

DIRETRIZES PARA REORGANIZAÇÃO, REORIENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO*

Guidelines for Oncologic Care, Restructuring, Reorganization and Follow-up in the state of Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

Em 1995, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimava a existência de 9 milhões de casos novos de câncer a cada ano no mundo, com 4 milhões ocorrendo nos países desenvolvidos e 5 milhões em países em desenvolvimento. Previa que em aproximadamente 25 anos estes valores chegariam a 15 milhões de casos novos por ano, sendo que 5 milhões (aumento de 25%) nos países desenvolvidos e 10 milhões nos países em desenvolvimento (aumento de 100%).

A OMS estima, para o ano 2000, a ocorrência de mais de 10 milhões de casos novos de câncer em todo o mundo. Segundo o Ministério da Saúde, a estimativa para o Brasil, no mesmo período, é de 284.204 casos novos.

No último levantamento disponível do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que é o ano de 1997, ocorreram 106.990 mortes por neoplasias malignas, abaixo somente dos óbitos por doenças cardiovasculares e causas externas. Assim, o câncer se tornou uma das principais causas de mortes no Brasil. Estas constatações vêm sinalizando para o crescente problema que o

câncer vem se tornando no nosso país, cabendo aos estados e municípios, em consonância com o Ministério da Saúde, estabelecer estratégias que levem à estruturação e articulação de todas as etapas (promoção/educação, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) que envolvem o controle do câncer.

Essas estratégias devem se inserir no contexto de transformações regulamentares na área de assistência oncológica, que vêm sendo conduzidas pelo Ministério da Saúde, principalmente com as publicações das seguintes Portarias:

- GM/MS N° 3535 de 02/09/98, republicada em 12/10/98, com objetivos principais de garantir atendimento integral aos pacientes com câncer, estabelecer uma rede hierarquizada dos Centros que prestam assistência oncológica e atualizar os critérios mínimos para o cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON);
- GM/MS N° 3536 de 02/09/98, que determina a implantação do Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade na área de oncologia (APAC/ONCO), passando os novos procedimentos a serem baseados na neoplasia, e não mais nos medicamentos, com autorização prévia

*Aprovado na Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite de dezembro de 2.000

Documento elaborado pela Comissão Estadual de Reorganização, Reorientação e Acompanhamento da Assistência Oncológica do Rio de Janeiro – CERRAO

Grupo de trabalho:

Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer – INCA, Maria Inez Pordeus Gadelha; Hospital do Câncer I – HCI, Gerson Peltz, médico oncologista clínico

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – SES/RJ, Sub-secretaria de Planejamento e Desenvolvimento – SPD, Wagner de Jesus Martins, consultor; Coordenação de Programas de Saúde – CPS, Cláudia Regina de

A. Pereira; Núcleo de Informação e Desenvolvimento – NIDE, Luciana Dias de Lima; Coordenação de Programas de Medicamentos Excepcionais, Maria Lucia Borges Soares; Coordenação de Programas de Saúde da Família – PSF, Maria Lucia F. Santos; Coordenação de Programa de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer, Mariza Grimmer; Coordenação do Programa do Idoso, Dora, enfermeira; Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CDCT, Juraci Vieira Sérgio Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, Miriam Freitas Minnemann

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ, Gerência do Programa do Câncer, Fátima Meirelles

Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda/RJ, Rosa Lages Dias

regulamentada e alimentando um Sistema de Informações;

- SAS/MS N° 113 de 31/03/99, que abre possibilidade de credenciamento de Unidades isoladas de Radioterapia e Quimioterapia, desde que haja algumas pré-condições como: a insuficiência de CACON atestada pelo gestor, cumprimento de normas técnicas mais rígidas e garantias de referências para o atendimento integral dos pacientes;

Como resposta à situação exposta anteriormente, foi criada pela SES/RJ a Comissão Estadual de Reorganização e Reorientação da Assistência Oncológica (CERRAO), através da Resolução SES n° 1389 de 22/10/99.

Após as publicações das novas regulamentações do Ministério da Saúde, a SES/RJ, em conjunto com as Secretarias de Saúde dos municípios onde existiam Unidades Oncológicas, iniciou o cadastramento no Estado. O processo foi concluído em maio de 1999, porém praticamente todas as Unidades do Estado ficaram com pendências junto ao Ministério da Saúde. A estratégia do Ministério foi recredenciar as Unidades provisoriamente, estabelecendo prazos para o cumprimento das pendências.

Atualmente, o acompanhamento do cumprimento das pendências vem sendo conduzido pela Coordenadoria de Controle e Avaliação da SES e pelos setores de Controle e Avaliação dos municípios em gestão plena. Recentemente, foi enviado ao MS o primeiro lote de Unidades com as pendências cumpridas. Concomitantemente ao cadastramento coordenado pela SES/RJ, deu-se a implantação do Sistema APAC/ONCO com treinamento dos profissionais responsáveis pela autorização dos procedimentos oncológicos. Encontra-se em fase de conclusão, pelo Centro de Informações para a Saúde (CISA/SPD/SES), a disponibilização, na página da SES/RJ (TABNET), dos dados retirados do Sistema APAC/ONCO, o que será de grande valia para as instâncias de planejamento, controle e avaliação, entre outras.

Diante dos fatos, resumidamente apresentados, a CERRAO iniciou seus trabalhos com vários desafios. Dentre eles (utilizando-se dos dados do cadastramento e de produção que já se apresentavam oriundos

do Sistema APAC/ONCO), elaborar um diagnóstico inicial, mesmo que parcial, da situação da assistência oncológica no estado e propor estratégias de enfrentamento relacionadas aos problemas encontrados, sabendo de antemão que a assistência em oncologia encontra-se desorganizado e desintegrado, sem regionalização nem hierarquização estabelecidas e sem fluxos definidos. O que dificulta o estabelecimento de uma Programação Pactuada e Integrada em bases sólidas e factíveis.

1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ONCOLÓGICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Apresentaremos neste documento o diagnóstico inicial da situação em que se encontra a assistência oncológica no estado (que deverá em um segundo momento ser complementado mais detalhadamente nas áreas de diagnóstico, cirurgia oncológica e cuidados paliativos) e algumas estratégias para a redução dos problemas, incluindo uma proposta para nortear a expansão da oferta de serviços na área oncológica, e outra de regionalização / hierarquização com referência e contra-referência, baseada na regulação do fluxo de pacientes para quimioterapia e radioterapia.

Para melhor compreensão dos termos utilizados neste documento, detalharemos a seguir algumas definições do Ministério da Saúde:

- **Centro de Alta Complexidade em Oncologia I (CACON I)** – São hospitais gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais freqüentes no Brasil que são os de: pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino, próstata, além dos tumores linfomatosos e da infância e da juventude. Caracterizam-se por disporem de todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e prestarem atendimento ao paciente numa perspectiva multiprofissional integrada. Podem ter Serviço de Radioterapia próprio (ideal), ou manterem contrato formal com algum outro

Serviço. Necessariamente devem possuir as seguintes modalidades assistenciais: diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, psicologia, serviço social, hemoterapia, pronto atendimento para as emergências oncológicas, nutrição, terapia ocupacional, farmácia, reabilitação e cuidados paliativos. Devem manter intercâmbio técnico-científico com pelo menos um CACON II ou III;

- **Centro de Alta Complexidade em Oncologia II (CACON II)** – São instituições dedicadas prioritariamente ao controle do câncer, para o qual desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil, e caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais são diretamente responsáveis. Além das modalidades assistenciais do CACON I, devem prestar atendimento em: Radioterapia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Odontologia, Oftalmologia, Pediatria Cirúrgica, Plástica Reparadora, Cirurgia de Tecido Ósseo e Conjuntivo, Unidade de Órteses e Próteses, Fonoaudiologia, Emergência Oncológica e Voluntariado. Devem desenvolver projetos de pesquisa oncológica e oferecer cursos de treinamento e atualização;
- **Centro de Alta Complexidade em Oncologia III (CACON III)** – São instituições dedicadas exclusivamente ao controle do câncer, para o qual desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de qualquer tipo e localização de neoplasias malignas e caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e

equipamentos próprios. Além das modalidades assistenciais do CACON I, devem prestar atendimento em: Radioterapia de alta complexidade, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Odontologia, Oftalmologia, Neurocirurgia, Pediatria Cirúrgica, Plástica Reparadora, Cirurgia de Tecido Ósseo e Conjuntivo, Unidade de Órteses e Próteses, Fonoaudiologia, Emergência Oncológica, Voluntariado, Biologia Molecular, Cuidados Paliativos com assistência domiciliar, Imageologia com estereotaxia e Ressonância magnética, Unidade de Transplante de Medula Óssea, Laboratório de Histocompatibilidade podendo este ser terceirizado, Unidade de Medicina Nuclear equipada com gama-câmara. Devem oferecer Residência Médica, programas de treinamento e especialização e programas de prevenção, detecção precoce e de pesquisa na área do câncer.

- **Serviços Isolados de Quimioterapia ou Radioterapia** – São Unidades Ambulatoriais que, na maioria das vezes, encontram-se fora da estrutura de um Hospital Geral, necessitando para manutenção de seu cadastramento ao SUS de um conjunto de referências para outros Hospitais e/ou Serviços (já cadastrados ao SUS) que garantam a complementação da assistência não oferecida nestes Serviços, dentro da perspectiva de “integralidade”.

1.1. SITUAÇÃO ENCONTRADA

1.1.1. A Rede de Assistência Oncológica em quimioterapia e radioterapia no Estado do Rio de Janeiro encontra-se assim distribuída (ver Tabela abaixo).

REGIÃO /UPS	CLASSIFICAÇÃO	COMPLEXIDADE (*)	NAT. JURÍDICA
REGIÃO NORTE			
Hospital Clínica S. Maria Campos de Goytacazes/RJ	Serviço isolado de QT	Baixa	Privada c/ fins lucrativos
Hemoclin/Cl. Hematologia Campos de Goytacazes/RJ	Serviço isolado de QT	Baixa e média (só Hemato)	Privada c/ fins lucrativos
Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia Campos de Goytacazes/RJ	Serviço isolado de QT e RT	Baixa e média	Privada c/ fins lucrativos
REGIÃO NOROESTE			
Hosp. São José do Avai Itaperuna/RJ	CACON I com RT	Baixa e média	Privada s/ fins lucrativos

Continua na próxima página

REGIÃO MÉDIO PARAÍBA			
Clínica Medicina Nuclear e Onc. Sul Flum. Ltda Volta Redonda/RJ	Serviço isolado de QT e RT	Baixa (QT) e baixa e média (RT)	Privada c/ fins lucrativos
REGIÃO SERRANA			
Centro de Terapia Oncológica S/C Ltda Petrópolis/RJ	Serviço isolado de QT e RT	Baixa (QT) e baixa e média (RT)	Privada c/ fins lucrativos
Hospital São José - Teresópolis/RJ	Serviço isolado de QT	Baixa e média	Privada s/ fins lucrativos
METROPOLITANA III (****)			
Hosp. Univ. Antonio Pedro - Niterói/RJ	CACON I sem RT	Baixa, média e alta	Público / Universitário
Clín. De Radioterapia Ingá - Niterói/RJ	Serviço isolado de RT	Baixa e média para RT	Privada c/ fins lucrativos
Serv. de Isót. de Niterói Ltda - Niterói/RJ	Serviço isolado de RT	Baixa e média para RT	Privada c/ fins lucrativos
METROPOLITANA II (****)			
Clínica Teresópolis - Nova Iguaçu/RJ	Serviço isolado de QT	Baixa	Privada c/ fins lucrativos
HU da UNIG - Nova Iguaçu/RJ	Serviço isolado de QT	Baixa	Privada c/ fins lucr. / Univ.
Instituto de Oncologia Ltda Nova Iguaçu/RJ	Serviço isolado de QT e RT	Baixa (QT) e baixa e média (RT)	Privada c/ fins lucrativos
METROPOLITANA I (****)			
Clínica Osolando Machado matriz e filial Rio de Janeiro/RJ	Serviço isolado de RT	Baixa e média para RT	Privada c/ fins lucrativos
Inst. Ginecologia UFRJ (**) Rio de Janeiro/RJ	CACON I com RT	Baixa e média (só Gineco)	Público / Universitário
Inst. Puericultura – UFRJ (**) Rio de Janeiro/RJ	CACON I com RT	Baixa, média e alta (só crianças)	Público / Universitário
Hospital Univ. Clementino Fraga Filho - UFRJ (**) - Rio de Janeiro/RJ	CACON I com RT	Baixa, média e alta	Público / Universitário
HU - Graffée e Guinle - Rio de Janeiro/RJ	CACON I sem RT	Baixa e média	Público / Universitário
Instituto de Hematologia Rio de Janeiro/RJ	CACON I sem RT	Baixa, média e alta (só Hemato)	Público / Estadual
Hospital Univ. Pedro Ernesto Rio de Janeiro/RJ	CACON I sem RT	Baixa, média e alta	Público / Universitário
Hospital Geral do Andaraí Rio de Janeiro/RJ	CACON I sem RT	Baixa e média	Público / Municipal
Hospital Mun. Cardoso Fontes Rio de Janeiro/RJ	CACON I sem RT	Baixa e média	Público / Municipal
Hospital da Lagoa - Rio de Janeiro/RJ	CACON I sem RT	Baixa e média	Público / Municipal
Hospital dos Servidores do Estado Rio de Janeiro/RJ	CACON I com RT	Sem avaliação	Público / Federal
Hospital de Bonsucesso Rio de Janeiro/RJ	CACON I sem RT	Sem avaliação	Público / Federal
Hosp. Mário Kröeff - Rio de Janeiro/RJ	CACON II	Baixa, média e alta	Privado s/ fins lucrativos
INCA/Fund. Ary Frauzino (***) Rio de Janeiro/RJ	CACON III	Baixa, média e alta	Público / MS

(*) Os critérios utilizados para definir o grau de complexidade das Unidades foram baseados na série histórica de produção de procedimentos das Unidades, após o início do Sistema APAC/ONCO e na estrutura das Unidades avaliada no recadastramento.

(**) Complexo Universitário do Fundão composto pelas 03 Unidades da UFRJ, formando um CACON I.

(***) Complexo assistencial do INCA, composto pelo Hospital do Câncer (HCI), o Hospital de Oncologia (HCII), o Hospital Luiza Gomes de Lemos (HCIII), o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO) e O Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO).

(****) Municípios da região Metropolitana I: Rio de Janeiro, Itaguaí, Mangaratiba e Seropédica.

Municípios da região Metropolitana II: Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Japeri, Magé, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti.

Municípios da região Metropolitana III: Niterói, Itaboraí, Maricá, São Gonçalo, Tanguá.

A rede SUS de Serviços oncológicos em quimioterapia e radioterapia no estado é constituída de 24 Unidades, incluindo os 03 Hospitais Federais (Andaraí, Lagoa e Cardoso Fontes) que foram recentemente municipalizados e serão cadastrados no SUS. Acrescente-se a estes Serviços o Hospital dos Servidores do Estado e o Hospital de Bonsucesso, que são públicos Federais não cadastrados no SUS para esses procedimentos.

A classificação das UPS por complexidade permite a hierarquização da rede, sendo fundamental na regionalização e organização do fluxo de pacientes.

1.1.2. Unidades Oncológicas distribuídas, por região, de acordo com a natureza jurídica:

Região	Públicas	Privadas s/ fins lucrativos	Privadas c/ fins lucrativos
Metropolitana I	11	01	01
Metropolitana II			02
Metropolitana III	01		02
Norte			03
Noroeste		01	
Médio Paraíba			01
Serrana		01	01
Centro-Sul Flum			
Baixada Litorânea			
Baía da I. Grande			
Total Estado	12	03	10

No estado como um todo, há equilíbrio, quantitativo, entre Unidades Oncológicas públicas e privadas com fins lucrativos, com apenas 03 privadas sem fins lucrativos (filantrópicas). As públicas, todas CACON, concentram-se na região Metropolitana I (Município do Rio de Janeiro), com as privadas com fins lucrativos distribuídas nas outras regiões.

1.1.3. Unidades Oncológicas distribuídas, por região, de acordo com a classificação (Portarias MS 3535/98 e 113/99) [Ver Tabela abaixo].

Os CACON concentram-se na região Metropolitana (Município do Rio de Janeiro) com apenas 02 em outras regiões - um na Metropolitana III (Niterói) e outro na região Noroeste (Itaperuna). É importante destacar que a grande maioria (11) dos CACON são de nível I, os mais necessários, mas destes, apenas 03 possuem Serviço de Radioterapia própria e 08 não contam com este Serviço.

As Unidades Isoladas (10) encontram-se, em quase sua totalidade, distribuídas nas metropolitanas II, III e interior do estado, sendo que 04 delas - Petrópolis (CTO), Volta Redonda (Radiclin), Nova Iguaçu (Instituto Oncológico) e Campos (IMNE) possuem QT e RT na mesma estrutura organizacional.

REGIÃO	CACON III	CACON II	CACON I c/ RT	CACON I s/ RT	ISOLADA QT E RT	ISOLADA QT	ISOLADA RT
Metropolitana I	1	1	2(*)	6(**)	0	0	2 (***)
Metropolitana II					1	1	
Metropolitana III				1			2
Norte					1	2	
Noroeste			1				
Médio Paraíba					1		
Serrana					1	1	
Centro-Sul Flum	0	0	0	0	0	0	0
Baixada Litorânea	0	0	0	0	0	0	0
Baía da I. Grande	0	0	0	0	0	0	0
Total Estado	1	1	3	8	4	4	3

(*) As 03 Unidades que formam o complexo oncológico da UFRJ foram considerados como 01 CACON I com RT, assim como o Hospital dos Servidores do Estado, público federal, incluído neste quadro, apesar dos seus serviços oncológicos ainda não estarem cadastrados no SUS.

(**) O Instituto de Hematologia é um CACON especializado em hematologia e não foi contabilizado. O Hospital de Bonsucesso, público federal, foi incluído neste quadro como CACON I, apesar dos seus serviços oncológicos ainda não estarem cadastrados no SUS.

(***) As 02 Unidades Isoladas de Radioterapia são do mesmo grupo privado (Osolano Machado)

1.1.4. As Referências informadas pelas Unidades Oncológicas como exigências das Portarias Ministeriais 3535 (CACON) e 113 (ISOLADAS) para serem (re)cadastradas dentro da perspectiva de atenção integral (ver Tabela abaixo):

UPS	Assist. Hosp/Amb.	Serv. Diagn.	Serv. Imagem	Medic. Nucl.	Anato. Patol.	Cirur. Oncol.	Oncol. Clín.	Oncol. Ped.	Hemat.	Serv. de Suporte	Serv. Reabil.	Serv. Cuid. Paliat.	Radiot.
Clín. Sta. Maria Campos	Hosp. Plant.	Hemoclin	IMNE	IMNE	Hosp. Abrigo	IMNE	Própr.	Própr.	Própr.	Hosp. Plantad.	Hosp. Plantad.	Hosp. Plantad.	IMNE
Hemocl. Campos	Hosp. Benef. Portug	Própr.	Hosp. Benef. e IMNE	IMNE	Hosp. Abrigo	Não se aplic.	Própr.	Não	Própr.	Abrigo e Hosp. Benef.	Hosp. Benef.	Hosp. Benef.	IMNE
IMEN Campos	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	s/info	s/info	Própr.
H.S.J. Avai Itaperuna	Própr.	Própr.	Própr.	Própr. HUPE	Própr. e HUPE	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.
RADICLI Volta Redonda	H. M. S. J. Batista	Lab. Especial.	SMS Volta Redonda	Própr.	SMS Volta Redonda	H. M. S. J. Batista	Própr.	Não	Própr.	H. M. S. J. Batista	H. M. S. J. Batista	H. M. S. J. Batista	Própr.
C. T. O. Petrópolis	Casa Prov.	Casa Provid.	Casa Prov.	s/info	Casa Provid.	Casa Prov.	Própr.	Não	Própr.	CTO e Sanat. Correas	Casa Provid.	C. Prov. Sanat. Correas	Própr.
Hospital S. José Teresópolis	Própr.	Própr.	Próp. e H. das Clínicas	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr. e Hosp. Benef.	Serv. Isót. Niterói
HUAP Niterói	Própr.	Própr.	Própr.	Própr. e HS Cruz	Própr.	Própr.	Própr.	s/info	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Serv. I. Niterói
Clín. Radioter. Ingá Niterói	HUAP	HUAP	HUAP	HUAP	HUAP	HUAP	HUAP	HUAP	HUAP	HUAP	HUAP	HUAP	Própr.
Serv de Isót. de Niterói	s/info	s/info	s/info	s/info	s/info	s/info	s/info	s/info	s/info	s/info	s/info	s/info	Própr.
Clínica Teresópolis Magé	SMS	SMS	SMS	SMS	SMS	SMS	SMS	SMS	SMS	SMS	SMS	SMS	
HU UNIG N. Iguazu	Própr.	Própr.	Própr.	s/info	Própr.	Própr.	Própr.	Não	s/info	Própr.	Própr.	Própr.	Instit. Oncol.
Instituto Oncol. N. Iguazu	Hosp. da Posse	Hosp. da Posse	Hosp. da Posse	Hosp. da Posse	Hosp. da Posse	Hosp. da Posse	Própr.	Hosp. da Posse	Hosp. da Posse	Hosp. da Posse	Hosp. da Posse	Hosp. da Posse	Própr.
Clín. O. Machado. RJ	Ref(*)	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
Clín. O. Machado. RJ	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
I. Ginecol. UFRJ/RJ	Própr.	HUCFF UFRJ	Própr.	H.U.	Própr.	Gineco	H.U.	Não se aplica	H.U.	Própr.	H.U.	H.U.	Própr.
I. Pediatr. UFRJ/RJ	Própr.	Própr.	HUCFF	H.U.	H.U.	H.U. e INCA	Própr.	Própr.	H.U. e INCA	Própr.	Própr.	H.U.	Inst. Ginecol.
HU G. e Guinle	Própr.	Própr.	Própr.	s/info	Própr.	Própr.	Própr.	Não	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	INCA Osola
I. Hematol. RJ	Própr.	Própr.	Própr.	H. dos Serv.	LAPAC	Não se aplica	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Não se aplica
HUPE RJ	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Hosp. Servid.
H. Geral Andaraí RJ	Própr.	Própr.	Própr.	Clin. Guan.	Própr. e Conven.	Própr.	Própr.	Não	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	O. Machado

Continua na próxima página

H. Mun. C.Fontes RJ	Própr.	Própr.	Própr.	Clin. Guan.	Própr. e Conven.		Própr.	Não	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	O. Machado
Hospital Lagoa/RJ	Própr.	Própr.	Própr.	Clini. Guan.	Própr. e Conven.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	O. Machado
Hosp. M. Kröeff RJ	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr. e Santa Casa	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.
INCA/ Fund Ary Frauzino RJ	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.		Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.	Própr.

(*) Ref: A Clínica de RT isolada Osolano Machado foi considerada referência para serviços de QT no município do Rio de Janeiro ou CACON I sem RT, com retorno do paciente para acompanhamento na Unidade oncológica de origem.

O quadro acima demonstra que os CACON II e III (respectivamente o H. Mário Kroeff e o INCA) não necessitam de referências, e os CACON I, principalmente os com radioterapia, contam com a maioria dos Serviços inseridos em sua estrutura organizacional, o que pode garantir um perfil assistencial condizente com a concepção de integralidade, portanto podendo oferecer uma boa ou aceitável cobertura à população.

Observa-se que as Unidades Isoladas referenciam a maioria dos serviços, fragmentando a assistência, com exceção daqueles com infra-estrutura hospitalar própria, e que podem vir a ser, desde que com algumas adequações, CACON I, como o IMNE em Campos, o Hospital São José em Teresópolis, e o Hospital São José da UNIG. A estrutura das Isoladas não permite a garantia da integralidade da assistência, fornecendo uma má cobertura assistencial à população.

As Isoladas de QT e as Isoladas de RT devem ser vistas, estrategicamente, de modo diferente para o sistema. Na radioterapia, o tratamento é pontual, podendo as Unidades servirem de referência (apoio) para CACON I sem radioterapia; já na quimioterapia, é necessário uma estrutura mais complexa para que a assistência ocorra de forma mais adequada.

Observamos, também, que as referências em cuidados paliativos das Unidades isoladas foram realizadas com hospitais cujos leitos de longa permanência não podem ser credenciados em oncologia, já que, por força regulamentar (PT MS/SAS 2413/98), estes leitos só devem ser cadastrados em CACON.

1.2. OS PARÂMETROS TRABALHADOS

Estudos realizados no INCA/MS demonstram que:

- 01 CACON com radioterapia, contendo um módulo básico de QT (06 poltronas de QT, 02 oncologistas clínicos, 02 técnicos de enfermagem, 01 enfermeiro e pessoal de apoio) e um módulo básico de RT (01 unidade de tratamento de cobalto, 01 radioterapeuta, 01 físico médico, 02 técnicos em RT e 01 enfermeiro), é capaz de dar cobertura a uma população de aproximadamente 716.000 hab., com possibilidade de atender cerca de 1.000 casos novos/ano, mais os casos remanescentes do ano anterior, sendo que 700 casos novos necessitarão de quimioterapia e 600 de radioterapia;
- Um CACON I, contendo um módulo básico de QT, sem radioterapia, mas com a referência efetivamente garantida na área radioterápica poderá cobrir aceitavelmente a mesma população acima descrita;
- Um CACON I, contendo um módulo básico de QT, sem referência efetiva em radioterapia, poderá fornecer uma má cobertura a aproximadamente 358.000 habitantes;
- Uma Unidade Isolada de Quimioterapia, contendo um módulo básico de QT, com a referência formalizada em internação, exames, cuidados paliativos e radioterapia, poderá fornecer uma má cobertura a cerca de 716.000 habitantes;
- Uma Unidade Isolada de Quimioterapia, contendo um módulo básico, sem a garantia efetiva de referência para internação, exa-

mes, cuidados paliativos e Radioterapia poderá fornecer uma má cobertura a aproximadamente 358.000 habitantes;

- Neste documento, consideramos que 01 Unidade com metade dos Recursos Humanos previstos nos módulos básicos de QT e RT poderão dar cobertura a 358.000 habitantes, entre os quais ocorrerão aproximadamente 350 casos novos que necessitarão de QT e 300 que necessitarão de RT (baseado em parâmetros da PT/MS 3535/98). E não foram consideradas para o cálculo as 02 Unidades especializadas em hematologia, em função da baixa cobertura que podem proporcionar;
- O INCA (CACON III) pela sua estrutura de equipamentos e recursos humanos corresponde a aproximadamente 7 CACON I com RT. Além de ser referência na área de alta complexidade oncológica para todo o Estado;
- Os critérios utilizados para qualificação da cobertura não estão relacionados diretamente à qualidade da assistência oncológica prestada.

Além dos parâmetros de cunho demográfico, utilizaremos, de maneira conjugada,

a base territorial e o acesso, de forma a podermos construir diferentes cenários em termos da cobertura oncológica fornecida à população do Estado, considerando que o CACON I com RT fornece uma boa cobertura, o CACON I sem RT própria (mas com referência efetiva em RT) fornece uma cobertura aceitável, e as Isoladas e os CACON sem radioterapia e com falta de efetiva referência nas áreas radioterápica, de internação, exames e cuidados paliativos fornecem uma má cobertura.

1.3. ANÁLISE DE CENÁRIOS DA CAPACIDADE INSTALADA

1.3.1. Cenário I – considerando apenas os serviços atualmente cadastrados ao SUS.

Quadro demonstrativo da capacidade de cobertura assistencial oncológica no Estado, de acordo com as instalações das Unidades cadastradas ao SUS em oncologia (*) e utilizando os critérios estabelecidos (bem coberta, aceitavelmente coberta, mal coberta e não coberta) por estudos do INCA/MS, por região (ver Quadro abaixo).

Ordem no gráfico	Região	POP	BEM COBERTA	ACEITÁVEL/ COBERTA	MAL COBERTA	NÃO COBERTA	SOBRA DE COBERTURA (**)
1	Baia I. Grand	130.345	0	0	0	130.345	0
2	Baix. Litor.	535.536	0	0	0	535.536	0
3	Centro Sul-F	239.389	0	0	0	239.389	0
4	Med. Paraíba	780.984	0	0	716.000	64.984	0
5	Noroeste F	294.339	358.000	0	0	0	63.661
6	Norte F	691.165	0	0	716.000	0	24.835
7	Serrana	734.248	0	0	1.074.000	0	339.752
8	Metropol I	5.772.303	6.444.000	716.000	358.000	0	1.745.697
9	Metropol II	3.139.489	0	0	1.432.000	1.707.487	0
10	Metropol III	1.615.958	0	716.000	0	899.958	0
11	Total	13.933.756	6.802.000	1.432.000	4.296.000	3.577.699	2.173.945

População: estimativa IBGE/2000

(*) Neste quadro não foram consideradas as 03 Unidades recentemente municipalizadas (Hospitais do Andaraí, Lagoa e Cardoso Fontes), o Hospital dos Servidores do Estado e o Hospital de Bonsucesso.

(**) Sobra de cobertura: é o número de habitantes excedentes que um CACON pode cobrir em uma determinada região, por exemplo o CACON I da região Noroeste pode cobrir bem aproximadamente 358.000 habitantes, como na região habitam 294.339 pessoas a Unidade pode cobrir bem mais 64.000 habitantes de regiões vizinhas.

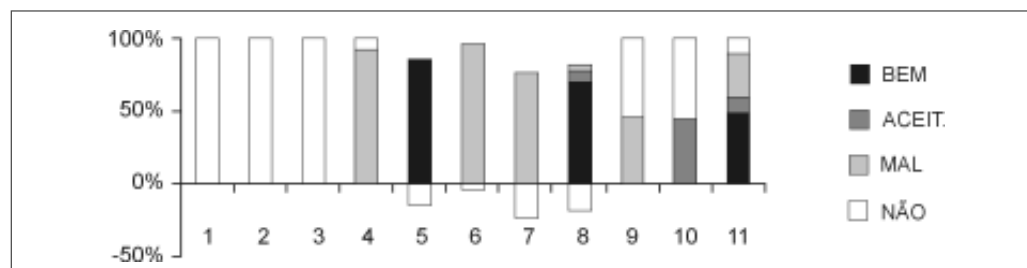


Gráfico do Cenário I

1.3.2. Cenário II – considerando o cadastramento dos 3 hospitais (do Andaraí, Lagoa e Cardoso Fontes) como CACON I sem RT, o Hospital de Bonsucesso como CACON I sem RT, e o Hospital dos Servidores como CACON I com RT.

Quadro demonstrativo da capacidade de co-

bertura assistencial oncológica no Estado, de acordo com as instalações das Unidades cadastradas e públicas não cadastradas no SUS, em oncologia, utilizando os critérios estabelecidos (bem coberta, aceitavelmente coberta, mal coberta e não coberta) por estudos do INCA/MS, por região (ver Quadro abaixo).

Ordem no gráfico	Região	POP	BEM COBERTA	ACEITÁVEL/COBERTA	MAL COBERTA (*)	NÃO COBERTA	SOBRA DE COBERTURA (**)
1	Baia I. Grand	130.345	0	0	0	130.345	0
2	Baix. Litor.	535.536	0	0	0	535.536	0
3	Centro Sul-F	239.389	0	0	0	239.389	0
4	Med. Paraíba	780.984	0	0	716.000	64.984	0
5	Noroeste F	294.339	358.000	0	0	0	63.661
6	Norte F	691.165	0	0	716.000	0	24.835
7	Serrana	734.248	0	0	1.074.000	0	339.752
8	Metropol I	5.772.303	7.160.000	716.000	1.790.000	0	3.893.697
9	Metropol II	3.139.489	0	0	1.432.000	1.707.487	0
10	Metropol III	1.615.958	0	716.000	0	899.958	0
11	Total	13.933.756	7.518.000	1.432.000	5.728.000	3.577.699	4.321.945

População: estimativa IBGE/2000

(*) População mal coberta = Isoladas de QT e RT ou falta de garantia para radioterapia, internações, exames, cuidados paliativos em isoladas de QT e CACON I. Neste cenário 2, a população mal coberta aumentou por falta da referência em RT dos hospitais incluídos, exceto o Hospital dos Servidores do Estado.

(**) Sobra de cobertura: é o número de habitantes excedentes que um CACON pode cobrir em uma determinada região, por exemplo o CACON I da região Noroeste pode cobrir bem aproximadamente 358.000 habitantes, como na região habitam 294.339 pessoas a Unidade pode cobrir bem mais 64.000 habitantes de regiões vizinhas.

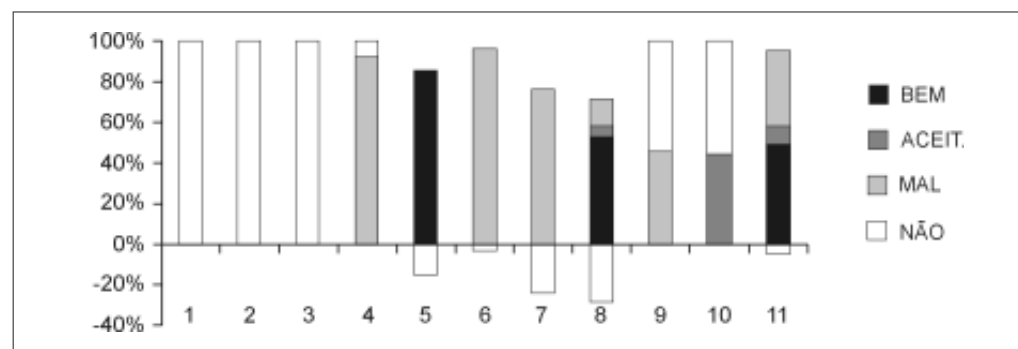


Gráfico do Cenário II

1.4. ANÁLISE DA COBERTURA POR REGIÃO

1.4.1. Região da Baía da Ilha Grande

Não existe cobertura oncológica na região.

1.4.2. Baixada Litorânea

Não existe cobertura oncológica na região.

1.4.3. Centro-Sul Fluminense

Não existe cobertura oncológica na região.

1.4.4. Médio Paraíba

Conta com:

- 01 Unidade Isolada de QT e RT;

Com a Unidade acima, é possível, dentro dos critérios estabelecidos neste trabalho, concluir que na região existem:

- 716.000 habitantes mal cobertos e;
- 64.984 habitantes descobertos.

1.4.5. Noroeste Fluminense

Conta com:

- 01 CACON com RT;

Com a Unidade acima, é possível, dentro dos critérios estabelecidos neste trabalho, concluir que na região existe:

- oferta de boa cobertura para 358.000 habitantes e;

- sobra de boa cobertura para 64.000 habitantes de outras regiões.

1.4.6. Norte Fluminense

Conta com:

- 01 Unidade Isolada de QT e RT;
- 01 Unidade Isolada de QT;
- 01 Unidade Isolada especializada em hematologia;

Com as Unidades acima, é possível, dentro dos critérios estabelecidos neste trabalho, concluir que na região existe:

- oferta de má cobertura para 716.000 habitantes e
- sobra de má cobertura para 24.835 habitantes de regiões próximas.

1.4.7. Região Serrana

Conta com:

- 01 Unidade Isolada de QT e RT
- 01 Unidade Isolada de QT.

Com as Unidades acima é possível, dentro dos critérios estabelecidos neste trabalho, concluir que na região existe:

- oferta de má cobertura para 1.074.000 habitantes e
- sobra de má cobertura para mais 339.752 habitantes de regiões vizinhas.

1.4.8. Região Metropolitana I

Concentra a maioria dos CACON do Estado, possuindo:

- 1 CACON III (com RT);
- 1 CACON II (com RT);
- 1 CACON I (com RT);
- 2 CACON sem RT;
- 1 CACON sem RT, especializado em hematologia;
- 1 SERVIÇO ISOLADO DE RT (matriz e filial);
- 3 Hospitais (do Andaraí, Lagoa, Cardoso Fontes), recentemente municipalizados com serviço de QT e sem RT ainda não cadastrados no SUS;
- 1 Hospital Federal (Servidores do Estado), com serviços de QT e RT não cadastrados ao SUS;
- 1 Hospital Federal (Bonsucesso), com serviço de QT não cadastrado ao SUS.

Com a rede de Unidades acima é possível concluir que, na METROPOLITANA I, considerando apenas os serviços cadastrados ao SUS existe oferta:

- de boa cobertura para 6.444.000 habitantes;
- de cobertura aceitável para 716.000 habitantes;
- de má cobertura para 358.000 habitantes e;
- sobra de cobertura para 1.745.697 habitantes.

Considerando os hospitais municipalizados, o Hospital de Bonsucesso e o Hospital dos Servidores do Estado como CACON haverá oferta de:

- boa cobertura para 7.160.000 habitantes;
- cobertura aceitável para 716.000 habitantes;
- má cobertura para 1.790.000 habitantes e;
- sobra de cobertura para 3.893.697 habitantes.

Atualmente existem 02 projetos de implantação de Serviços de Radioterapia, um no Hospital Universitário Pedro Ernesto/ UERJ e outro no Hospital Clementino Fraga Filho/UFRJ.

Para aumentar a capacidade instalada do estado, é fundamental a inclusão na rede de assistência oncológica dos hospitais federais, Bonsucesso e Servidores do Estado, dentro da concepção dos CACON I.

1.4.9. Região Metropolitana II

Conta com:

- 01 Unidade Isolada de QT e RT;
- 02 Unidades Isoladas de QT.

Com as Unidades acima é possível, dentro dos critérios estabelecidos neste trabalho, concluir que a região possui:

- oferta de má cobertura para 1.432.000 habitantes e;
- 1.707.487 habitantes descobertos.

1.4.10. Região Metropolitana III

Conta com:

- 01 CACON sem RT;
- 02 Isoladas de Radioterapia, com 2 equipes incompletas;

Com as Unidades acima é possível, dentro dos critérios estabelecidos neste trabalho, concluir que na região existe:

- cobertura aceitável para 716.000 habitantes e
- 899.958 habitantes descobertos.

1.5. ANÁLISE DO ESTADO

Quadro com a capacidade de cobertura, da população do Estado, encontrada nos

cenários I e II, de acordo com os critérios adotados:

	Pop bem coberta	Pop aceitável/coberta	Pop mal coberta	Pop descoberta	Sobra de cobertura
Cenário I	49%	10%	31%	26%	16%
Cenário II	54%	10%	41%	26%	31%

A sobra de cobertura em algumas regiões, como Metropolitana I, é utilizada por outras regiões sem cobertura ou parcialmente cobertas como a Centro-Sul Fluminense e as Metropolitanas II e III. No Cenário I a sobra de cobertura em algumas regiões não é suficiente para suprir a população descoberta no Estado.

1.6. DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTO NA REDE

Segundo Portaria SAS/MS nº 409 de 5/8/99, republicada no DO nº 150 de 6 de agosto de 1999, que estabelece no artigo 10 que os medicamentos abaixo discriminado não poderão ser autorizados no programa de medicamentos excepcionais para pacientes portadores de doenças neoplásicas malignas, uma vez que, através do parágrafo único da mesma portaria, fica estabelecido que os medicamentos antineoplásicos utilizados nos tratamentos de quimioterapia para tumores malignos tem o seu custo incluído no valor do procedimento em oncologia (APAC - ONCO). Os medicamentos que trata a portaria são:

- Acetato de ciproterona;
- Eritropoetina Humana Recombinante;
- Análogos LH-RH (Goserilina, Triptorelina e acetato de leuprolide);
- Interferon;
- Molgramostina e filgrastima.

1.7. PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR NÍVEL DE ATENÇÃO

1.7.1. Prevenção e Diagnóstico Precoce

A falta de capacitação dos profissionais, a falta de fluxo de encaminhamento dos casos detectados, bem como o despreparo da rede básica para diagnosticar precocemente o câncer, aliado ao desconhecimento dos recursos atualmente aplicados para prevenção

do câncer, são os principais problemas identificados no que tange à prevenção.

1.7.2. Assistência Ambulatorial e Hospitalar

Um dos principais problemas refere-se a falta ou demora no acesso às especialidades clínicas com conseqüente retardo diagnóstico, muitas vezes ocasionado pela ausência de fluxos definidos para referência dos doentes ou em decorrência do atendimento ser realizado fora do CACON, em serviços isolados que não atendem de forma integral toda a complexidade do paciente oncológico. Outros problemas identificados foram a inexistência dos contratos de metas dos serviços do SUS; que muitas vezes atendem bem aquém da sua capacidade e a dispensação de medicamento fora do sistema APAC, em decorrência do não fornecimento de medicamentos no acompanhamento ambulatorial.

1.7.3. Gestão do Sistema

A gestão de sistema representa o maior grupo de problemas e de maior complexidade, principalmente porque a assistência oncológica encontra-se desorganizada e desintegrada, sem fluxos definidos, sem hierarquização estabelecida e com dificuldades de estabelecer uma Programação Pactuada e Integrada em bases sólidas e factíveis. Em contrapartida, o modelo nacional vigente de estruturação das políticas de controle do câncer é de caráter vertical sem a visão de integralidade. Esse modelo acarreta a desintegração no âmbito da assistência oncológica, das ações de planejamento e programação, controle e avaliação, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação e assistência farmacológica. No âmbito da informação, convivemos com a impossibilidade de conhecimento dos dados de câncer do SIHSUS, visto que estes só podem ser realizados em CACON (Ex: prostatectomia x prostatectomia em cirurgia oncológica).

Outros problemas levantados foram: a insuficiência de Serviços de Radioterapia; a insuficiência de Controle e Avaliação em Oncologia, e a alteração do mecanismo de financiamento da assistência ambulatorial no Câncer (implantação do FAEC p/ Radioterapia) não considerando a PPI de Oncologia.

Em relação a PPI, também foi destacado a insuficiência da PPI Hospitalar no RJ e a indefinição na PPI Ambulatorial no Município de referência, no Rio de Janeiro.

1.7.4. Serviço de Apoio e Diagnóstico

As principais dificuldades nessa área são a falta de referência organizada, a dificuldade de acesso, a demora na marcação e/ou no resultado, a falta de equipamentos e especialistas no interior, a ausência de protocolos para realização dos exames e a baixa remuneração das tabelas do SUS, que possivelmente ocasiona grande parte dos problemas listados acima.

1.7.5. A Cirurgia Oncológica

As dificuldades são a escassez de cirurgões oncológicos titulados, dados sobre cirurgias oncológicas realizadas em Hospitais que não são CACON, a dificuldade de estabelecer fluxos por falta de diagnóstico da área e o estrangulamento de algumas especialidades cirúrgicas oncológicas como Cirurgia de Cabeça e Pescoço, e Mastologia.

1.7.6. O Cuidado Paliativo

A rede de serviços de saúde municipais encontra-se despreparada e desorganizada para atender e compreender os cuidados paliativos, o que representa uma dificuldade para implementar a assistência domiciliar a esses pacientes. Além disso a Portaria que regula os leitos de longa permanência está incompatibilizada com a portaria que implanta os CACON.

2. DIRETRIZES ESTRATÉGICAS

Durante a realização deste trabalho, a equipe da CERRAO, após sucessivas reuniões, pôde ter um realinhamento melhor de como está a execução das políticas públicas de combate ao câncer, e visando a não reprodução do modelo vigente, acordou-se que o trabalho seria pautado em algumas diretrizes básicas, quais sejam:

- A premência de integrar todas as etapas do controle do câncer no Estado do Rio de Janeiro, incluindo os Programas Ministeriais de Controle do Câncer do Colo do

Útero e de Mama, Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco e o de Avaliação e Vigilância do Câncer;

- Estabelecer a prevenção e detecção precoce como o grande foco para modificar os indicadores de incidência e mortalidade, e visando integrar a atenção, acreditando assim que o modelo formador representa o campo mais fértil para pensar em mudanças efetivas e enraizar novas idéias, desta forma o modelo educacional no âmbito da saúde carece e merece destaque;
- Em uma política que dê ênfase na desospitalização do paciente que se encontra fora de possibilidade para tratamento antitumoral, por acreditar que a implementação da assistência domiciliar, capacitada inclusive a aliviar a dor dos pacientes, pode fornecer a ele e seus familiares o conforto de estar no seu ambiente familiar, evitando maiores complicações infecciosas e diminuindo o custo da assistência, dentre outras;
- Utilização plena do Sistema APAC-ONCO, dado que o Sistema de Informação atual (SIH-SUS e SIASUS), implantado com finalidade quase que exclusiva de faturamento, representa perdas significativas, inclusive quanto a informações de procedimentos oncológicos realizados em hospitais não cadastrados (exemplo: hospitais de emergência, etc). Os dados provenientes desse sistema não possibilita o conhecimento real das informações em oncologia, dificultando atividades de planejamento, programação e avaliação.

Considerando como ponto de partida o diagnóstico da situação oncológica encontrada no Estado e seguindo o novo realinhamento apresentado acima nas diretrizes básicas, o grupo de trabalho propôs como diretrizes principais que a Comissão deverá desenvolver para superar as dificuldades que afetam a atenção à doença oncológica no Estado do Rio de Janeiro os seguintes itens:

2.1. PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE

2.1.1. Implantação / Implementação da integração dos Programas de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (Viva Mulher), Tabagismo e outros fatores de risco de câncer;

2.1.2. Prevenção e diagnóstico precoce - Organizar e qualificar a porta de entrada: pólos de detecção e diagnóstico precoce. Regular a entrada no sistema para confirmação do diagnóstico;

2.1.3. Integrar o PSF para diagnóstico precoce e cuidados paliativos aos pacientes oncológicos;

2.1.4. Capacitar profissionais do PSF para acompanhamento dos pacientes oncológicos (diagnóstico e fase terminal) fora dos recursos terapêuticos oncológicos);

2.2. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR

2.2.1. Expansão da capacidade de atendimento radioterápico do complexo hospitalar da UFRJ e da UERJ (ambas com projeto em andamento pelo MS);

2.2.2. Estudar forma de garantir, em parceria MS, SES, SMS, hotelaria para pacientes em RT fora do seu município "Casa de apoio";

2.2.3. Estabelecer protocolo de atuação em internação domiciliar;

2.2.4. Definição de procedimentos a serem executados na atenção básica.

2.3. A GESTÃO DO SISTEMA

2.3.1. Implantar fluxos consistentes para referência da diagnose mais complexa, inclusive biópsias e exames patológicos;

2.3.2. Definir % de serviços prestados ao SUS, da capacidade instalada da unidade em contrato;

2.3.3. Criar estratégias municipais a curto e médio prazos para o processo de desospitalização regional com fluxos para área diagnóstica;

2.3.4. Implantar núcleos de integração regional em alta complexidade articulada com atenção básica;

2.3.5. Implantação, transformação e readequação de CACON, considerando áreas sem cobertura ou cobertura inadequada para prestação da assistência;

2.3.6. Definição de parcela no teto financeiro dos municípios do Estado, com capacidade instalada compatível (CACON) de recursos do SIA E SIH integrados;

2.3.7- Estudar, na revisão da PPI ambu-

latorial, parâmetro de programação específico para TFD (Hotelaria RT);

2.3.8. Melhorar o acompanhamento e utilização do sistema APAC/ONCO (indicadores);

2.3.9. Desenhar a rede de média complexidade regional para o diagnóstico precoce e encaminhamento dos pacientes oncológicos;

2.3.10. Estimulação e implantação de pólos regionais na atenção secundária para câncer de colo uterino e mama;

2.3.11. Elaborar diagnóstico mais detalhado da capacidade instalada das unidades oncológicas, estabelecimento de contrato de metas com prestadores de serviços;

2.3.12. Aumento da oferta de procedimentos radioterápicos (contratação de pelo menos 02 novos serviços), para servir de referência aos CACON sem radioterapia;

2.3.13. Programação Pactuada e Integrada com a Metropolitana I para quimioterapia e radioterapia;

2.3.14. Implantação da regulação oncológica (estabelecimento de fluxos após o diagnóstico do câncer, regionalização, hierarquização, referência e contra referência);

2.3.15. Implantação do Serviço de Radioterapia no Hospital Universitário Pedro Ernesto (já existe projeto de reequipamento em andamento para Itaperuna, UERJ e UFRJ);

2.3.16. Instrumentalizar e capacitar os profissionais na área de controle e avaliação em câncer;

2.4. ANATOMIA PATOLÓGICA

2.4.1. Avaliação/adequação dos Serviços de Diagnóstico;

2.4.2. Anatomia patológica - estimular centro de referências públicos em anatomia patológica.

2.5. A CIRURGIA ONCOLÓGICA

2.5.1. Avaliação/reestruturação da capacidade resolutiva dos Serviços de Cirurgia na área Oncológica (principalmente cirurgia de Cabeça e Pescoço, Mama, Próstata, Tórax e genitália feminina);

2.5.2. Identificar nas diferentes regiões a capacidade resolutiva na área de cirurgia oncológica;

2.6. MEDICINA NUCLEAR

2.6.1. Protocolar as indicações de marcadores tumorais;

2.6.2. Levantar as necessidades da iodoterapia.

2.7. O CUIDADO PALIATIVO

2.7.1. Cuidados paliativos - municipalizar esses cuidados, encaminhar sugestão ao MS para essa municipalização (fora do CACON);

2.7.2. Capacitar as redes de baixa e média complexidade para execução de tratamento paliativo;

2.7.3. Cuidados paliativos - Sugerir ao MS a modificação da PT de cuidados prolongados;

2.7.4. As SMS assumirem a medicação de dor dos pacientes que não possuem tratamentos em centros especializados;

2.7.5. Criar estratégias municipais para atenção domiciliar utilizando recursos já existentes PSF/ Cuidadores/ Programas de atenção domiciliar.

3. DIRETRIZES E PROPOSTAS POR REGIÃO

3.1. REGIÃO DA BAÍA DA ILHA GRANDE

- Programação Pactuada e Integrada com a Metropolitana I para quimioterapia e radioterapia;
- Estruturação da assistência em Cuidados Paliativos;
- Implantação / Implementação dos Programas de Controle do Câncer do Colo do útero e de Mama (Viva Mulher), Tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- Avaliação/adequação dos Serviços de Diagnóstico;
- Avaliação da capacidade resolutiva dos Serviços de Cirurgia na área Oncológica;
- Implantação da regulação oncológica (estabelecimento de fluxos após o diagnóstico do câncer, regionalização, hierarquização, referência e contra referência).

3.2. BAIXADA LITORÂNEA

- Implantação de um CACON I sem ra-

dioterapia, com referência em RT para Clínica do Ingá (Niterói);

- Estruturação da assistência em Cuidados Paliativos;
- Implantação / Implementação dos Programas de Controle do Câncer do Colo do útero e de Mama (Viva Mulher), Tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- Avaliação/adequação dos Serviços de Diagnóstico;
- Avaliação da capacidade resolutiva dos Serviços de Cirurgia na área Oncológica;
- Implantação da regulação oncológica (estabelecimento de fluxos após o diagnóstico do câncer, regionalização, hierarquização, referência e contra referência).

3.3. CENTRO-SUL FLUMINENSE

- Programação Pactuada e Integrada com a Metropolitana I ou Serrana com quimioterapia e radioterapia;
- Estruturação da assistência em Cuidados Paliativos;
- Implantação / Implementação dos Programas de Controle do Câncer do Colo do útero e de Mama (Viva Mulher), Tabagismo e outros outros fatores de risco de câncer;
- Avaliação/adequação dos Serviços de Diagnóstico;
- Avaliação da capacidade resolutiva dos Serviços de Cirurgia na área Oncológica;
- Implantação da regulação oncológica (estabelecimento de fluxos após o diagnóstico do câncer, regionalização, hierarquização, referência e contra referência).

3.4. MÉDIO PARÁIBA

- Implantação de um CACON I com radioterapia, aproveitando a estrutura assistencial oncológica já existente na região;
- Estruturação da assistência em Cuidados Paliativos;
- Implantação / Implementação dos Programas de Controle do Câncer do Colo do útero e de Mama (Viva Mulher), Tabagismo e seus fatores de risco;
- Avaliação/adequação dos Serviços de Diagnóstico;
- Avaliação da capacidade resolutiva dos Serviços de Cirurgia na área Oncológica;
- Implantação da regulação oncológica

(estabelecimento de fluxos após o diagnóstico do câncer, regionalização, hierarquização, referência e contra referência);

- Capacitar os profissionais na área de controle e avaliação em câncer.

3.5. NOROESTE FLUMINENSE

- Estruturação da assistência em Cuidados Paliativos;
- Implantação / Implementação dos Programas de Controle do Câncer do Colo do útero e de Mama (Viva Mulher), Tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- Avaliação/adequação dos Serviços de Diagnóstico;
- Avaliação da capacidade resolutiva dos Serviços de Cirurgia na área Oncológica;
- Implantação da regulação oncológica (estabelecimento de fluxos após o diagnóstico do câncer, regionalização, hierarquização, referência e contra referência);
- Capacitar os profissionais na área de controle e avaliação em oncologia.

3.6 . NORTE FLUMINENSE

- Transformação do IMNE em CACON I com radioterapia, após as adequações necessárias, principalmente na área de recursos humanos;
- Estruturação da assistência em Cuidados Paliativos;
- Implantação / Implementação dos Programas de Controle do Câncer do Colo do útero e de Mama (Viva Mulher), Tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- Avaliação/adequação dos Serviços de Diagnóstico;
- Avaliação da capacidade resolutiva dos Serviços de Cirurgia na área Oncológica;
- Implantação da regulação oncológica (estabelecimento de fluxos após o diagnóstico do câncer, regionalização, hierarquização, referência e contra referência);
- Instrumentalizar e capacitar os profissionais na área de controle e avaliação em câncer.

3.7. REGIÃO SERRANA

- Transformação do Hospital São José de Teresópolis em CACON I sem radioterapia, após as adequações necessárias;

- Implantação de um CACON I com radioterapia, aproveitando a estrutura assistencial oncológica existente em Petrópolis;
- Estruturação da assistência em Cuidados Paliativos;
- Implantação / Implementação dos Programas de Controle do Câncer do Colo do útero e de Mama (Viva Mulher), Tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- Avaliação/adequação dos Serviços de Diagnóstico;
- Avaliação da capacidade resolutiva dos Serviços de Cirurgia na área Oncológica;
- Implantação da regulação oncológica (estabelecimento de fluxos após o diagnóstico do câncer, regionalização, hierarquização, referência e contra referência);
- Capacitar os profissionais na área de controle e avaliação em oncologia.

3.8. REGIÃO METROPOLITANA I

- Implantação do Serviço de Radioterapia no Hospital Universitário Pedro Ernesto (já existe projeto em andamento);
- Expansão da capacidade de atendimento radioterápico do complexo hospitalar da UFRJ (já apresenta projeto em andamento);
- Integração e adequação dos Hospitais Federais (Bonsucesso e Servidores do Estado) à concepção de CACON;
- Cadastramento oficial dos 03 Hospitais Federais recém municipalizados (da Lagoa, Andaraí e Cardoso Fontes);
- Aumento da oferta de procedimentos radioterápicos (contratação de pelo menos 02 novos serviços), para servir de referência aos CACONs sem radioterapia;
- Estruturação da assistência em Cuidados Paliativos;
- Expansão dos Programas de Câncer do Colo de útero e Mama (Viva Mulher), Tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- Avaliação/adequação dos Serviços de Diagnóstico;
- Avaliação/reestruturação da capacidade resolutiva dos Serviços de Cirurgia na área Oncológica (principalmente cirurgia de Cabeça e Pescoço, Mama, Próstata, Tórax e genitália feminina);
- Implantação da regulação oncológica (estabelecimento de fluxos após o diagnóstico do câncer, regionalização, hierarquização,

- referência e contra referência);
- Capacitar profissionais na área de controle e avaliação em oncologia.

3.9. REGIÃO METROPOLITANA II

- Transformação do Hospital São José da UNIG em Nova Iguaçu, em CACON I sem radioterapia, após avaliação e adequações necessárias;
- Estruturação da assistência em Cuidados Paliativos;
- Implantação / Implementação dos Programas de Controle do Câncer do Colo do útero e de Mama (Viva Mulher), Tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- Avaliação/adequação dos Serviços de Diagnóstico;
- Avaliação da capacidade resolutiva dos Serviços de Cirurgia na área Oncológica;
- Implantação da regulação oncológica (estabelecimento de fluxos após o diagnóstico do câncer, regionalização, hierarquização,

referência e contra referência);

- Capacitar os profissionais na área de controle e avaliação em oncologia.

3.10. REGIÃO METROPOLITANA III

- Reestruturação do CACON I do Hospital Antônio Pedro.
- Estruturação da assistência em Cuidados Paliativos;
- Implantação / Implementação dos Programas de Controle do Câncer do Colo do útero e de Mama (Viva Mulher), Tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- Avaliação/adequação dos Serviços de Diagnóstico;
- Avaliação da capacidade resolutiva dos Serviços de Cirurgia na área Oncológica;
- Implantação da regulação oncológica (estabelecimento de fluxos após o diagnóstico do câncer, regionalização, hierarquização, referência e contra referência);
- Capacitar os profissionais na área de controle e avaliação em oncologia.

4. ANÁLISE DO CENÁRIO DA CAPACIDADE INSTALADA NO ESTADO COM AS MODIFICAÇÕES PROPOSTAS - CENÁRIO III

Região	CACON III	CACON II	CACON I c/ RT (*)	CACON I s/ RT (**)	ISOLADA QT e RT	ISOLADA QT	ISOLADA RT (***)
Metropolitana I	1	1	3	5	0	0	3
Metropolitana II				1	1	1	
Metropolitana III				1			2
Norte			1			1	
Noroeste			1				
Médio Paraíba			1				
Serrana			1	1			
Centro-Sul Flum	0	0	0	0	0	0	0
Baixada Litorânea	0	0	0	1	0	0	0
Baía da I. Grande	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL ESTADO	1	1	7	7	1	2	5

(*) CACON I com RT – HUPE e Servidores do Estado na Metropolitana I, IMNE no Norte, RADICLIN na Médio Paraíba e Petrópolis.

(**) CACON sem RT – UNIG na Metropolitana II, São José em Teresópolis e implantação de 1 CACON na região Baixada Litorânea. Cadastramento como CACON I dos Hospitais Andaraí, Lagoa, Jacarépagua e Bonsucesso.

(***) Isolada de RT – Cadastramento de 02 na metropolitana I para ser referência para CACON sem RT.

4.1. QUADRO APRESENTANDO O NOVO CENÁRIO DE COBERTURA (CENÁRIO III), COM A IMPLEMENTAÇÃO DAS PROPOSTAS

Ordem no gráfico	Região	POP	BEM COBERTA	ACEITÁVEL	MAL COBERTA	NÃO COBERTA	SOBRA DE COBERTURA
1	Baía I. Grand	130.345	0	0	0	130.345	

Continua na próxima página

2	Baix. Litor.	535.536	0	0	358.000	0	180.464
3	Centro Sul-F	239.389	0	0	0	239.389	0
4	Med. Paraíba	780.984	0	0	716.000	64.984	0
5	Nordeste F	294.339	358.000	0	0	0	63.661
6	Norte F	691.165	716.000	0	358.000	0	382.835
7	Serrana	734.248	716.000	0	358.000	0	339.752
8	Metropol I	5.772.303	7.876.000	2.148.000	716.000	0	4.967.697
9	Metropol II	3.139.489	0	716.000	1.074.000	1.349.489	0
10	Metropol III	1.615.958	0	716.000	0	899.958	0
11	Total	13.933.756	10.382.000	3.580.000	2.864.000	2.684.164	5.934.404

População: estimativa IBGE/2000

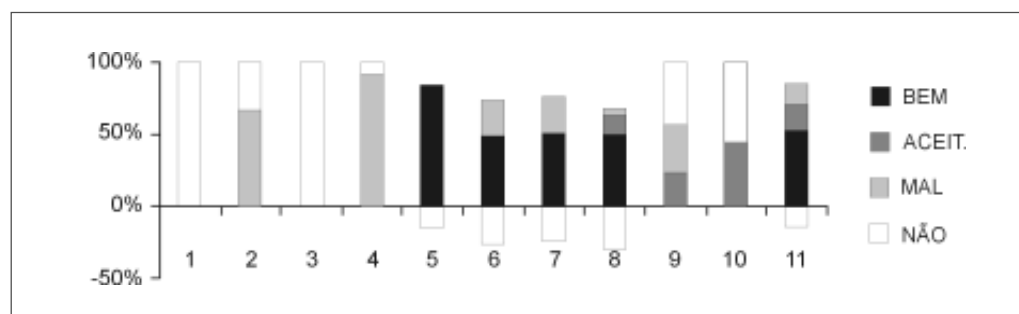


Gráfico do Cenário III

4.2. QUADRO COM A CAPACIDADE DE COBERTURA, DA POPULAÇÃO DO ESTADO, ENCONTRADA NOS CENÁRIOS I E II E III, DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS ADOTADO

	Pop bem coberta	Pop aceitável/coberta	Pop mal coberta	Pop descoberta	Sobra de cobertura
Cenário I	49%	10%	31%	26%	16%
Cenário II	54%	10%	41%	26%	31%
Cenário III	74%	26%	21%	19%	43%

CONCLUSÃO

Este documento aponta para a necessidade de elaboração e efetivação de uma política

abrangente, objetivando integrar todas as etapas do controle do câncer no Estado do Rio de Janeiro, incluindo os Programas Ministeriais de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de câncer e o de Avaliação e Vigilância do Câncer, assim como de Controle e Avaliação em Oncologia.

Esperamos que este documento sirva tanto como registro do trabalho quanto para socializar o resultado desta construção coletiva com os membros da Comissão Estadual para Reorganização, Reorientação e Acompanhamento da Assistência Oncológica (CERRAO), ampliando a discussão e facilitando a continuidade do planejamento e a implementação das ações sugeridas.