Cartão SUS:.....

UNACON / CACON:.....

Diagnóstico: NEOPLASIA DE MAMA CID10: C..... EC: I () II () III ()

IV () T...N...M.....(.....)

Tratamentos realizados: CIR () RT () QT () esquema

utilizado..... de / a /

Medicamentos em

Uso:.....

.....

Primeiros dois anos após o diagnóstico

- Visitas ao ambulatório com História e Exame Físico a cada 3 meses;
- Mamografia Anual, se necessário, ou subtipo lobular Ecografia mamária;
- Hemograma, Provas de Função Hepática e Perfil Lipídico a cada 6 meses;
- Exame Ginecológico Anual;
- Densitometria óssea a cada 2 anos, quando estiver utilizando Inibidores de Aromatase (Anastrozol, Letrozol, Examestane, Fulvestrant);
- Recomendação de prática de atividade física e aconselhamento nutricional em pacientes com sobrepeso ou obesidade;
- Contra-indicação de Terapia de Reposição Hormonal.

Terceiro, Quarto e Quinto Ano após o diagnóstico

- Visitas ao ambulatório com História e Exame Físico a cada 6 meses;
- Mamografia Anual, se necessário, ou subtipo lobular Ecografia Mamária;
- Hemograma, Provas de Função Hepática e Perfil Lipídico a cada 6 meses;
- Exame Ginecológico Anual;
- Densitometria óssea a cada 2 anos, quando estiver utilizando Inibidores de Aromatase (Anastrozol, Letrozol, Examestane, Fulvestrant);
- Recomendação de prática de atividade física e aconselhamento nutricional em pacientes com sobrepeso ou obesidade;
- Contra-indicação de Terapia de Reposição Hormonal

A partir do Quinto Ano após o diagnóstico

- Visitas ao ambulatório com História e Exame Físico a cada 12 meses;
- Mamografia anual, se necessário ou subtipo lobular Ecografia mamária
- Hemograma, Provas de Função Hepática e Perfil Lipídico anual;
- Exame Ginecológico Anual;

- Densitometria óssea a cada 2 anos, quando estiver utilizando Inibidores de Aromatase (Anastrozol, Letrozol, Examestane, Fulvestrant);
- Recomendação de prática de atividade física e aconselhamento nutricional em pacientes com sobrepeso ou obesidade
- Contra-indicação de Terapia de Reposição Hormonal.

ACOMPANHAMENTO DE NEOPLASIA DE MAMA NA ATENÇÃO BÁSICA						
ANO	PROCEDIMENTOS	MESES				
		0	3	6	9	12
PRIMEIRO E SEGUNDO	HISTÓRIA	X	X	X	X	X
	EXAME FÍSICO	X	X	X	X	X
	MAMOGRAFIA					X
	ECOGRÁFIA MAMÁRIA					X
	HEMOGRAMA	X		X		
	PROVAS FUNÇÃO HEPÁTICA	X		X		
	PERFIL LIPÍDICO	X		X		X
	EXAME GINECOLÓGICO					X
	DENSITOMETRIA ÓSSEA*					X
TERCEIRO, QUARTO E QUINTO	HISTÓRIA	X		X		X
	EXAME FÍSICO	X		X		X
	MAMOGRAFIA					X
	ECOGRÁFIA MAMÁRIA					
	HEMOGRAMA			X		X
	PROVAS FUNÇÃO HEPÁTICA			X		X
	PERFIL LIPÍDICO			X		X
	EXAME GINECOLÓGICO					X
	DENSITOMETRIA ÓSSEA*					X
A PARTIR DO QUINTO	HISTÓRIA					X
	EXAME FÍSICO					X
	MAMOGRAFIA					X
	ECOGRÁFIA MAMÁRIA					X
	HEMOGRAMA					X
	PROVAS FUNÇÃO HEPÁTICA					X
	PERFIL LIPÍDICO					X
	EXAME GINECOLÓGICO					X
	DENSITOMETRIA ÓSSEA*					X

*D.O. a cada 2 anos em uso de I.A.

.....

 Assinatura e Carimbo de Médico Assistente do UNACON/CACON

Data:...../...../.....

PROTOCOLO DE CONTRARREFRÊNCIA – NEOPLASIA DE PRÓSTATA

Nome:..... Data de Nascimento:...../...../.....

Cartão SUS:.....

UNACON / CACON:.....

Diagnóstico: NEOPLASIA DE PRÓSTATA CID10: C..... EC: I () II () III () IV () T....N....M.....(.....)

Tratamentos realizados: CIR () RT () QT () esquema utilizado..... dea...../.....

Medicamentos em

Uso:.....
.....

Primeiros três anos após o diagnóstico

- Visitas ao ambulatório com História e Exame Físico a cada 4 meses;
- PSA a cada 4 meses;
- Hemograma, Provas de Função Hepática e Perfil Lipídico a cada 8 meses;
- Densitometria óssea a cada 2 anos, quando estiver utilizando Hormonioterapia (Goserelina, Leuprolide, Flutamida, Bicalutamida, etc.);
- Recomendação de prática de atividade física e aconselhamento nutricional em pacientes com sobrepeso ou obesidade;
- Contra-indicação de Terapia de Reposição Hormonal.

Quarto e Quinto Ano após o diagnóstico

- Visitas ao ambulatório com História e Exame Físico a cada 8 meses;
- PSA a cada 8 meses;
- Hemograma, Provas de Função Hepática e Perfil Lipídico a cada 12 meses;
- Exame Ginecológico Anual;
- Densitometria óssea a cada 2 anos, quando estiver utilizando Hormonioterapia (Goserelina, Leuprolide, Flutamida, Bicalutamida, etc.);
- Recomendação de prática de atividade física e aconselhamento nutricional em pacientes com sobrepeso ou obesidade;
- Contra-indicação de Terapia de Reposição Hormonal

A partir do Quinto Ano após o diagnóstico

- Visitas ao ambulatório com História e Exame Físico a cada 12 meses;
- PSA a cada 12 meses;
- Hemograma, Provas de Função Hepática e Perfil Lipídico a cada 12 meses;
- Densitometria óssea a cada 2 anos, quando estiver utilizando Hormonioterapia (Goserelina, Leuprolide, Flutamida, Bicalutamida, etc.);
- Recomendação de prática de atividade física e aconselhamento nutricional em pacientes com sobrepeso ou obesidade
- Contra-indicação de Terapia de Reposição Hormonal.

ACOMPANHAMENTO DE NEOPLASIA DE PRÓSTATA NA ATENÇÃO BÁSICA					
ANO	PROCEDIMENTOS	MESES			
		0	4	8	12
PRIMEIRO, SEGUNDO E TERCEIRO	HISTÓRIA	X	X	X	X
	EXAME FÍSICO	X	X	X	X
	PSA	X	X	X	X
	HEMOGRAMA	X		X	
	PROVAS FUNÇÃO HEPÁTICA	X		X	
	PERFIL LIPÍDICO	X		X	
	DENSITOMETRIA ÓSSEA*				X
QUARTO E QUINTO	HISTÓRIA	X		X	
	EXAME FÍSICO	X		X	
	PSA	X		X	X
	HEMOGRAMA			X	
	PROVAS FUNÇÃO HEPÁTICA			X	
	PERFIL LIPÍDICO			X	
	DENSITOMETRIA ÓSSEA*				X
A PARTIR DO QUINTO	HISTÓRIA				X
	EXAME FÍSICO				X
	PSA				X
	HEMOGRAMA				X
	PROVAS FUNÇÃO HEPÁTICA				X
	PERFIL LIPÍDICO				X
	DENSITOMETRIA ÓSSEA*				X

*D.O. a cada 2 anos em uso de I.A.

.....

Assinatura e Carimbo de Médico Assistente do UNACON/CACON

Data:...../...../.....

PROTOCOLO DE CONTRARREFERÊNCIA – NEOPLASIA DE PULMÃO

Nome:..... Data de Nascimento:...../...../..... Cartão
 SUS:.....
 UNACON / CACON :.....
 Diagnóstico: NEOPLASIA DE PULMÃO CID10: C..... EC: I () II () III ()
 IV () T...N...M.....(.....)
 Tratamentos realizados: CIR () RT () QT () esquema
 utilizado..... dea...../.....
 Medicamentos em
 Uso:.....

Primeiros três anos após o diagnóstico

- Visitas ao ambulatório com História e Exame Físico a cada 6 meses;
- Hemograma, Provas de Função Hepática a cada 6 meses;
- Tomografia Computadorizada de Tórax a cada 6 meses;
- Recomendação de suspensão da prática ao tabagismo.

A partir do Terceiro Ano após o diagnóstico

- Visitas ao ambulatório com História e Exame Físico a cada 12 meses;
- Hemograma, Provas de Função Hepática a cada 12 meses;
- Tomografia Computadorizada de Tórax a cada 12 meses;
- Recomendação de suspensão da prática ao tabagismo.

ACOMPANHAMENTO DE NEOPLASIA DE PULMÃO NA ATENÇÃO BÁSICA						
ANO	PROCEDIMENTOS	MESES				
		0	3	6	9	12
PRIMEIRO, SEGUNDO E TERCEIRO	HISTÓRIA	X	X	X	X	X
	EXAME FÍSICO	X	X	X	X	X
	HEMOGRAMA	X		X		X
	PROVAS FUNÇÃO HEPÁTICA	X		X		X
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX			X		X
A PARTIR DO TERCEIRO	HISTÓRIA	X		X		X
	EXAME FÍSICO	X		X		X
	HEMOGRAMA			X		X
	PROVAS FUNÇÃO HEPÁTICA			X		X
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX					X

.....

Assinatura e Carimbo de Médico Assistente do UNACON/CACON

Data:...../...../.....

PROTOCOLO DE CONTRARREFERÊNCIA – NEOPLASIA DE COLO UTERINO

Nome:..... Data de Nascimento:...../...../..... Cartão
SUS:.....

UNACON / CACON :.....

Diagnóstico: NEOPLASIA DE COLO DE ÚTERO CID10: C..... EC: I () II
() III () IV () T...N...M.....(.....)

Tratamentos realizados: CIR () RT () QT () esquema
utilizado..... dea...../.....

Medicamentos em

Uso:.....
.....

Primeiros dois anos após o diagnóstico

- Visitas ao ambulatório com História e Exame Físico, incluindo Exame Ginecológico, a cada 3 meses;
- Hemograma, Provas de Função Hepática e Perfil Lipídico, a cada 6 meses;
- Rx de Tórax, ecografia Abdominal Total ou Pélvica Transvaginal ou Tomografia Computadorizada, quando clinicamente.

Terceiro Ano após o diagnóstico

- Visitas ao ambulatório com História e Exame Físico, incluindo Exame Ginecológico, a cada 6 meses;
- Hemograma, Provas de Função Hepática, a cada 12 meses;
- Rx de Tórax, ecografia Abdominal Total ou Pélvica Transvaginal ou Tomografia Computadorizada, quando clinicamente.

A partir do Quarto Ano após o diagnóstico

- Visitas ao ambulatório com História e Exame Físico, incluindo Exame Ginecológico, a cada 12 meses;
- Hemograma, Provas de Função Hepática, a cada 12 meses;
- Rx de Tórax, ecografia Abdominal Total ou Pélvica Transvaginal ou Tomografia Computadorizada, quando clinicamente.

ACOMPANHAMENTO DE NEOPLASIA DE COLO UTERINO NA ATENÇÃO BÁSICA						
ANO	PROCEDIMENTOS	MESES				
		0	3	6	9	12
PRIMEIRO E SEGUNDO	HISTÓRIA	X	X	X	X	X
	EXAME FÍSICO + EXAME GINECOLÓGICO	X	X	X	X	X
	HEMOGRAMA	X		X		X
	PROVAS FUNÇÃO HEPÁTICA	X		X		X
	RX DO TÓRAX			*		
	ECOGRAFIA ABDOMINAL OU PÉLVICA			*		
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			*		
TERCEIRO	HISTÓRIA			X		X
	EXAME FÍSICO + EXAME GINECOLÓGICO			X		X
	HEMOGRAMA			X		X
	PROVAS FUNÇÃO HEPÁTICA			X		X
	RX DO TÓRAX			*		
	ECOGRAFIA ABDOMINAL OU PÉLVICA			*		
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			*		
A PARTIR DO QUARTO	HISTÓRIA					X
	EXAME FÍSICO + EXAME GINECOLÓGICO					X
	HEMOGRAMA					X
	PROVAS FUNÇÃO HEPÁTICA					X
	RX DO TÓRAX			*		
	ECOGRAFIA ABDOMINAL OU PÉLVICA			*		
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			*		

*Quando clinicamente indicado

.....

Assinatura e Carimbo de Médico Assistente do UNACON/CACON

Data:...../...../.....

PROTOCOLO DE CONTRARREFERÊNCIA – NEOPLASIA COLORRETAL

Nome:..... Data de Nascimento:...../...../..... Cartão SUS:.....

UNACON / CACON :.....

Diagnóstico: NEOPLASIA DE COLORRETAL CID10: C..... EC: I () II ()

III () IV () T....N....M.....(.....)

Tratamentos realizados: CIR () RT () QT () esquema utilizado..... de/.....a...../.....

Medicamentos em

Uso:.....

.....

Primeiros dois anos após o diagnóstico

- Visitas ao ambulatório com História e Exame Físico a cada 3 meses;
- CEA a cada 3 meses;
- Hemograma, Provas de Função Hepática e Perfil Lipídico a cada 6 meses;
- Rx de Tórax e Ecografia Abdominal Total (ou Tomografia Computadorizada) a cada 6 meses;
- Colonoscopia ao término do primeiro ano;
- Recomendação de prática de atividade física e aconselhamento nutricional em pacientes com sobrepeso ou obesidade.

Terceiro, Quarto e Quinto Ano após o diagnóstico

- Visitas ao ambulatório com História e Exame Físico a cada 6 meses;
- CEA a cada 6 meses;
- Hemograma, Provas de Função Hepática e Perfil Lipídico a cada 6 meses;
- Rx de Tórax e Ecografia Abdominal Total (ou Tomografia Computadorizada) a cada 6 meses;
- Colonoscopia a cada 3 a 5 anos;
- Recomendação de prática de atividade física e aconselhamento nutricional em pacientes com sobrepeso ou obesidade.

A partir do Quinto Ano após o diagnóstico

- Visitas ao ambulatório com História e Exame Físico a cada 12 meses;
- CEA a cada 6 meses;
- Hemograma, Provas de Função Hepática e Perfil Lipídico a cada 6 meses;
- Rx de Tórax e Ecografia Abdominal Total (ou Tomografia Computadorizada) a cada 6 meses;
- Colonoscopia a cada 3 a 5 anos;
- Recomendação de prática de atividade física e aconselhamento nutricional em pacientes com sobrepeso ou obesidade.

ACOMPANHAMENTO DE NEOPLASIA COLORRETAL NA ATENÇÃO BÁSICA						
ANO	PROCEDIMENTOS	MESES				
		0	3	6	9	12
PRIMEIRO E SEGUNDO	HISTÓRIA	X	X	X	X	X
	EXAME FÍSICO	X	X	X	X	X
	CEA	X	X	X	X	X
	HEMOGRAMA	X		X		
	PROVAS FUNÇÃO HEPÁTICA	X		X		
	PERFIL LIPÍDICO	X		X		
	RX DO TÓRAX	X		X		X
	ECOGRAFIA ABDOMINAL	X		X		X
TERCEIRO, QUARTO E QUINTO	COLONOSCOPIA					X
	HISTÓRIA	X		X		X
	EXAME FÍSICO	X		X		X
	CEA	X		X		X
	HEMOGRAMA	X		X		X
	PROVAS FUNÇÃO HEPÁTICA	X		X		X
	PERFIL LIPÍDICO	X		X		X
	RX DO TÓRAX	X		X		X
A PARTIR DO QUINTO	ECOGRAFIA ABDOMINAL	X		X		X
	COLONOSCOPIA*					X
	HISTÓRIA					X
	EXAME FÍSICO					X
	CEA					X
	HEMOGRAMA					X
	PROVAS FUNÇÃO HEPÁTICA					X
	PERFIL LIPÍDICO					X
	RX DO TÓRAX					X
	ECOGRAFIA ABDOMINAL					X
	COLONOSCOPIA*					X

* a cada 3- 5 anos

Assinatura e Carimbo de Médico Assistente do UNACON/CACON

Data:...../...../.....

ANEXO – Nota técnica COVID-19 e Câncer.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Nota Técnica COVID-19 e Câncer

A susceptibilidade dos pacientes com câncer a viroses, tais como influenza, já é conhecida antes da emergência da SARSCov-2. Para pacientes com câncer infectados com influenza, o risco de internação hospitalar por insuficiência respiratória é 4 vezes maior e o risco de morte 10 vezes maior do que pacientes sem câncer. Esta exacerbação parece ser particularmente marcada naqueles pacientes com neutropenia ou linfopenia, um achado frequentemente visto em pacientes tratados com múltiplas terapias oncológicas.

Os pacientes com câncer estão sob maior risco de infecção com SARS-Cov-2 que a população geral, estudo chinês (Liang et al publicado na Lancet Oncology 2020) demonstrou que enquanto a chance na população é de 0,29%, nos pacientes com câncer esta taxa chega a 1%; ainda mais preocupante é o aumento das complicações respiratórias graves exigindo internações em UTI nesta população : 39% x 8% ; $p=0.0003$.

Uma variante significativamente associada ao maior risco de contaminação é a realização de quimioterapia ou cirurgia no mês precedente à infecção com COVID-19, que geralmente inclui a maioria dos pacientes com câncer. Além disso, os pacientes com câncer apresentam piora clínica mais rapidamente que os outros com tempo mediano para eventos graves: 13 dias x 43 dias para outros pacientes).

A partir destas informações, sugere-se que todas as medidas possíveis para o manejo dos pacientes oncológicos feitas em domicílio sejam recomendadas, desde que resguardadas as normas de controle de infecção.

No caso da opção por manejo domiciliar, a equipe necessita atentar para:

- orientar a família sobre os procedimentos de isolamento e controle de infecção;
- prover EPIs quando necessário;
- orientar quanto a produtos de higiene pessoal e doméstica- água sanitária;
- disponibilizar acesso rápido, adequado, regular para a comunicação da família e do paciente em caso de piora clínica ou outra necessidade relacionada ao manejo e

quando possível, contato ou pactuação do projeto terapêutico com equipe de ESF local - ou médico assistente da família quando houver.

Outras medidas incluem telemedicina, ligações telefônicas, substituição de drogas endovenosas por drogas orais (quando possível) além de logística e infraestrutura de cuidado domiciliar incluindo administração intravenosa ou subcutânea de medicamentos oncológicos.

Ajustes dos protocolos de quimioterapia e radioterapia podem ser considerados, a fim de reduzir as visitas hospitalares (p.ex. administrações a cada 3 semanas ao invés de semanal ou radioterapia hipofracionada).

Alguns pacientes com doença metastática com evolução lenta podem ter seus tratamentos temporariamente interrompidos (a critério do seu médico assistente), com reavaliação da doença em 2-3 meses, a fim de evitar ida ao hospital. Da mesma forma, pacientes assintomáticos e somente em acompanhamento pós-tratamento devem postergar suas visitas de reavaliação em torno de 3-6 meses.

No intuito de proteger os pacientes, as unidades de quimioterapia devem adotar medidas de distanciamento (espaço mínimo entre poltronas , paredes móveis , uso de máscaras pelo pacientes e pela equipe profissional). Pacientes com câncer e sem COVID-19 ou que se recuperaram, podem continuar seus tratamentos , com os respectivos ajustes supracitados para limitar sua presença no hospital.

A priorização do manejo de pacientes deve integrar a intenção terapêutica (curativo ou não curativo), idade, expectativa de vida, tempo desde o diagnóstico (i.e. pacientes recentemente diagnosticados, em sua primeira linha de tratamento ou em cenário avançado, já submetidos a múltiplas linhas de tratamento) e sintomas.

As seguintes ordens de prioridade são sugeridas: (mas permanece a primazia da decisão médica e equipe):

- a) Pacientes com subtipos de câncer manejados com tratamentos com intuito curativo (favorecendo aqueles menores de 60 anos ou expectativa de vida > ou igual a 5 anos ou ambos;
- b) Pacientes com tumores manejados com intuito não-curativo, com < ou igual a 60 anos, expectativa de vida de 5 anos ou mais, ou ambos e na primeira linha de tratamento;
- c) Pacientes com neoplasias em tratamento e com intuito não-curativo, favorecendo os que possuem lesões progressivas ou cujos sintomas possam determinar piora do quadro clínico rapidamente no caso de descontinuação do tratamento.

Em pacientes que necessitem ser hospitalizados para cuidados de suporte (manejo da dor, infecção bacteriana, ou cuidados paliativos antes da morte) sugere-se que sejam referenciados para hospitais de menor porte, não especializados.

Em conclusão, pacientes oncológicos estão sob maior risco de complicação urgentes e severas e pacientes com câncer e COVID-19 devem ter seus tratamentos descontinuados até a completa resolução dos sintomas (a critério da equipe médica).

A internação hospitalar destes pacientes deve ser minimizada e o manejo domiciliar favorecido; quando ocorrer, que seja em unidade preparada para tal, de forma a manter a unidade de quimioterapia e radioterapia livre de vírus.

Em uma situação de escassez de recursos, a priorização de acesso a manejo oncológico deve ser dada a pacientes em tratamento com intuito curativo, e aqueles com expectativa de vida maior ou igual a 5 anos.

A indicação de realização do exame de PCR em tempo real para o coronavírus só é indicado para pacientes oncológicos sintomáticos. Dessa forma, não é recomendado colher PCR COVID-19 de pacientes assintomáticos ou com sintomas leves. As notificações devem ser feitas apenas em caso de internação.

Algumas comorbidades e condições específicas merecem atenção especial no encaminhamento para realização do exame e para internação, sendo que pacientes devem ser monitorados pelo médico titular ou equipe de retaguarda frequentemente quanto ao desenvolvimento de síndrome respiratória aguda ou deterioração clínica principalmente se apresentarem:

- Idade superior a 65 anos;
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, pneumopatia estrutural;
- Doença cerebrovascular;
- Cardiopatia, incluindo hipertensão arterial severa;
- Diabetes insulino-dependente;
- Insuficiência renal;
- Pacientes imunossuprimidos;
- Gestantes.

Adicionalmente, especial atenção deve ser dada aos fatores para imunossupressão:

- Neutropenia;
- Neoplasias hematológicas com ou sem quimioterapia;
- HIV positivo com CD4 < 350;
- Asplenia funcional ou anatômica;
- Transplantes;
- Quimioterapia nos últimos 30 dias;
- Uso de corticosteróides por mais de 15 dias (prednisona > 40mg/dia, hidrocortisona > 160mg/dia, metilprednisolona > 32mg/dia, dexametasona > 6mg/dia);
- Outros imunossupressores;
- Doenças autoimunes;

- Imunodeficiência congênita.

Não obstante, todos os pacientes oncológicos devem ser monitorados clinicamente devido a sua suscetibilidade à infecção por COVID-19.

Além das recomendações acima para pacientes em tratamento, faz-se necessário otimizar o acesso a procedimentos diagnósticos para pacientes sintomáticos mas ainda sem comprovação diagnóstica, bem como se rediscutir as recomendações de suspensão de exames de rastreamento na população assintomática.

O período de tempo para realização do diagnóstico pode permitir que o câncer possa ser identificado em estágio mais precoce e, portanto, com melhores chances de controle e de prevenir complicações.

Desta forma, é importante salientar que, apesar de estarmos vivenciando um momento desafiador, faz-se necessário um planejamento a curto prazo em relação aos seguintes pontos:

- a) Manutenção dos procedimentos oncológicos já em andamento (prosseguimento de tratamentos de quimioterapia e radioterapia);
- b) Avaliação criteriosa em relação aos procedimentos cirúrgicos: priorizar casos graves e com maior chance de impacto no prognóstico;
- c) Retomada dos exames diagnósticos nos pacientes sintomáticos e com suspeita de neoplasia em atividade o mais breve possível; respeitando as condições clínicas e estratificação de risco;
- d) Retomada dos exames diagnósticos em pacientes assintomáticos, tão logo o momento de aceleração da pandemia e risco de contágio tenha se abrandado.

Bibliografia:

1. Liang W, Guan W, Chen R, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* 2020; 21: 335–37
2. The official French guidelines to protect patients with cancer against SARS-CoV-2 infection – in [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(20\)30204-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30204-7/fulltext)
3. COVID-19 : supporting oncology professional in European School of Medical Oncology ; in www.esmo.org
4. ASCO CoronaVirus Resources : Provider & Practice Information in <https://www.asco.org/asco-coronavirus-information>.
5. Orientações Especiais da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica sobre o Coronavírus; em <https://coronavirus.sboc.org.br/coronavirus>
6. Cancer diagnostic delay in the COVID-19 era: what happens next? *The Lancet Oncology* Published: July 20, 2020 DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30391-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30391-0)

REFERÊNCIAS

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>

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativas de Incidência Câncer no RS – INCA, disponível em <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>

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. SisbasePOpWeb.

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. DATASUS. Painel de Oncologia

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 Instituiu 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 estabelecer 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. 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).

Diário Oficial da União. 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).

CATALUNYA. Departament de Salut. Criteris de planificació del diagnòstic per la imatge. Barcelona, set.2010.

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/telessaunders/nossos-servicos/teleconsultoria/regulasus/>;

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/RS nº 188, de 15 de junho de 2018. Aprova a proposta de cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado e a definição das Macrorregiões de Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS, 2018. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180633/22173349-cibr188-18.pdf>>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/RS nº 372/2016;

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/RS nº 263/2014;

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/RS nº 255/2018;

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/RS nº 188/2018;

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB RS nº 149/2020;

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB RS nº 166/2020;

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB RS nº 39/2016;

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB RS nº 60/2015;

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Estadual de Saúde – 2020/2023 – SES/RS.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Plurianual - 2020-2023 – SES/RS.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Estadual de Oncologia versão 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Gabinete de Consultoria Legislativa. Lei Estadual nº 12.535/2006. Institui o Dia Estadual de Luta Contra o Câncer Bucal e dá outras providências.

DO RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Gabinete de Consultoria Legislativa. Lei Estadual nº 15.502/2020. Dispõe sobre a Política Estadual para a Prevenção e o Controle da Neoplasia Maligna no Estado do Rio Grande do Sul.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Gabinete de Consultoria Legislativa. Lei Estadual nº 15.503/2020.

UICC, disponível em <https://www.uicc.org/search/site/city%20challenge>;

Royal College of Radiologists, disponível em <https://www.rcr.ac.uk/search-v2?search=provision%20of%20pet&page=2>;

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.

Guidelines de follow-up ESMO;

WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all.
Geneva: World Health Organization; 2020.