CENTRO DE ONCOLOGIA DOS AÇORES
PROF. DOUTOR JOSÉ CONDE

RELATÓRIO DE ATIVIDADES - 2019

- CCCDOA
- RORA
- rocma
- rocca
- roccra
- PICCA
- RASTREIO OPORTUNÍSTICO
  - ATOS CLÍNICOS
  - EXAMES IMAGIOLÓGICOS

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 4

1.1 MISSÃO 4

1.2 MODELO ORGANIZACIONAL 5

1.2.1 – ORGANOGRAMA 6

1.3 PRINCIPAIS RESPONSÁVEIS 7

1.4 ENQUADRAMENTO LEGAL E REGULAMENTAÇÃO INTERNA 7

2. RECURSOS UTILIZADOS 8

2.1 RECURSOS HUMANOS 8

2.1.1 – CCCDOA 8

2.1.2 – A TEMPO INTEIRO 8

2.1.3 – A TEMPO PARCIAL 8

2.2 RECURSOS FINANCEIROS 9

2.3 RECURSOS TECNOLÓGICOS 10

2.4 RECURSOS FÍSICOS 10

2.5 PARCERIAS 11

3. DESTINATÁRIOS DA MISSÃO DO COA 11

4. CONSELHO CONSULTIVO DE COMBATE À DOENÇA ONCOLÓGICA NOS AÇORES (CCCDOA) 12

4.1 APOIO ADMINISTRATIVO 14

4.2 RASTREIOS ONCOLÓGICOS NO PAÍS 14

4.3 AFERIÇÃO HOSPITALAR DOS RASTREIOS. PROPOSTA DE DESPACHO 15

4.4 PLANO DE COMBATE AO TABAGISMO 18

4.5 NORMA DE REFERÊNCIAÇÃO E ATENDIMENTO PRÉ-DIAGNÓSTICO 19

4.6 CANCRO DO PULMÃO. RASTREIO 24

4.7 RASTREIOS ONCOLÓGICOS 25

4.8 ESTUDO SOBRE CANCRO NOS AÇORES 25

4.9 COMPLEMENTO ESPECIAL PARA DESLOCAÇÃO DE DOENTES ONCOLÓGICOS (CEDO) 26

5. AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DO PLANO DE ATIVIDADES 2019... 26

5.1 SERVIÇOS PRESTADOS 27

5.2 PROGRAMAS E AÇÕES. TAXA DE EXECUÇÃO 28

5.2.1 – APOIO INSTRUMENTAL 30

5.3 DESPESAS POR PROGRAMA 30

6. AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO PLANO DE ATIVIDADES 2019 32

6.1 REGISTO ONCOLÓGICO NOS AÇORES (ROA) 32

6.1.1 – HISTÓRICO 32

6.1.2 – ROA 2019 37

6.2 PROGRAMAS ORGANIZADOS DE RASTREIO DE BASE POPULACIONAL 38

6.2.1 – RASTREIOS ONCOLÓGICOS NA RAA INFORMAÇÕES RELEVANTES 38

6.2.2 – CANCROS DETETADOS E SITUAÇÕES PRÉ-MALIGNAS 40

6.2.3 – PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO 42

6.2.4 – PRINCIPAIS INDICADORES DOS 4 PROGRAMAS DE RASTREIO ONCOLÓGICO EM 2019 43

6.2.5 – RASTREIO DE CANCRO DE MAMA (ROCMA) 44

6.2.5.1 – HISTÓRICO 44

6.2.5.2 – EVOLUÇÃO POR VOLTA 45

6.2.5.3 – Cancros detetados por volta e ilha **46**

6.2.5.4 – DEMORA MÉDIA ENTRE ETAPAS 46

6.2.5.5 – ROCMA 2019 49

6.2.6 – RASTREIO DE CANCRO DO COLO DO útero (ROCCA) 50

6.2.6.1 – HISTÓRICO 50

6.2.6.2 – EVOLUÇÃO 2010/2019 53

6.2.6.3 – ROCCA 2019 54

6.2.6.4 – ROCCA. Mudança de paradigma – celebração de protocolo “único” **54**

6.2.7 – RASTREIO DE CANCRO DO CÓLON E RETO (ROCCRA) 61

6.2.7.1 – HISTÓRICO 61

6.2.7.2 – ROCCRA EVOLUÇÃO 65

6.2.7.3 – ROCCRA 2019 66

6.2.8 – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DO CANCRO NA CAVIDADE ORAL NOS AÇORES (PICCOA) 67

6.2.8.1 – HISTÓRICO 67

6.2.8.2 – EVOLUÇÃO 2017/2019 69

6.2.8.3 – PICCOA 2019 ..... **70**

6.3 RASTREIO OPORTUNÍSTICO/PRESCRITIVO 70

6.3.1 – ATOS CLÍNICOS 70

6.3.2 – EXAMES IMAGIOLÓGICOS 70

6.3.3 – CANCROS DE MAMA 74

7. CONCLUSÕES 75

1. INTRODUÇÃO

A missão, os programas e os projetos do Centro de Oncologia dos Açores Professor Doutor José Conde (COA) são muito específicos.

Mantêm-se, ao longo dos anos, relativamente constantes. Mesmo o conjunto de ações que corporizam os programas repetem-se, na maioria dos casos, de ano para ano.

Por isso, a metodologia e envolvimento dos agentes ativos da organização, para a elaboração do Relatório de Atividades (RA) está, de alguma forma, assemelhada e cristalizada na atividade corrente, sem prejuízo de, perante novas ações, obedecer a procedimentos exaustivos de preparação e envolvimento.

Como introdução a este RA, relembramos e enaltecemos a nossa Missão e identificamos o nosso modelo organizacional bem como os seus principais responsáveis. Fazemo-lo, sempre, quer no Plano de Atividades (PA) quer no RA.

1.1 MISSÃO

O COA tem as seguintes atribuições (artigo 3.º do Decreto Regulamentar Regional nº 9/2015/A, de 24 de abril):

Promover o diagnóstico precoce das doenças oncológicas, nomeadamente através do rastreio prescritivo/oportunístico e dos programas organizados de rastreio, de base populacional.

Colaborar na execução/desenvolvimento do Registo Oncológico dos Açores, nos termos da Lei n.º 53/2017, de 14 de julho.

Colaborar na elaboração e desenvolvimento da estratégia regional de combate às doenças oncológicas.

1.2 MODELO ORGANIZACIONAL

Os órgãos do COA são:

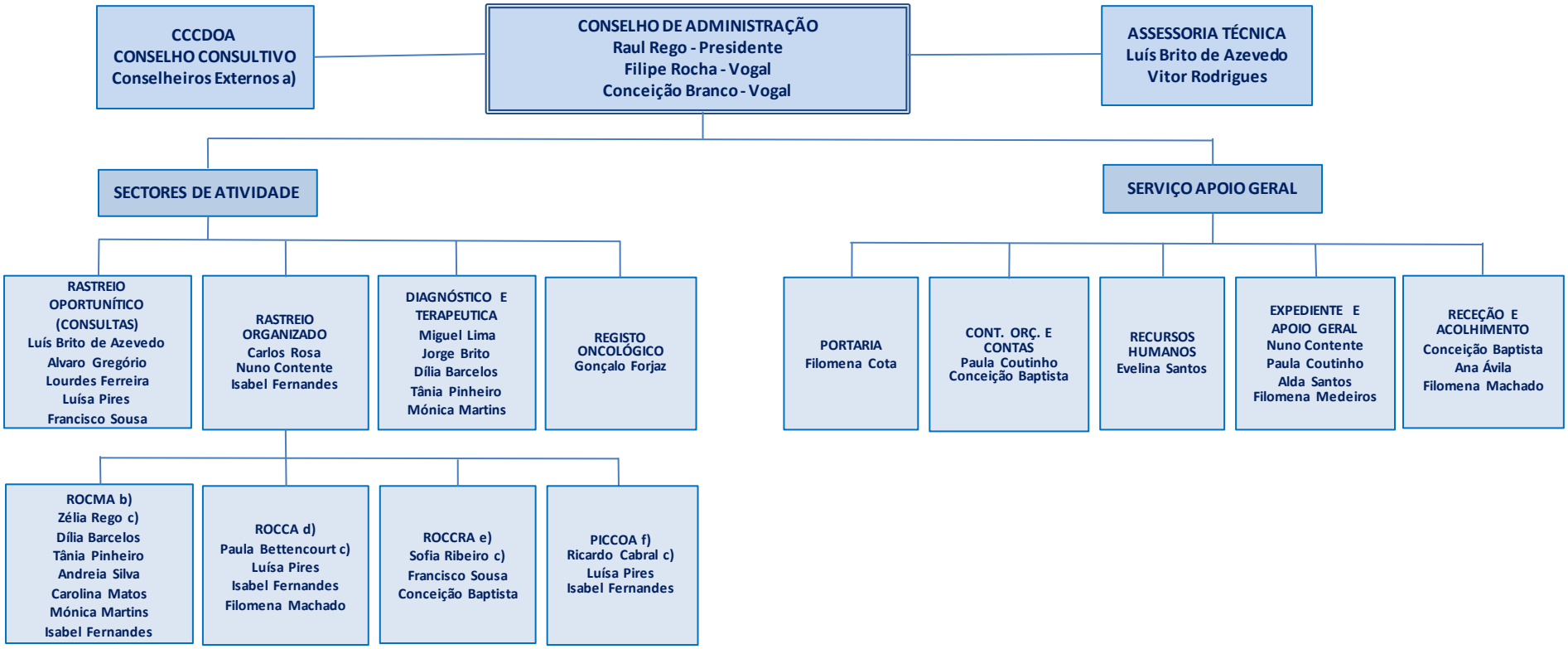
De caráter executivo o Conselho de Administração (COA); de caráter executivo, o Conselho Consultivo para o Combate à Doença Oncológica (CCCDOA) e, caráter instrumental um Serviço de Apoio Geral.

O organograma inclui quatro setores de atividade:

- Sector de rastreio organizado;
- Sector de rastreio oportunista;
- Sector de registo oncológico e
- Sector de diagnóstico e terapêutica.

Estes setores são logisticamente sustentados pelo “Serviço de Apoio Geral” que engloba as vertentes dos recursos humanos, financeiros, materiais e administrativos.

1.2.1 ORGANOGRAMA DO COA



a) Marisa Lobão; Natacha Amaral; Andreia Coelho; Gizela Rocha; Vitor Rodrigues; Rui SanBento; Ricardo Cabral; Fontes e Sousa; Oscar Reis e Raul Rego (coordenador).
b) Rastreio organizado de cancro de mama nos Açores
c) Diretor técnico
d) Rastreio organizado de cancro no colo do útero nos Açores
e) Rastreio organizado de cancro do cólon e reto nos Açores
f) Programa de intervenção no cancro da cavidade oral nos Açores. Embora o programa envolva, também, a população de risco, inclui-se no rastreio organizado.

(Atualizado em janeiro de 2020)

1.3 PRINCIPAIS RESPONSÁVEIS

A responsabilidade pelo cumprimento, dentro dos princípios da legalidade e equidade, da nossa missão, cabe à equipe do COA, centrando-se a principal responsabilidade no seu CA, a saber:

Presidente

Raul Aguiar do Rego

Vogal da Administração

Maria da Conceição Paim de Bruges Bettencourt Meneses Branco

Vogal da Administração

Filipe Alexandre Veiga Rocha

1.4 ENQUADRAMENTO LEGAL E REGULAMENTAÇÃO INTERNA

O COA foi criado pelo Decreto Regional n.º 7/79/A, de 24 de abril, tendo como objetivo primordial a "educação para a saúde, a prevenção, o rastreio, o diagnóstico precoce e o registo, de base populacional, da doença oncológica na Região Autónoma dos Açores" (RAA).

No âmbito daquele diploma foi criada uma Comissão Instaladora até à aprovação da respetiva orgânica e quadro de pessoal.

Pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 33/89/A, de 22 de setembro, deu-se por findo o regime de instalação e aprovou-se o quadro de pessoal, mantendo-se a Comissão Instaladora até à publicação da respetiva orgânica.

Pelo Decreto Regional n.º 1/2007/A foi, finalmente, aprovada a lei orgânica dando lugar à nomeação de um CA.

O diploma que aprova a lei orgânica do Serviço Regional de Saúde (SRS) refere, no n.º 2 do art.º 10.º, que o COA reveste a natureza de serviço especializado.

Pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 9/2015/A, de 24 de abril, procedeu-se à revisão da lei orgânica "adequando-a às novas realidades administrativas e potenciando o seu papel no combate às doenças oncológicas".

O COA dispõe de um regulamento interno, onde se definem as funções e as ações/tarefas, devidamente repartidas por cada funcionário bem como as questões relacionadas com regimes e horários de trabalho.

2. RECURSOS UTILIZADOS

Para executar o seu PA de 2019, o COA dispôs dos seguintes recursos:

2.1 RECURSOS HUMANOS

2.1.1 CONSELHO CONSULTIVO PARA O COMBATE À DOENÇA ONCOLÓGICA NOS AÇORES (CCCDOA)

Marisa Lobão (ML) – Radioncologista (Clínica Madalena Paiva);

Natacha Amaral (NA) – Oncologista HDES);

Andreia Coelho (AC) – Oncologista (HSEIT);

Gizela Rocha (GR) – Oncologista (HH);

Vitor Rodrigues (VR) – Epidemiologista (Professor na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra – FMUC);

Rui SanBento (RSB) – Oncologista (HDES);

Ricardo Cabral (RC) – Dentista (Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel - USISM);

João Fontes e Sousa (FS) – Medicina Geral e Familiar (USISM);

Óscar Reis (OR) – Cirurgião (HSEIT);

Raul Rego (RR) – Economista (COA).

2.1.2 RECURSOS HUMANOS A TEMPO INTEIRO

Raul Rego – Economista. Presidente do CA

Filipe Rocha – Gestor. Vogal Administração

Conceição Branco – Enfermeira. Vogal Administração

Luís Brito de Azevedo – Assistente graduado sénior (Saúde Pública) e assessor do CA

Carlos Rosa – Técnico Superior de Informática

Luísa Pires – Enfermeira

Francisco Sousa - Enfermeiro

Dília Barcelos – Técnica Superior de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT)

Tânia Pinheiro – TSDT

Andreia Silva – TSDT

Carolina Matos – TSDT

Mónica Martins – TSDT

João Sebastião – TSDT

Margarida Bulhões – TSDT

Evelina Teles – Técnica Superior

Conceição Baptista – Assistente Técnica (AT)

Filomena Machado – AT

Paula Coutinho – AT

Isabel Fernandes – AT

Ana Ávila – AT

Nuno Contente – Operador de Informática

Filomena Cota – Assistente Operacional (AO)

Alda Santos – AO

Filomena Medeiros – AO

2.1.3 RECURSOS HUMANOS A TEMPO PARCIAL

Vítor Rodrigues – Epidemiologista, assessor para o ROCMA, ROCCA, ROCCRA, PICCOA e ROA;

Álvaro Gregório – Internista, rastreio oportunístico;

Eva Garcia – Radiologista, leitora do ROCMA;

Paula Bettencourt – Ginecologista, Diretora Técnica do ROCCA;

Zélia Rego – Radiologista, Diretora Técnica, leitora e aferidora do ROCMA;

Sofia Ribeiro – Gastroenterologista, Diretora Técnica do ROCCRA;

Lourdes Ferreira – Dermatologista, rastreio oportunístico;

Miguel Lima – Radiologista leitor e aferidor do ROCMA, mamografias e ecografias;

Jorge Brito – Radiologista leitor do ROCMA;

Paula Carneiro – Radiologista, leitora do ROCMA;

Isabel Bastos – Radiologista, leitora do ROCMA;

2.2 RECURSOS FINANCEIROS

As receitas (emitidas e cobradas) e as despesas (processadas e pagas) para o ano de 2019, homologamente comparadas com as de 2018, apresentam-se nos mapas seguintes:

	RECEITAS			
	2018		**2019**	
	Emitidas	***Cobradas***	***Emitidas***	***Cobradas***
Subs. Investimento	125.000,00€	125.000,00€	87.230,00€	87.230,00€
Subs. Exploração	970.000,00€	970.000,00€	1.050,000,00€	1.050,000,00€
Receitas Próprias	4.421,10€	2.449,80€	5.356,80€	6.386,70€
Outras	1.407,77€	1.104,77€	200.00€	200.00€
Total	**1.100.828,87€**	**1.098.554,57€**	**1.142.786,80**	**1.143.816,70**

A nota relevante, ao nível das receitas, foi o crescimento em 80.000€ do subsídio de exploração (transferências do ORAA) em 2019, relativamente a 2018.

	DESPESAS			
	2018		2019	
	Processadas	***Pagas***	***Processadas***	***Pagas***
Compras	26.778,44€	26.778,44€	27,989,76€	27,989,76€
Investimento	583,68 €	583,58 €	7,784,94€	7.784,94€
Aquis. Serviços	472.966,23€	457.099,39€	364.125,13€	335.513,40€
Pessoal	552.286,74€	536.419,90€	675.317,01€	675.317,01€
Outras	Ø	Ø	Ø	1.046.605,11€
Total	**1.052,615,09€**	**1.036.748,25€**	**1,075,216,84€**	**1.046.605,11€**

Ao nível da despesa, regista-se uma notável proximidade no biénio. Conseguiu-se manter a contenção do último triénio.

2.3 RECURSOS TECNOLÓGICOS

Os equipamentos mais relevantes que o COA dispôs para prosseguir a sua atividade foram:

- 3 mamógrafos *(1 analógico e 2 digitais diretos)*;
- 1 digitalizador para mamografia;
- 2 estações de leitura de mamografia;
- 1 ecógrafo;
- 1 mesa para ginecologia;
- 1 mesa para pequena cirurgia com *pantof* de teto;
- Utensílios diversos para pequena cirurgia;
- Servidor, computadores, monitores e teclados;
- 2 máquinas envelopadoras;
- Equipamento de escritório em 14 gabinetes e de arquivo em 5 gabinetes.

2.4 RECURSOS FÍSICOS

O COA desenvolveu a sua atividade nas seguintes instalações:

- Edifício sede, cedido pela Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), sito na rua da Rocha n.º 38, 9700-169, Angra do Heroísmo, com elevador;
- Duas caravanas de rastreio para o ROCMA que percorrem todas as ilhas e concelhos dos Açores, de dois em dois anos (unidades móveis de rastreio UM1 e UM2);
- Gabinete cedido pelo Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada (HDES), para as atividades relacionadas com o ROCMA.

2.5 PARCERIAS

- Acordos de colaboração, celebrados com todas as Unidades de Saúde/Centros de Saúde (USI) do SRS, para os programas de rastreio organizado de base populacional nas tarefas de convocação e execução do exame de referência;
- Acordos de colaboração com os hospitais regionais (HDES; Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira – HSEIT e Hospital da Horta – HH) para os programas de rastreio, nas tarefas relacionadas com as consultas de aferição para o ROCMA, para o ROCCA para o ROCCRA e para o PICCOA e posterior tratamento/acompanhamento;
- Acordo com a LPCC, Núcleo dos Açores, envolvendo a cedência ao COA do edifício sede, mediante contrapartida de obras de beneficiação/ampliação e manutenção.
- Contratos de prestação de serviço para as áreas do rastreio prescritivo/oportunístico, bem como para as leituras do ROCMA e direções técnicas dos programas de rastreio.
- Contrato de prestação de serviços para assessoria técnica ao CA e equipes coordenadoras dos programas de rastreio e RORA.
- Contratos, em regime de convenção, nas áreas de análises clínicas, dermatologia e imagiologia.

3. IDENTIFICAÇÃO DOS DESTINATÁRIOS DA MISSÃO DO COA

A razão de ser do COA são os seus clientes/utentes.

A população alvo, é a população açoriana inscrita no SRS. O COA é uma instituição de âmbito regional.

A identificação e a atualização desse universo de pessoas exige um sistema informático adequado bem como um forte envolvimento das USI, nas tarefas de registo e de atualização das suas listagens de utentes. O COA trabalha com essas listagens contribuindo, também, para a sua atualização.

O acesso dos utentes não é indiscriminado. Deverá sujeitar-se aos universos de elegibilidade direta dos programas de rastreio, ao modelo organizado e protocolado, de marcação de atos clínicos e de exames de diagnóstico e terapêutica, no âmbito do rastreio oportunístico e à rede de referenciação estabelecida pelos programas organizados de rastreio de base populacional, bem como à rede de referenciação aprovada para o SRS.

O ROCMA tem como população alvo as mulheres na faixa etária 45/74 anos; o ROCCA as mulheres na faixa 25/64 anos, o ROCCRA, os homens e mulheres com idade entre os 50 e os 74 anos e o PICCOA os homens e mulheres com idade entre os 40 e os 74 anos, incluindo os casos sintomáticos referenciados (estes de qualquer idade).

4. CONSELHO CONSULTIVO DE COMBATE À DOENÇA ONCOLÓGICA NOS AÇORES (CCCDOA)

O CCCDOA foi criado pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 9/2015/A, de 24 de abril. É um órgão de consulta do COA.

Ao CCCDOA compete (art.º 5), nomeadamente, colaborar na elaboração, acompanhamento e execução do Plano Regional de Saúde, na vertente oncológica; propor, alterar ou atualizar uma rede de referenciação oncológica nos Açores; acompanhar, estimular e avaliar o desenvolvimento do ROA e dos programas organizados de rastreio oncológico, bem como a sua articulação com os restantes serviços do SRS; acompanhar e estimular medidas, ações e estudos relacionados com a investigação científica e emitir pareceres sempre que solicitados.

O CCCDOA é constituído por conselheiros de reconhecida idoneidade nos termos do art.º 6.º, identificados em 2.1.1

No mapa seguinte identificam-se as reuniões já realizadas pelo CCCDOA (data; local e presenças)

REUNIÕES	DATA	LOCAL	PRESENÇAS	
			CCCDOA	CONVIDADOS
1.ª	13 novembro 2015	COA – A.H.	RSB; VR; Gonçalo Forjaz (GF) e RR	
2.ª	4 março 2016	COA – A.H.	ML; VR; RSB; Jorge Câmara (JC); RC e RR	Diana Mendonça e João Soares (Diretor Regional da Saúde)
3.ª	30 junho 2016	HDES – P.DL.	ML; VR; RSB; RC; FS; GF e RR	
4.ª	16 janeiro 2017	HDES – P.DL.	ML; VR; RSB; RC e RR	Marta Silva
5.ª	12 maio 2017	USISM – P.DL.	ML; VR; RSB; RC; FS; OR e RR	
6.ª	6 julho 2017	HSEIT – A.H.	NA; VR; RSB; RC; FS; GF e RR	Zélia Rego; Paula Bettencourt e Sofia Ribeiro Diretoras técnicas do ROCMA, ROCCA e ROCCRA, respetivamente
7.ª	5 dezembro 2017	USIT – A.H.	ML; NA; VR; RSB; FS; RC e RR	
8.ª	23 março 2018	USISM – P.DL.	ML; NA; AC; VR; RC; RSB e RR	Rui Luís (Secretário Regional da Saúde) Tânia Cortês (Diretora Regional da Saúde)
9.ª	25 outubro 2018	DRS – A.H.	ML; FS; VR; RC; OR e RR	Tiago Lopes (Diretor Regional da Saúde) Paula Bettencourt e Sofia Ribeiro
10.ª	9 novembro 2018	USISM – P.DL.	ML; NA; AC; GR; RC; OR; VR; RSB; FS e RR	Tiago Lopes
11.ª	11 janeiro 2019	HH - Horta	ML; NA; AC; GR; OR; VR; RSB; FS e RR	Tiago Lopes
12.ª	12 abril 2019	DRS - AH	ML; AC; RC; RSB; FS e RR	Tiago Lopes; Paula Bettencourt; Carla Silva da DRCD e Aida Palma (AP)
13.ª	11 julho 2019	Hotel Servi-Flor - Flores	ML; NA; AC; RSB; RC; VR; OR; RR	Tiago Lopes; CA da USI Flores; Carla Noia; Rogério D'Ascenção; Natália Mendonça e AP
14.ª	11 outubro 2019	USISM – P.DL.	ML; NA; RSB; RC; OR e RR	Tiago Lopes; CA da USISM - (Dr. Pedro Santos; Dr. Jorge Morgado; Enf.ª Sandra e Dr.ª Maria João Melo); Sofia Ribeiro; Zélia Rego; Inês Leite e AP

Da atividade do CCCDOA em 2019, destaca-se:

4.1 Apoio administrativo

A partir da 12.ª reunião, inclusive, o CCCDOA passou a contar com a colaboração da Sr.ª Aida Palma, do Gabinete do Sr. Diretor Regional de Saúde, para assegurar a tarefa de elaboração das atas.

4.2 Rastreios Oncológicos no País

O coordenador regional dos 4 programas de rastreio, de base populacional, Raul Rego, integra o grupo de coordenadores nacionais e tem assente nas reuniões realizadas sob a iniciativa da Direção Geral de Saúde.

No país existem três programas em curso – mama, colo do útero e cólon e reto. Nos Açores, além destes, temos o programa relativo à cavidade oral, uma experiência pioneira já com três anos de vida.

Nas 2 reuniões realizadas em 2019, destacam-se as 4 maiores dificuldades:

Uma questão importante ainda por resolver é a da taxa de cobertura geográfica como se pode verificar pelo mapa seguinte:

Taxa de Cobertura Geográfica/2018

PROGRAMAS DE RASTREIO ONCOLÓGICO	CONTINENTE	MADEIRA	AÇORES	TOTAL NACIONAL
Mama Feminina	80%	100%	100%	83%
Cólo do Útero	100%	-%	100%	98%
Cólon e Reto	24%	-%	100%	30%
Cavidade Oral	-%	-%	100%	2,5%

Fonte: Relatório Nacional dos Rastreios Oncológicos. DGS 2017/2018

Uma segunda questão tem a ver com o desenvolvimento de uma plataforma informática (PI) única para os três programas de rastreio oncológico. A sua conceção é recente e a sua utilização está a identificar algumas dificuldades, próprias de um processo de adequação/desenvolvimento necessariamente gradual. A PI é um instrumento crucial para o planeamento e gestão corrente dos rastreios e para a interação com outros programas de saúde pública. A Região Autónoma da Madeira também adotou esta solução. Nos Açores, mantivemos as nossas plataformas (uma

por programa) que, já desenvolvidas, correspondem às exigências essenciais. Com elas podemos fornecer, de forma imediata, todos os indicadores nacionais pré-definidos para cada programa.

Uma terceira dificuldade tem a ver com a desatualização das listas de utentes que origina insuficiências nos processos de convocação, deixando de fora dos rastreios faixas importantes da população alvo elegível, com impacto negativo na taxa de participação populacional.

No mapa seguinte evidenciam-se essas dificuldades:

Taxa de Cobertura populacional/2018

PROGRAMAS DE RASTREIO ONCOLÓGICO	CONTINENTE	MADEIRA	AÇORES	TOTAL NACIONAL
Mama Feminina	32,90%	57%	71%	35%
Cólo do Útero	36%	-%	66%	37%
Cólon e Reto	11%	-%	30%	3%
Cavidade Oral	-%	-%	31% a)	-%

Fonte: - Relatório Nacional dos Rastreios Oncológicos. DGS 2017/2018;
- a) COA

Uma última grande dificuldade relaciona-se com as demoras registadas na execução das aferições aos casos positivos referenciados pelos programas para os Hospitais, pondo em causa a prioridade que essas intervenções exigem, visto tratar-se de casos com suspeita de cancro. Esta dificuldade também nos é comum.

No continente a remuneração das aferições (designados preços compreensivos) dos 3 programas é efetuada em contexto separado do normal funcionamento do Serviço, ou por trabalho extra-horário ou em regime de convenção. Entre nós essa prática só acontece circunstancialmente.

4.3 Aferição Hospitalar dos Rastreios Oncológicos. Proposta de despacho.

Nos Açores, as aferições hospitalares dos rastreios oncológicos são da responsabilidade dos 3 hospitais públicos. Existem 12 centros de aferição, 4 em cada hospital, para cada programa (no caso do ROCCRA, o HDES recorre ao regime de convenção com entidade privada).

Pelo despacho do Secretário Regional da Saúde n.º 129/2015, de 21 de janeiro, os 3 hospitais ficam obrigados a assegurar as consultas de aferição dos programas de rastreio, com periodicidade semanal, recorrendo aos seus recursos disponíveis ou a programas de produção acrescida perante demonstrada incapacidade de resposta.

Tendo em conta que:

- Aquele despacho já apresenta alguma desatualização (não contempla o PICCOA que se iniciou em 2018).
- Tem sido alvo de interpretações divergentes (sobretudo o seu n.º 5).
- Que as referenciações para consulta de aferição hospitalar dos programas de rastreio oncológico, configuram diagnóstico de suspeita de cancro.
- A necessidade de um reforço do comprometimento dos CA e Serviços envolvidos com os rastreios, nomeadamente através da atualização dos protocolos de colaboração e do processo de contratualização – contratos programa.
- Se revela pertinente criar instrumentos operacionais, sobretudo no que respeita aos recursos humanos a envolver nos processos de aferição, com a respetiva repercussão orçamental.

Foi submetida à consideração do CCCDOA a seguinte proposta de revisão/atualização do referido despacho visando minimizar as dificuldades e atrasos registados nas aferições:

"Considerando que o Plano Regional de Saúde aponta e releva uma estratégia de prevenção e combate à patologia oncológica nos Açores;

Considerando que na estratégia delineada pelo COA, para a prevenção e combate à patologia oncológica, foram desenvolvidos quatro programas organizados de rastreio, de base populacional – ROCMA; ROCCA; ROCCRA e PICCOA;

Considerando que as referenciações para consulta de aferição hospitalar, dos programas de rastreio oncológico, configuram diagnóstico de suspeita de cancro;

Considerando ser da maior relevância a implementação e o aperfeiçoamento destes programas de saúde pública de forma transversal a todos os Serviços do SRS e extensivos a toda a população alvo açoriana;

Considerando que a conceção, coordenação, desenvolvimento, avaliação e monitorização destes programas cabe ao COA em parceria com todos os serviços do SRS devendo, por isso, todos os CA, comprometer-se e mobilizar-se no sentido do seu aperfeiçoamento e desenvolvimento;

Considerando que, volvidos 11 anos de vida do ROCMA, 10 anos do ROCCA, 6 anos do ROCCRA e 3 anos do PICCOA, urge proceder a alguns ajustamentos relativos ao comprometimento institucional, através da atualização dos protocolos de colaboração, nomeadamente no que respeita aos centros de aferição hospitalar (CAH) para os utentes referenciados pelos referidos programas.

Ao abrigo do disposto nas alíneas a) e h) do n.º 1 do artigo 90.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores e na alínea a) do n.º 1 do artigo 3.º da orgânica da Secretaria Regional da Saúde, aprovada pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 5/2013/A, de 21 de junho, determino:

1. Aos hospitais do SRS caberá assegurar as consultas de aferição, os tratamentos e o acompanhamento dos utentes para o efeito referenciados pelos programas de rastreio oncológico.
   1.1. Ao HDES caberá a cobertura geográfica das ilhas de São Miguel e Santa Maria; ao HSEIT das ilhas de Terceira, São Jorge e Graciosa e do HH das ilhas de Faial, Pico, Flores e Corvo.
   1.2. Deverão ser criados circuitos específicos e priorizados em cada CAH, para cada programa, de forma a assegurar um período semanal para execução das aferições.
   1.3. O tempo máximo de espera para execução das aferições deverá ser de 30 dias, após a data da referenciação, sendo os primeiros 20 dias para a execução da consulta e inserção do respetivo resultado e os restantes 10 dias para a obtenção/inserção do resultado proveniente da anatomia-patológica, na respetiva PI.
   1.4. As especialidades médicas diretamente envolvidas nos CAH são:
   a) ROCMA – Radiologia e Cirurgia Geral.
   b) ROCCA – Ginecologia.
   c) ROCCRA – Gastrenterologia e Anestesiologia.
   d) PICCOA – Estomatologia.
   1.5. Os hospitais devem mobilizar e/ou reorganizar a sua capacidade de resposta, para corresponder, de forma eficaz e atempada, às solicitações dos programas de rastreio oncológico;
   1.6. Sempre que, em qualquer das especialidades referidas se demonstre, de forma fundamentada pela programação e pela estatística de produção do Serviço, não existir capacidade de resposta médica para assegurar o integral cumprimento do estabelecido nos pontos anteriores, deverá o Hospital recorrer a um programa de produção acrescida (PPA).
   1.7. Os hospitais ficam autorizados a remunerar as equipas médicas envolvidas no Plano de produção acrescida (PPA) num valor até 60% do montante constante na tabela de preços a cobrar pelo SRS, nos atos correspondentes.

1.8. Na execução deste PPA, poderá revelar-se necessária a mobilização de recursos humanos doutras áreas profissionais. Caso se verifique, fundamentada indisponibilidade de recursos, poderá o hospital recorrer, igualmente, a um PPA. A remuneração destes serviços deverá ser integralmente assegurada pelo remanescente (40%) a que alude o item 1.7.

1.9. Perante a impossibilidade, devidamente fundamentada, de se assegurar a referida oferta de Serviços em PPA, deverão os hospitais recorrer ao regime de convenção com entidades privadas fornecedoras dos serviços requeridos.

1.10. O custo global da modalidade presente no n.º anterior (regime de convenção), terá de ser igual ou inferior ao custo global inerente à modalidade PPA.

2. O desempenho hospitalar, em cada programa de rastreio, será objeto de avaliação (indicador referido em 1.3) no âmbito do processo do financiamento hospitalar.
3. Deverá o COA proceder à atualização dos protocolos de colaboração com as nove USI e com o HDES, HSEIT e HH e submetê-los a homologação do Secretário Regional da Saúde, num prazo de 3 meses após a data da publicação do presente despacho.
4. Fica revogado o despacho n.º 129/2015, de 21 de janeiro 2015."

Todavia, o entendimento maioritário do CCCDOA foi o de não concordar com a proposta por ser "paliativo" não resolvendo, do ponto de vista estrutural, o problema. O entendimento foi de que cabe aos hospitais dotar-se e assumir, prioritariamente, as aferições dos 4 programas de rastreio, ao invés do que acontece no resto do país.

4.4 Plano de Combate ao Tabagismo

Por considerar que a questão do tabagismo assume uma enorme importância como fator de risco da patologia oncológica, com destaque nos Açores, o CCCDOA apresentou a seguinte proposta à tutela:

"Considerando que o consumo de tabaco constitui um fator de risco relevante, universalmente reconhecido, para a doença oncológica;
Considerando que o destaque desta patologia nos Açores ocorre, precisamente, nas localizações topográficas mais suscetíveis à influência do tabaco;
Considerando que o sofrimento humano, os custos sociais e económicos, provocados pelo cancro, são muito significativos;

Considerando que a aplicação da “lei do tabaco,” publicada em 2007 e alterada pela lei n.º 109/2015 de 26 de agosto, induziu uma diminuição da taxa de tabagismo no Continente Português ao invés do que aconteceu nos Açores;

Considerando que o aumento do preço do tabaco é um importante instrumento dissuasor ao consumo, sobretudo nos fumadores jovens e com baixos rendimentos, com impacto reconhecido na redução na taxa de tabagismo. Ademais, o preço do tabaco nos Açores, desde o período anterior ao 25 de Abril, é muito inferior ao praticado no resto do país.

Considerando que a elevada taxa de tabagismo nos Açores constitui o maior flagelo da nossa saúde pública;

O CCCDOA, em conjunto com a Direção Regional de Prevenção e Combate às Dependências, propõe à Exma. Sr.ª Secretária Regional da Saúde o seguinte:

1 – Pugnar pela equiparação com o resto do país dos preços do tabaco nos Açores, propondo o recurso aos adequados instrumentos fiscais;

2 – Reforçar a capacidade de resposta do SRS, das consultas de cessação tabágica em todas as ilhas;

3 – Aumentar, tanto quanto possível, a comparticipação aos fumadores nos dispositivos médicos de auxílio à desabituação tabágica;

4 – Pugnar pela integral aplicação/fiscalização da lei do tabaco e demais dispositivos legais relativos ao consumo e publicitação do tabaco nos Açores, nomeadamente pelo reforço das competências e recursos da Inspeção Regional das Atividades Económicas.”

4.5 Norma de referenciação e atendimento pré-diagnóstico

Foi apresentado à tutela a seguinte proposta para valer como Norma de referenciação e atendimento pré-diagnóstico no SRS:

REFERENCIAÇÃO E ATENDIMENTO PRÉ-DIAGNÓSTICO
DE
DOENTES COM SUSPEITA DE AFEÇÃO NEOPLÁSICA

Artigo 1.º
Âmbito

A presente norma/regulamento contém o descritivo que rege a referenciação e o atendimento de doentes com suspeita de doença oncológica, nas unidades hospitalares da RAA.

Artigo 2.º
Definição

Entende-se como **"doente com suspeita de doença oncológica"** todo o que apresente clínica com sinais de alarme para doença oncológica ou alteração de exame complementar que sugira doença neoplásica.

Artigo 3.º
Atribuições da unidade hospitalar

Á unidade hospitalar compete, em particular, na área oncológica, na fase pré-diagnóstico:

- O atendimento de todos os doentes que lhe são referenciados pelos médicos prestadores de Cuidados de Saúde Primários ou outros;
- A realização dos esforços diagnósticos conducentes ao esclarecimento da(s) patologia(s) existente(s);
- A referenciação a Centros mais diferenciados, quando necessário.

Artigo 4.º
Referenciação

Os doentes que sejam portadores de manifestações suspeitas de doença neoplásica devem ser referenciados à unidade hospitalar, acompanhados de informação clínica completa ou cópia do processo clínico e dos dados do registo individual que possibilitem contato direto.

Artigo 5.º

Admissão

A admissão do doente na unidade hospitalar é feita através da Consulta Externa.

Artigo 6.º

Normas de admissão

Devem ser seguidas as seguintes normas gerais de admissão:

a) Os doentes com manifestações clínicas suspeitas de afeções tumorais localizáveis devem ser encaminhados para as consultas das especialidades a cujo foro pertencem, de acordo com a tabela anexa;

b) Os médicos das Unidades de Oncologia Médica colaborarão na investigação de doentes enviados do exterior com suspeita de doença maligna, desde que solicitado pelos médicos dos outros Serviços hospitalares.

Artigo 7.º

Triagem dos pedidos de consulta

A triagem dos pedidos de consulta de doentes com forte suspeita de doença oncológica deve ser efetuada, de imediato, pelo Diretor do Serviço ou em quem delegue, sendo classificados como pedidos de consulta muito prioritária.

Artigo 8.º

Marcação das consultas

No dia da triagem dos pedidos de consulta, deve ser indicada data para a efetivação da consulta aos doentes que sejam validados como com suspeita de doença oncológica. A consulta deve ter lugar num período máximo de 10 dias úteis. Os doentes devem ser imediatamente informados, telefonicamente e por carta, do dia e hora da consulta.

Sempre que possível, deve ser enviada, também, comunicação ao Médico requisitante da data de marcação de consulta.

Artigo 9.º

Não aceitação de pedidos de consulta

Os pedidos de consulta, que não sejam validados como suspeita de doença oncológica, devem ser devolvidos aos médicos que os enviou, no dia da triagem dos pedidos de consulta, com a devida fundamentação.

Neste caso, deve ser estabelecido, também, contato telefónico com o doente a informar da decisão tomada e da devolução ao médico requisitante.

Artigo 10.º

Transferência de pedidos de consulta

No dia da triagem dos pedidos de consulta, devem ser encaminhados para a consulta mais adequada, no cumprimento do disposto no artigo 6.º, com a devida fundamentação, os pedidos de consulta que, embora sendo validados como com suspeita de doença oncológica, não cumpram os requisitos do citado artigo.

Também neste caso, deve ser estabelecido contato telefónico com o doente a informar da decisão tomada e do reencaminhamento do pedido de consulta.

Artigo 11.º

Monitorização

Em cada serviço deve ser mantido arquivo com os pedidos de consulta, para aferição periódica da adequação dos circuitos.

Artigo 12.º

Entrada em vigor

O presente regulamento entra em vigor na data da sua publicação.

Suspeita de neoplasia de:	**Enviar para a consulta de:**
Ânus e canal anal	Gastrenterologia
Bexiga	Urologia
Brônquios	Pneumologia
Canal auditivo externo	ORL
Cartilagem	Ortopedia
Cavidade oral	Cirurgia Maxilofacial ou ORL
Cerebelo	Neurocirurgia
Cérebro	Neurocirurgia
Cólon e reto	Gastrenterologia
Couro cabeludo	Dermatologia
Esófago	Gastrenterologia
Estômago	Gastrenterologia
Faringe	ORL
Fígado e vias biliares	Gastrenterologia
Fossas nasais	ORL
Glândulas salivares	ORL
Intestino Delgado	Gastrenterologia
Lábio	Estomatologia
Laringe	ORL
Leucemia	Hematologia
Linfoma	Hematologia
Mama	Cirurgia Geral
Medula espinhal	Neurocirurgia
Meninges	Neurocirurgia
Mieloma Múltiplo e doenças imunoproliferativas	Hematologia
Nervos cranianos	Neurocirurgia
Nervos periféricos	Cirurgia Geral
Olho e anexos	Oftalmologia
Osso	Ortopedia
Ouvido médio	ORL
Ovário	Ginecologia
Pálpera	Oftalmologia
Pâncreas	Gastrenterologia ou Cirurgia Geral
Pele	Dermatologia
Pénis	Urologia
Pleura	Pneumologia
Próstata	Urologia
Pulmão	Pneumologia
Rim	Urologia
Seios da face	ORL
Suprarrenal	Endocrinologia
Tecido conjuntivo e outros tecidos moles	Cirurgia Geral
Testículo	Urologia
Tiróide	Endocrinologia
Traqueia	Pneumologia
Trompas	Ginecologia
Tumores do estroma gastrintestinal (GIST)	Gastrenterologia ou Cirurgia Geral
Uretér	Urologia
Útero	Ginecologia
Vagina	Ginecologia
Vulva	Ginecologia

Nota: nas unidades hospitalares em que não existam as especialidades supramencionadas, bem como os doentes com sintomas constitucionais sugestivos de neoplasia e que não apresentem manifestações, ou alterações nos exames complementares, que façam suspeitar da localização primária do tumor, devem ser encaminhados para a consulta de Medina Interna.

4.6 Cancro do Pulmão. Rastreio

Foi tema abordado nas 4 reuniões do CCCDOA em 2019.

Tendo em conta que o cancro do pulmão é, atualmente, a segunda causa de morte por cancro a nível mundial.

Tendo em conta que o cancro, dos brônquios, traqueia e pulmão, de acordo com o registo oncológico dos Açores no quinquénio 2012/2016, ocupa o 1.º lugar na taxa padronizada de incidência por 100.000 habitantes (de 53,5), e uma taxa de sobrevivência relativa aos 5 anos de 10,0%, o CCCDOA entendeu ser da maior oportunidade desencadear um processo de avaliação/conceção/desenvolvimento de um novo programa de rastreio – o ROCPA (rastreio organizado de cancro do pulmão nos Açores) e de, eventualmente, apresentar uma proposta à tutela.

A primeira grande conclusão foi a de que, valia a pena! Todos os conselheiros concordaram que, face às conclusões de estudos internacionais credíveis, em grupos de alto risco o rastreio a esta patologia, traz ganhos significativos na descida da taxa de mortalidade e na subida na taxa de sobrevida. Os tumores do pulmão diagnosticados precocemente são passíveis de tratamento cirúrgico. O grande objetivo será alcançar um diagnóstico de cancro numa fase pré-clinica, podendo perspetivar-se numa taxa de sucesso de 70%.

Mas, alertaram os conselheiros, também em consenso que, este rastreio comporta custos muito elevados quer em recursos humanos especializados quer em recursos tecnológicos, quer financeiros sendo certo que os nossos hospitais não dispõem de condições para assegurar a necessária resposta e, sem ela, o rastreio não deve avançar.

Perante o entusiasmo de uma nova oportunidade e o receio da sua exequibilidade, decidiu-se prosseguir o estudo prévio para o submeter à consideração e decisão da tutela. Foi solicitado à Dr.ª Marisa Lobão que assumisse a liderança do processo, tendo esta constituído um grupo de colegas que apresentou um anteprojeto na última reunião 2019 do CCCDOA. Não foi, ainda, ultimada a parte relativa ao orçamento face às dificuldades de identificar qual a parcela dos serviços, quer em termos humanos quer em termos tecnológicos, que o SRS poderá prestar e qual a parte a adquirir no setor privado. Das diligências e avaliações já realizadas concluiu-se que a capacidade e disponibilidade do SRS é muito reduzida, o que onera, substancialmente, o orçamento. Dos contatos mantidos com o Sr. Diretor Regional de Saúde, foi-nos informado não existir cabimento no ORA 2020, já aprovado. Ficamos expetantes para que aconteça na próxima legislatura.

4.7 Rastreios Oncológicos

Foram abordados os 4 programas de rastreio quer em contexto de avaliação/monotorização geral, quer relativamente a questões específicas relevantes.

Neste relatório nos respetivos capítulos, esta abordagem será registada, programa a programa, a fim de evitar referências repetidas.

Iniciou-se uma nova forma de abordagem dos programas de rastreio, envolvendo os CA das USI e interlocutores locais de cada programa, reforçando compromissos para melhor se perceber as maiores dificuldades e aperfeiçoar com eventuais novas propostas para o modelo operacional. Uma dessas propostas ocorreu na reunião com a USISM, que propôs a adoção de horários acrescidos para o concelho de Ponta Delgada, onde se regista menor adesão. Embora esta proposta envolva substanciais alterações logísticas e financeiras, está a ser estudada a possibilidade de um ensaio, em 2020.

4.8 "Estudo Sobre Cancro nos Açores"

Para o desenvolvimento do Estudo acima referido, da responsabilidade da Secretaria Regional da Saúde, foi designada uma equipa coordenadora:

- Coordenação geral, Sr. Diretor Regional de Saúde, enf. º Tiago Lopes;
- Coordenação científica, Prof. Doutor Vitor Rodrigues, epidemiologista da FMUC;
- Coordenação operacional, Presidente do Conselho de Administração do COA.

Ao nível da coordenação operacional o executado em 2019, foi:

- Concretizadas as assinaturas dos protocolos de colaboração com a Universidade dos Açores (UA) e com a FMUC.
- O 1.º estudo parcelar "Incidência de Cancro na RAA foi concluído, culminando com a edição do livro "20 anos de RO na RAA". Todos os pagamentos protocolados foram executados.
- Para o 2.º estudo parcelar "Fatores de risco específicos para o cancro" foi concretizado a correção/aprovação (em reunião com a equipa coordenadora em 5 de julho 2019 na DRS); foi preparado o protocolo de colaboração com as USI para a execução do inquérito a 2500 açorianos, proporcionalmente repartidos por cada ilha e obtidas as respetivas assinaturas.
- Foi obtido um parecer favorável da comissão de ética do HH EPE.
- Foi designado encarregado de proteção de dados – Dr.ª Carina Patrícia Ventura Dias por despacho n.º 2038/2019, de 24 de dezembro, da Sr.ª Secretária Regional da Saúde. Em reunião com a Dr.ª Carina apresentamos proposta de consentimento

informado para a participação no “Inquérito” e outro para o tratamento de dados pessoais no “Estudo”.

4.9 Complemento Especial para a Deslocação de Doentes Oncológicos (CEDO)

Foi abordado e evidenciado vários aspetos pertinentes relativos a este apoio institucional a utentes com doença oncológica em processo de deslocação, nomeadamente:

- Será constitucional exigir a um utente a sua declaração de IRS?
- Interpretação divergente deste dispositivo legal entre os três hospitais, originando situações de injustiça relativa ora por excesso ora por defeito; utentes sem direito que beneficiam e utentes com direito que não beneficiam.
- Identificam-se outros utentes com níveis patológicos idênticos aos oncológicos, igualmente graves, que não beneficiam deste apoio.
- O DLR n.º 16/2015/A, de 17 de julho, é ambíguo e insuficiente quanto ao seu âmbito de aplicação, merecendo uma clarificação, reapreciação e aperfeiçoamento, nomeadamente na definição do conceito “doença oncológica ativa”.

  Opinou-se que, tratando-se de um decreto legislativo, só a Assembleia Legislativa Regional dos Açores (ALRA), poderá alterá-lo. Todavia, quer o Governo Regional quer a DRS, poderão atuar, emitindo um Decreto Regulamentar e/ou uma circular interpretativa, respetivamente. Até lá, foi entendimento consensual, que todos os Serviços do SRS deverão adotar uma interpretação flexível dos dispositivos legais, de forma a salvaguardar os direitos dos doentes oncológicos, i.é., todos terão direito ao CEDO.

5. AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DO PA 2019

O COA desenvolveu a sua atividade em 7 grandes programas, que mobilizaram todos os seus recursos humanos, financeiros, materiais, tecnológicos e parcerias disponíveis, a saber:

- Registo Oncológico nos Açores (ROA);
- Rastreio organizado de base populacional de cancro de mama nos Açores (ROCMA);
- Rastreio organizado de base populacional de cancro do colo do útero nos Açores (ROCCA);
- Rastreio organizado de base populacional de cancro do cólon e reto nos Açores (ROCCRA);
- Programa de Intervenção de Cancro da Cavidade Oral nos Açores (PICCOA);

- Rastreio prescritivo/oportunístico;
- Produção de exames imagiológicos *(mamografias e ecografias)*.

Nos mapas seguintes identificam-se e quantificam-se os serviços prestados (2017; 2018 e 2019) e os programas e ações que foram desenvolvidos em 2019 com a respetiva taxa de execução.

5.1 SERVIÇOS PRESTADOS

Designação	2017	2018	2019
1. Consultas	**8 608**	**6 255**	**5 872**
1.1 Médicas	*6 179*	*4 813*	*4 743*
1.1.1 Clínica médica	5 458	4 479	4 252
1.1.1.1 Medicina	4 868	3 952	3 707 a)
1.1.1.2 Radiologia			
- Observações da mama	590	527	545
1.1.2 Clinica Médico - Cirúrgica	721	334	491
- Dermatologia	721	334	491
1.2 De Enfermagem	*2 429*	*1 442*	*1 129*
2. Atos de diagnóstico	**47 408**	**62 890**	
2.1 Análises clínicas	8 074	3147	3076 b)
2.2 Citologias - De rastreio (ROCCA)	8 074	10 441	9 330
- Outras		68	-
2.3 Ecografias	809	714 c)	686 c)
2.4 Mamografias - De diagnóstico	590	527	545
- De rastreio (ROCMA)	12 394	15 633	11 698
- Leituras rastreio (ROCMA)	25 330	32 048	23 915
2.5 TAC	-	17	11
2.6 Ressonância		5	4
2.7 Biópsias	211	290 d)	201 d)
3. Atos de terapêutica	**414**	**244**	**442**
3.1 Pequenas cirurgias	183	244	309
3.2 Outros atos de terapêutica	231	-	133

a) Destas, 630 foram consultas indiretas não carregadas no *MedicineOne.*

b) Serviços requisitados a entidade externa (regime convenção).

c) Das quais 549 executadas no COA e 137 adquiridas a entidade externa.

d) Das quais 167 executadas pela dermatologia e 34 pela imagiologia.

5.2 PROGRAMAS E AÇÕES – EXECUÇÃO EM 2019

Cod.	Programa	Cod.	Ações	Execução
1	ROA/RON	1.1	Assegurar a coordenação do registo oncológico dos Açores	100%
		1.2	Assegurar todas as tarefas de apoio ao RON, estabelecidas na lei n.º 53/2017 de 14 de julho	0%
		1.3	Articular com as Unidades de Saúde do SRS abastecedoras dos dados ROA/RON	100%
		1.4	Incidência no ano de 2017, de cancro nos Açores.	0%
		1.5	Colaboração no "Estudo de Cancro nos Açores".	100%
		1.6	Apoio às solicitações dos investigadores, comunicação social e outras pessoas ou entidades.	100%
		1.7	Colaboração na monitorização dos programas de rastreio organizado ROCMA, ROCCA, ROCCRA e PICCOA	100%
		1.8	Apuramento atualizado da sobrevida dos cancros mais incidentes nos Açores entre 2000 e 2016.	0%
2	ROCMA	2.1	Programar/executar a 1.ª metade da 6.ª volta, por concelho/freguesia	100%
		2.2	Contratualizar serviços	100%
		2.3	Atualização dos protocolos de colaboração com os hospitais e USI	0%
		2.4	Envolver as juntas de freguesia, paróquias e farmácias, no processo de convocação/mobilização da população alvo elegível	100%
		2.5	Aperfeiçoar, junto das USI e Saudaçor, as listagens de utentes	80%
		2.6	Pugnar pelo cumprimento dos prazos das leituras dos exames e das consultas de aferição	80%
		2.7	Apurar e comunicar trimestralmente à DRS, Saudaçor e USIs os principais indicadores dos Programas	100%
		2.8	Assegurar a gestão centralizada da Plataforma Informática (SIRCM 2) e apoiar permanentemente os utilizadores	100%
		2.9	Articulação com a Saudaçor, na elaboração dos contratos programa/metas quantificadas ROCMA	100%
		2.10	Executar o controlo de qualidade dos manógrafos e estações de leitura	100%
		2.11	Substituir o mamógrafo UM2, com processador 18 x 24 cm, por outro com processador 24 x 30 cm	0%
		2.12	Preparar a informação para integrar o Relatório Nacional	100%
		2.13	Apurar os cancros de intervalo até dezembro de 2016	75%
		2.14	Proceder, no âmbito do CCCDOA, à avaliação/monotorização relativa ao ano anterior	100%
3	ROCCA	3.1	Programação/execução do 3.º ano da 3.ª volta	100%
		3.2	Assegurar a gestão centralizada da PI ROCCA e apoiar, permanentemente, os utilizadores	100%
		3.3	Acompanhar e estimular a execução, atempada, das consultas de aferição	100%
		3.4	Acompanhar; avaliar e estimular os registos na PI ROCCA	100%
		3.5	Atualizar os protocolos de colaboração com as USI	100%
		3.6	Atualizar o manual executivo	0%
		3.7	Articular com a Saudaçor na definição/quantificação das metas a atingir no âmbito dos contratos programa	100%
		3.8	Apurar os principais indicadores e informar a DRS, Saudaçor e USIs	100%
		3.9	Preparar a informação para integrar no Relatório Nacional	100%
		3.10	Proceder, no âmbito do CCCDOA, à avaliação/monotorização relativa ao ano anterior.	100%

(Continua)

(Continuação)

Cod.	Programa	Cod.	Ações		Execução
4	ROCCRA	4.1	Programar o rastreio em 2019, quer das tarefas a montante (USI), quer a jusante (hospitais), por freguesia		100%
		4.2	Campanha de informação/mobilização (infomail; cartaz; desdobrável)		100%
		4.3	Envolvimento nas tarefas de mobilização das juntas de freguesia, paróquias e farmácias		0%
		4.4	Assegurar a gestão centralizada da PI ROCCRA e apoiar, permanentemente, os utilizadores		100%
		4.5	Iniciar o programa nas ilhas São Jorge e Graciosa		100%
		4.6	Articulação com a Saudaçor na definição quantitativa da meta a atingir, no âmbito dos contratos programa		100%
		4.7	Acompanhar e estimular as consultas de aferição e registos na PI ROCCRA		100%
		4.8	Apurar os principais indicadores e comunicar trimestralmente à DRS, Saudaçor e USIs		100%
		4.9	Preparar a informação para integrar no Relatório Nacional		100%
		4.10	Proceder no âmbito do CCCDOA, â avaliação/monotorização relativa ao ano anterior		100%
5	PICCOA	5.1	Monotonizar a execução em 2018		100%
		5.2	Programar o PICCOA para 2019		100%
		5.3	Elaborar as listagens de utentes a rastrear em 2019		100%
		5.4	Assegurar a gestão centralizada da PI PICCOA e apoiar, permanentemente, os utilizadores		100%
		5.5	Apurar os principais indicadores e comunicar trimestralmente à DRS, Saudaçor e USIs		100%
		5.6	Manter campanha de informação/sensibilização		25%
		5.7	Acompanhar e estimular as consultas de aferição e registos na PI PICCOA		100%
		5.8	Preparar a informação para integrar o Relatório Nacional		100%
		5.9	Avaliar no âmbito do CCCDOA, o ano de 2018 e 1.ºs 9 meses de 2019		100%
6	ROCPA	6.1	Elaborar, no âmbito do CCCDOA, proposta de desenvolvimento do ROCPA		100%
		6.2	Elaborar o orçamento		25%
		6.3	Proposta/aprovação à tutela		50%
		6.4	Proposta despacho de aprovação à tutela e respetiva publicação em Jornal Oficial		50%
		6.5	Elaborar o 1.º esboço do Manual Executivo		0%
		6.6	Elaborar os protocolos de colaboração		0%
7	ESTUDO SOBRE CANCRO NOS AÇORES	7.1	Executar os protocolos de colaboração celebrados com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) e com a Universidade dos Açores (UA)		100%
		7.2	Elaborar os protocolos de colaboração a celebrar com as USI e HDES		75%
		7.3	Executar a gestão financeira das verbas do Plano afetas, nomeadamente os pagamentos contrapartida dos serviços prestados pelas entidades executantes		100%
		7.4	Acompanhar e prestar apoio logístico às equipas responsáveis por cada estudo setorial		100%
		7.5	Assegurar a integral coordenação operacional como membro designado para equipa Coordenadora de Estudo		100%
8	RASTREIO OPORTUNISTA	8.1	Medicina (consultas)	4743	109%
		8.2	Dermatologia (consultas)	491	109%
		8.3	Imagiologia (consultas)	545	109%
		8.4	Enfermagem (consultas)	1129	75%
9	EXAMES IMAGIOLÓGICOS	9.1	Mamografias de diagnóstico	545	109%
		9.2	Ecografias mamárias	591	88%
		9.3	Ecografias outras	95	80%
		9.4	Biópsias	201	80%

5.2.1 APOIO INSTRUMENTAL

Assegurou-se:

- A gestão dos recursos humanos e da contratualização de serviços;
- A conta gerência, o orçamento e respetivas alterações orçamentais e a execução e o controlo orçamental, bem como o registo contabilístico;
- A gestão e conservação do património;
- A manutenção, limpeza e higiene das instalações: Em 2019 realizaram-se importantes obras de beneficiação no edifício sede (reforço do sobrado da sala dos servidores e substituição parcial do teto. Perante a deteção de térmitas em algumas zonas, procedeu-se a uma desinfestação geral no teto do edifício e tetos falsos bem como no interior das paredes com "tabique";
- A manutenção dos equipamentos de acordo com os respetivos contratos;
- O plano e o relatório de atividades;
- O controlo de qualidade dos serviços prestados pelos programas de rastreio organizado e oportunístico;
- A gestão e reforço da capacidade dos sistemas informáticos do COA;
- A resposta, em articulação com o gabinete do SRS, às solicitações da comunicação social e requerimentos da ALRA;
- Procedeu-se à mudança do arquivo clínico de uma sala com sobrado, para uma sala em placa de betão.

5.3 DESPESAS POR PROGRAMA

As despesas 2019, repartidas pelos programas, foram:

Programas	Pessoal	Outras Despesas a)		Total
		Diretas	Indiretas	
R. Oportunístico	44 405,29	118 589,64	11 589,36	174 584,29
ROCMA	166 405,36	233 932,79	28 465,08	428 803,23
ROCCA	90 395,58	15 386,49	7 521,38	113 303,45
ROCCRA	126 139,79	41 417,93	11 913,79	179 471,51
ROA/RON	33 112,29	2 372,60	2 523,07	38 007,96
Imagiologia	32 116,36	35 271,83	4 795,03	72 233,22
PICCOA	47 508,38	11 352,84	4 185,19	63 046,41
Estudo Canc. Açores	14 045,47	29 638,00	3 106,01	46 789,48
ROCPA	14 396,50	-	-	14 396,50
Total	**568 575,02**	**487 962,12**	**740 098,91**	**1 130 636,05**

Se compararmos a orçamentação com a execução, por programa, obtemos:

DESPESAS POR PROGRAMA PREVISTO/EXECUTADO 2019								
Programas	Pessoal		Diretas		Indiretas		Total	
	Previsto (€)	Executado (€)	Previsto (€)	Executado (€)	Previsto (€)	Executado (€)	Previsto (€)	Executado (€)
R. Oport.	46 419,00	44 405,29	109 549,00	118 589,64	16 664,00	11589,36	172 632,00	174 584,29
ROCMA	197 957,00	166 405,36	256 670,00	233 932,79	31 293,00	28 465,08	485 020,00	428 803,23
ROCCA	94 336,00	90 395,58	23 395,00	15 386,49	11 279,00	7 521,38	129 010,00	113 303,45
ROCCRA	131 511,00	126 139,79	47 595,00	41 417,93	16 038,00	11 913,79	195 144,00	179 471,51
ROA/RON	42 467,00	33 112,29	4 595,00	2 372,60	4 289,00	2 523,07	51 351,00	38 007,96
Imagiologia	36 425,00	32 166,36	45 100,00	35 271,83	6 995,00	4 795,03	88 520,00	72 233,22
PICCOA	51 670,00	47 508,38	11 195,00	11 352,84	5 730,00	4 185,19	68 595,00	63 046,41
Estudo Canc. Açores	14 147,00	14 045,47	152 263,00	29 638,00	-	3 106,01	166 410,00	46 789,48
ROCPA	-	14 396,50	-	-	-	-	-	14 396,50
Total	**628 640,00**	**568 575,02**	**650 362,00**	**487 962,12**	**92 288,00**	**74 098,91**	**1 371 290.00**	**1 130 636,05**

Na relação previsto/executado 2019, se retirarmos a parte relativa ao "Estudo sobre Cancro nos Açores" (cuja execução depende de várias entidades) regista-se uma redução de cerca de 121 000 euros entre o previsto e o executado (cerca de 56 000€ no ROCMA; cerca de 16 000€ no ROCCA; cerca de 16 000 no rastreio oportunístico; cerca de 16 000 no ROCCRA e cerca de 13 000 no ROA).

DESPESAS POR PROGRAMA/COMPARAÇÃO 2018/2019								
Programas	Pessoal		Diretas		Indiretas		Total	
	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018
R. Oport.	44 405,29	44 059,99	118 589,64	99,954.40	11 589,36	6,513.56	174 584,29	150 527,95
ROCMA	166 405,36	161,184.32	233 932,79	261,029.41	28 465,08	19,330.31	428 803,23	441,544.04
ROCCA	90 395,58	107,752.85	15 386,49	17,284.30	7 521,38	5,655.25	113 303,45	130,692.40
ROCCRA	126 139,79	143,554.06	41 417,93	27,217.24	11 913,79	7,723.74	179 471,51	178,495.04
ROA/RON	33 112,29	18,056.13	2 372,60	129.00	2 523,07	822.49	38 007,96	19,007.62
Imagiologia	32 166,36	33,477.97	35 271,83	48,355.41	4 795,03	3,701.20	72 233,22	85,534.58
PICCOA	47 508,38	52,350.41	11 352,84	13,039.58	4 185,19	2,957.49	63 046,41	68,347.48
Estudo Canc. Açores	14 045,47	5,178.00	29 638,00	47,736.92	3 106,01	-	46 789,48	-
ROCPA	14 396,50	-	-	-	-	-	14 396,50	-
Total	**568 575,02**	**565 613,73**	**487 962,12**	**514,746.26**	**74 098,91**	**46,704.04**	**1 130 636,05**	**1 074 149,11**

O ano de 2019, tal como 2018, esteve submetido a medidas rigorosas de controlo e redução de despesa, rubrica a rubrica.

Em termos globais, se retirarmos os programas não previstos (Estudo s/cancro e ROCPA) denota-se uma grande consistência na manutenção da estrutura da despesa – foi em 2019 a mesma que 2018.

6. AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO PLANO DE ATIVIDADES DE 2019

6.1 REGISTO ONCOLÓGICO NOS AÇORES (ROA)

6.1.1 HISTÓRICO

- O Registo Oncológico Regional dos Açores (RORA) foi criado pela Portaria n.º 36/93, de 15 de julho, do Secretário Regional da Saúde e Segurança Social.

  Estabelece aquele diploma que a coordenação do RORA é da competência do COA, cabendo aos Hospitais Regionais e aos Centros de Saúde o fornecimento da respetiva informação, a par de outras entidades públicas e privadas.

  Pela Autorização n.º 157/2008, de 21 de janeiro, a Comissão Nacional de Proteção de Dados permitiu, oficialmente, ao COA a recolha e o registo de dados confidenciais de saúde, objeto daquele Registo.

  De forma gradual, o COA dotou-se dos recursos humanos, técnicos e científicos para a execução, o crescimento e o desenvolvimento do projeto RORA.

  Vimos pugnando pela uniformização das metodologias de organização, recolha e tratamento da informação, respeitando, na íntegra, as recomendações da European Network of Cancer Registries, conforme publicado em Standards and Guidelines for Cancer Registration in Europe (Tyczynski et al, 2003);
- Em 2010, procedeu-se à contratação, por tempo indeterminado, de um técnico superior especificamente para o Registo Oncológico – Dr. Gonçalo Forjaz com habilitação de mestrado em RO. Ao longo dos anos este colaborador frequentou várias ações de formação, com apoio de bolsas, em centros estrangeiros especializados facto que, contribuiu para a qualidade, a exaustividade e o desenvolvimento do RORA;
- Em 2011 foi editado em livro e publicado no Portal do Governo dos Açores o RORA relativo à década 1997/2006;
- Em 2012 o RORA concretizou alguns objetivos importantes e foi convidado a submeter os seus dados para alguns estudos/projetos internacionais, nomeadamente o RareCareNet e o CONCORD-2.
- A base de dados do RORA, inicialmente construída como um Sistema de Gestão de Base de Dados Relacional Oracle 9 e disponibilizado em ambiente Web, foi completamente re-estruturada dado que se procedeu à migração do seu conteúdo para uma nova plataforma de registo de cancro, o CanReg-5, desenvolvida pela International Association of Cancer Registries e disponibilizada aos registos de cancro de base populacional membros da IACR, como é o caso do RORA.

- Em 2012 o RORA tornou-se membro da Global Initiative for Cancer Registry Development in Low- and Middle-Income Countries (GICR). Foi, também, aceite para publicação na Revista Brasileira de Epidemiologia o primeiro artigo científico com dados do RORA cujo título é "Cancer in the Azores: Initial results from a recently established population-based cancer registry."
- Com a colaboração do HDES, foi feito um levantamento exaustivo de todos os casos de cancro de mama na mulher diagnosticados na ilha de São Miguel entre 1982 e 2010. Esta informação foi complementada com a proveniente de outras fontes, nomeadamente certificados de óbito e registos oncológicos regionais do Continente. Deste levantamento resultou a publicação de um relatório científico "Breast Cancer on São Miguel Island, Azores 1982-2010: trends in incidence, survival and mortality", elaborado pelo Dr. Gonçalo Forjaz.
- Foi apresentada uma proposta de revogação da Portaria nº 36/93, de 15 de julho, visando atualizar, aperfeiçoar e facilitar o modelo operacional do RORA.
- Em 2012, ao invés do programado, não foi possível a publicação da incidência de cancro no triénio 2007/2008/ 2009, nem a publicação da incidência do cancro no período 1990/2009 (20 anos) ações 5.1 e 5.2 em virtude do HSEIT não ter fornecido a informação a que estava, legalmente, obrigado.
- Em 2013 o Registo Oncológico Regional dos Açores (RORA) publicou os dados de incidência do cancro no período 2007-2011.

  Os dados do RORA foram disponibilizados no portal do Serviço Regional de Estatística dos Açores (**http://estatistica.azores.gov.pt/**), bem como no *European Cancer Observatory* (**http://eco.iarc.fr/**). O RORA submeteu os seus dados a vários estudos e projectos. A nível nacional destaca-se a participação no Registo Oncológico Nacional 2007, editado pelo Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE. A nível internacional destaca-se a participação no CONCORD-2, estudo liderado pela *London School of Hygiene & Tropical Medicine* e referente à sobrevivência por cancro nos 10 tumores mais frequentes a nível global. Também em 2013 foram conhecidos os primeiros resultados de um importante estudo europeu no qual o RORA participou – EUROCARE-5 (**http://www.eurocare.it/**) –, publicados na revista *Lancet Oncology* e referentes à sobrevivência por cancro na Europa entre 2000 e 2007. Foram, também, divulgados os resultados do Volume X do *Cancer Incidence in Five Continents* (**http://ci5.iarc.fr/CI5-X/ci5-X.htm**), considerada a publicação científica de referência para os registos oncológicos de base populacional. O RORA foi o único registo português aceite neste Volume.

  Com o apoio do *Joint Research Center* (JRC), Ispra, Itália o responsável pelo RORA, Dr. Gonçalo Forjaz, participou na 35ª Conferência Anual da *International Association of Cancer*

Registries que teve lugar em Buenos Aires, Argentina entre 22 e 24 de outubro, apresentando, para o efeito, uma comunicação oral intitulada *Breast Cancer in the Azores 1984-2011: incidence, survival and mortality previous to a screening programme.* Também com o apoio do JRC, participou no curso *Paediatric Oncology for Cancer Registries* organizado pela *International Agency for Research o Cancer*, Lyon, França entre 25 e 29 de novembro.

- Em 2014 foram dados a conhecer na revista científica *Lancet* (Vol. 385, p. 977-1010) os primeiros resultados da "sobrevivência" por cancro a nível global no âmbito do CONCORD-2, estudo internacional liderado pela *London School of Hygiene & Tropical Medicine* e no qual o RORA participou com a submissão de 6013 casos de cancro. Nos Açores, os cancros a apresentar melhor sobrevida aos 5 anos no período 2005-2009 foram os da próstata no homem (86.3%) e da mama na mulher (79.3%). Pelo contrário, os cancros mais letais foram os do fígado (6.5%) e do pulmão (7.9%). Estes foram os primeiros dados de "sobrevivência" por cancro a serem conhecidos para a Região.
- Com o objetivo de dar a conhecer não só os dados do RORA, mas também os resultados dos programas de rastreio de base populacional (ROCMA, ROCCA e ROCCRA) e, finalmente, de sensibilizar para os principais fatores de risco e medidas de prevenção, iniciou-se, em finais de 2014, a publicação de "Comunicados", divulgados pelos principais órgãos de comunicação social bem como por todos os funcionários da administração pública regional. Em outubro foi publicado o primeiro destes comunicados subordinado ao tema "cancro de mama", visto ser o mês internacional de sensibilização para esta patologia. Em dezembro e por ocasião da publicação dos resultados do CONCORD-2, publicou-se um comunicado referente à "sobrevivência" por cancro nos Açores.

Cooperação internacional

O Dr. Gonçalo Forjaz (responsável técnico e operacional do RORA) colaborou no lançamento/desenvolvimento do RO nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP's), a saber:

- Ministrou curso intensivo de introdução ao registo de cancro, com a duração de duas semanas, em Luanda, em parceria com o Centro nacional de Oncologia Angolano;
- Ministrou curso intensivo de introdução ao registo de cancro, com a duração de duas semanas, em Maputo, em parceria com a African Cancer Registries Network – (AFRCN);
- Moderou mesa redonda sobre os registos de cancro nos PALOP's, aquando do I Congresso Nacional de Epidemiologia e Registo de Cancro, organizado conjuntamente

pelos 4 registos oncológicos portugueses, no Porto. Neste mesmo congresso, ministrou mini-curso de um dia relativo à "introdução do registo de cancro";

- Em 2015, a convite da AFRCN, realizou uma visita técnica a Moçambique e a Cabo Verde, com vista à avaliação do estado do registo de cancro nestes dois PALOP's – entre 8 e 12 de maio 2015 a Moçambique e entre 5 e 8 de outubro a Cabo Verde. Foram produzidos os relatórios técnicos e submetidos, em inglês, ao AFCRN.
- Na semana de 29 de fevereiro a 4 de março de 2016, foi ministrado em Cabo Verde um curso de formação para os futuros técnicos registadores, com o patrocínio da ACRN, integrada no Programa de Prevenção e rastreio de Cancros da Direção Nacional de Saúde de cabo Verde.
- O RORA colaborou no preenchimento de um importante questionário desenvolvido conjuntamente pelo *Joint Research Center* e a *European Network of Cancer Registries* (ENCR), distribuído por todos os registos oncológicos europeus. O questionário visava conhecer as práticas de registo a nível europeu, pugnando por uma uniformização destas mesmas práticas entre todos os registos membros da ENCR, para facilitar e simplificar o processo de submissão de dados a estudos internacionais como o EUROCARE e o CONCORD. Do preenchimento do questionário resultou a publicação "A proposal on cancer data quality checks: one common procedure for European cancer registries", que se encontra disponível *on-line* (**http://www.encr.eu/**).

Apresentações públicas

No âmbito do Dia Mundial do Cancro – 4 de fevereiro, foi apresentado no Solar dos Remédios o relatório "Cancro nos Açores – Incidência, Mortalidade e Sobrevivência", com os dados oficiais da incidência do cancro na Região entre 1997 e 2011, de mortalidade entre 1981 e 2012 e de sobrevivência entre 2000 e 2009. Os dados da sobrevivência resultam da colaboração do RORA no estudo internacional CONCORD-2, tendo sido publicados na revista científica Lancet (Vol. 385, p. 977-1010).

O Presidente do COA e o Responsável Técnico e Operacional do RORA participaram, em direto, em programa televisivo da RTP Açores alusivo à problemática oncológica na Região.

Relatórios e Comunicados

Em 2015 foi publicado o relatório "Registo Oncológico Nacional 2009", que resultou da colaboração dos quatro registos oncológicos de base populacional portugueses (ROR-SUL, RORENO, ROR-CENTRO e RORA), com publicação da responsabilidade do Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil, EPE.

Foram publicados 4 comunicados, divulgados pelos principais órgãos de comunicação social bem como por todos os funcionários da Administração Pública regional, com informação das estatísticas de incidência, mortalidade e sobrevivência na Região, os fatores de risco associados à doença e as principais formas de deteção precoce.
Em março, alusivo ao "Mês Europeu da Luta Contra o Cancro do Intestino", em maio para assinalar o "Dia Mundial Sem Tabaco – 31 de maio", em setembro referiu-se à "Semana Europeia das Doenças da Próstata – 14 a 20 de setembro" e em novembro "Mês de Sensibilização para o Cancro do Pulmão".
Em 2016, produziram-se dois comunicados. O primeiro em fevereiro, no âmbito do "Mês de sensibilização do cancro do pulmão" e alusivo a um dos cancros mais frequentes nos Açores – o cancro de pulmão e, o segundo, em junho, por ocasião da chegada do Verão e alusivo ao cancro de pele.

Publicações científicas

Foram publicados vários estudos na revista científica European Journal of Cancer (Vol. 51) referentes aos resultados do EUROCARE-5, estudo europeu coordenado pelo Instituto Superiore di Sanità, em Roma. O RORA participou com os seus dados.

Foi, também, publicado o Registo Oncológico Nacional 2010 (disponível em **www.roreno.com.pt/**), que resulta de uma colaboração conjunta dos quatro registos oncológicos Portugueses (ROR-SUL, RORENO, ROR-CENTRO e RORA). Foram prestadas informações e emitidos pareceres ao Ex.mo Secretário Regional da Saúde relativos à Proposta de Lei n.º 33/XIII, que visa criar e regular o Registo Oncológico Nacional.
Em abril 2016 foi concedida ao Dr. Gonçalo Forjaz uma bolsa Fulbright de investigação para realização de um estágio de nove meses no National Cancer Institute, Estados Unidos da América (EUA). Por último, em 2016 o RORA participou em mais uma edição do CONCORD, o estudo internacional de sobrevivência por cancro liderado pela London School of Hygiene and Tropical Medicine. Nesta terceira edição, submetemos um total de 10 268.

O facto mais relevante em 2017 foi a publicação da Lei n.º 53/2017, de 14 de julho que cria e regula o Registo Oncológico Nacional (RON).
Antes da aprovação deste diploma foram promovidas várias diligências junto da tutela no sentido de salvaguardar as nossas prorrogativas autonómicas, mantendo a nossa possibilidade de aceder a toda a informação relativa aos casos e estatística dos Açores. Essa salvaguarda

ficou plasmada no n.º 4, do art.º 3.º daquele diploma. Os dados são integrados no RON e carregados, diretamente, pelas fontes informativas (sobretudo hospitais) numa PI única.
Com a publicação desta lei, o RORA deixou de existir a partir de 1 de janeiro 2018.

Em 2017 ocorreu uma importante mudança no processo de fornecimento de informação para o registo. O HSEIT empenhou-se num processo colaborativo tendo-se, no final do ano, ultrapassado as dificuldades anteriores.
O responsável operacional pelo nosso registo esteve ausente, por se encontrar sob o estatuto de bolseiro. Todavia, as dificuldades geradas por essa ausência, foram minimizadas por colaboração remota, sempre que solicitada.

O facto mais relevante em 2018 foi o apuramento da taxa padronizada de incidência para um período de 5 anos (2012 a 2016) que culminou com a edição de um livro “20 anos de registo oncológico nos Açores”.
Foram dados os primeiros passos para, nos termos da lei n.º 53/2017, de 14 de julho, a Região integrar-se no RON. O COA promoveu uma ação de formação de 28 horas, em Angra do Heroísmo, nos primeiros dias de julho, destinada aos futuros registadores em cada hospital dos Açores, que contou com dois formandos do HSEIT e HH cada; com um formando do HDES e COA, cada. Nessa altura a Coordenadora Nacional do RON, Dr.ª Ana Miranda, deslocou-se à Terceira e completou aquela formação com mais 12 horas formativas relativas à utilização da plataforma informática RON, aos mesmos destinatários.

O Presidente do CA do COA, foi designado pela DRS, como Coordenador Regional para o RON que, por seu turno, designou o Dr. Gonçalo Forjaz, como coordenador operacional. Foi solicitado a cada CA dos hospitais do SRS a designação de um coordenador médico e de dois registadores. O HH designou a Dr.ª Gizela Rocha e, como registadoras as assistentes técnicas; Carla Rodrigues e Alfredina Almeida. O HSEIT designou a Dr.ª Alexandra Freitas e, como registadoras as assistentes técnicas Telma Duarte e Iva Mendonça e o HDES não designou coordenador médico, designando, apenas uma registadora, a assistente técnica Patrícia Arsénio.

6.1.2 ROA 2019

Das 8 ações inscritas no PA 2019 no programa ROA/RON, 6 foram integralmente cumpridas e 2 incumpridas:

- Ação 1.4 “Calcular a incidência no ano de 2017, de cancro nos Açores” porque nem o HDES, nem o HSEIT facultaram a informação solicitada;
- Ação 1.8 “Apurar a taxa de Sobrevida nos cancros mais incidentes, entre 2000 e 2016” por insuficiência de informação.

6.2 PROGRAMAS ORGANIZADOS DE RASTREIO DE BASE POPULACIONAL

No mapa seguinte reúne-se informação pertinente (data de início; teste base; periodicidade e população alvo convocável) para os 4 programas de rastreio oncológico, organizados e de base populacional.

6.2.1 RASTREIOS ONCOLÓGICOS NA RAA. INFORMAÇÕES RELEVANTES

RASTREIOS ORGANIZADOS DE BASE POPULACIONAL	DATA DE INÍCIO	TESTE BASE	PERIODICIDADE (VOLTAS)	POPULAÇÃO ALVO CONVOCÁVEL
ROCMA	janeiro 2009	Mamografia	2 em 2 anos	40.000 Mulheres na faixa etária 45/74 anos
ROCCA	abril 2010	Citologia Ginecológica. A partir de 2020, inclusivé, passará a ser HPV (virus do Papiloma humano)	3 em 3 anos no caso da citologia. 5 em 5 anos no caso do HPV	67.000 Mulheres na faixa etária 25/64 anos
ROCCRA	2014 - Faial 2015 - Pico, Flores e Corvo 2016 - São Miguel e Santa Maria 2018 - Terceira 2019 - São Jorge, Graciosa	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes	2 em 2 anos	68000 Homens e Mulheres na faixa etária 50/74 anos
PICCOA	janeiro 2017	Visualização direta à Cavidade Oral por Médico Dentista	5 em 5 anos	120.000 Homens e Mulheres na faixa etária 40/74 anos (inclui também população de risco).

Ao longo dos anos de 2011, 2012 e 2013 decorreram várias etapas dos trabalhos preparatórios para a conceção/arranque do ROCCRA, abrangendo homens e mulheres na faixa etária 50/69 anos (a partir de 2015, 50/74 anos) envolvendo o COA, a COR e os diretores de serviço de gastrenterologia dos 3 hospitais regionais.

Em 2014 iniciou-se o ROCCRA, em experiência piloto, na ilha do Faial.

Em 2016, após várias reuniões com o CA do HDES, deu-se início ao ROCCRA nas ilhas de São Miguel e Santa Maria sendo a aferição assegurada em regime de Convenção sob a responsabilidade do HDES que se deparava com várias limitações que, de ano para ano, vinham inviabilizando o arranque: Insuficiência de resposta do Serviço de Gastrenterologia; dificuldades de disponibilização de espaços físicos e de equipamento e insuficiente resposta de equipas de apoio, sobretudo de enfermagem.

Em 2017 decorreram insistentes diligências para o início do ROCCRA, na Terceira, São Jorge e Graciosa. O HSEIT investiu na aquisição de equipamento e conseguiu um modelo

organizacional específico para poder responder às exigências do programa no que respeita à aferição e acompanhamento. Foi consensualizado e programado o arranque em janeiro de 2018.

O PICCOA foi aprovado pelo despacho n.º 1298/2016, de 30 de junho, do Secretário Regional da Saúde. Em 2016 ultimou-se o respetivo manual executivo e uma nova plataforma informática e celebraram-se protocolos de colaboração com as 9 USI e 3 hospitais do SRS.
O PICCOA teve início a 30 de janeiro de 2017.

6.2.2 CANCROS DETETADOS E SITUAÇÕES PRÉ-MALIGNAS

O grande objetivo dos programas organizados de rastreio oncológico é a deteção precoce de patologia oncológica, maligna e pré-maligna. Volvidos 11 anos de rastreio ao cancro da mama, 10 anos ao cancro do colo do útero, 6 anos ao cancro do cólon e reto e 3 anos ao cancro na cavidade oral, os “macro” resultados resumem-se no quadro seguinte:

CENTRO DE ONCOLOGIA DOS AÇORES
PROF. DOUTOR JOSÉ CONDE

RASTREIOS ONCOLÓGICOS
CANCROS DETETADOS E SITUAÇÕES PRÉ-MALIGNAS

VOLTAS	ROCMA	ROCCA		ROCCRA		PICCOA		TOTAL	
	Cancros	Cancros a)	Lesões Major b)	Cancros	Pólip. Pré- Malig. b)	Cancros	Acomp. Hosp. b)	Cancros a)	Lesões Pré-Malig. b)
1.ª V.	75	6	122 d)	49	356	11 c)	142	**141**	**620**
2.ª V.	73	11	87 e)	24 c)	152 c)	-	-	**108**	**239**
3.ª V.	98	9 c)	114 f) c)	-	-	-	-	**107**	**114**
4.ª V.	99	-	-	-	-	-	-	**99**	**-**
5.ª V.	109	-	-	-	-	-	-	**109**	**-**
6.ª V.	31 c)	-	-	-	-	-	-	**31**	**-**
TOTAL	**485**	**26 c)**	**323 c)**	**73 c)**	**508 c)**	**11 c)**	**142 c)**	**595**	**973**

Fonte: COA **12/31/2019**

a) Não inclui cancros in-situ;
b) Lesões Pré-malignas;
c) Dados provisórios. Processos em curso;
d) Dos quais 17 cancros in-situ;
e) Dos quais 15 cancros in-situ;
f) Dos quais 9 cancros in-situ.

6.2.3 PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO

Os 4 programas de rastreio oncológico estão integrados no processo de contratualização (contratos programa) celebrados entre a DRS e cada USI (o PICCOA teve início só em janeiro de 2019).

O indicador eleito como meta a atingir é a taxa de participação populacional (quociente rastreados/rastreáveis).

As metas anuais a atingir em cada programa, são propostas pelo COA à DRS e fixadas em processo negocial entre esta e cada USI. As propostas são anuais e concebidas tendo em conta a produção e a produtividade de cada USI, registadas nas plataformas informáticas de cada programa.

Podem variar de USI para USI consoante o histórico e os seus recursos disponíveis.

De uma maneira geral, as propostas têm sido aceites pelas partes envolvidas. Em 2019, em cumprimento das ações programadas no PA (2,9; 3,7; 4,7 e 5,5) a proposta do COA foi a seguinte:

CENTRO DE ONCOLOGIA DOS AÇORES
PROF. DOUTOR JOSÉ CONDE

PROPOSTA DE METAS PARA CONTRATUALIZAÇÃO EM 2019 DOS PROGRAMAS ORGANIZADOS DE RASTREIO NO SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

USI	TAXA DE PARTICIPAÇÃO POPULACIONAL				OBSERVAÇÕES
	ROCMA %	ROCCA %	ROCCRA %	PICCOA %	
CORVO	100	100	65	90	• A taxa de participação populacional calcula-se pelo quociente rastreados/rastreáveis; • Na última linha identificam-se as taxas globais de participação de cada programa em 2018; • Fixam-se valores mínimos a alcançar para cada programa (75% para o ROCMA; 55% para o ROCCA; 50% para o ROCCRA e 30% para o PICCOA); • As metas variam nalguns programas e ilhas, tendo em conta as metas alcançadas no ano anterior. Não faz sentido fixar uma meta inferior à alcançada no ano anterior.
FLORES	75	55	50	60	
FAIAL	80	55	50	50	
PICO	85	75	50	50	
SÃO JORGE	85	60	50	60	
GRACIOSA	90	55	50	60	
TERCEIRA	75	55	50	30	
SÃO MIGUEL	75	55	50	30	
SANTA MARIA	85	85	55	60	
TOTAL	**71**	**46**	**30**	**25**	

Fonte: COA

6.2.4 PRINCIPAIS INDICADORES DOS 4 PROGRAMAS DE RASTREIO ONCOLÓGICO EM 2019

No mapa seguinte identificam-se os 10 indicadores habituais, dos 4 programas relativos ao ano de 2019:

PROGRAMAS ORGANIZADOS DE RASTREIO EM 2019 - INDICADORES

CENTRO DE ONCOLOGIA DOS AÇORES PROF. DOUTOR JOSÉ CONDE

	Cancro de Mama ROCMA	Cancro do Colo do Útero ROCCA	Cancro Cólon e Reto ROCCRA	Cancro da Cavidade Oral PICCOA
População rastreável no ano (1)	16080	21372	30455	23241
População convocada (2)	16080	9822	30455	22655
População rastreada (3)	11688	9213	8740	7283
Taxa de participação populacional(4)	72.7%	43.1%	28.7%	31.3%
Taxa de cobertura geográfica (5)	100%	100%	100%	100%
Taxa de adesão (6)	72.7%	93.8%	28.7%	32.1%
Consulta de aferição (7)	279	215	483	218
Taxa de aferição (8)	1.6%	2.4%	5.5%	3%
Lesões pré-malignas (9) a)	-	114	125	140
Cancros (10) a)	31	2	14	11

(1) População alvo elegível em 2019, após expurga das situações de exclusão;

(2) População convocada;

(3) População que efetuou o exame de referência para rastreio (mamografia no ROCMA; citologia no ROCCA; pesquisa de sangue oculto nas fezes no ROCCRA e consulta com médico dentista no PICCOA);

(4) Quociente (3)/(1);

(5) Quociente n.º USIs com rastreio/n.º total USIs;

(6) Quociente (3)/(2);

(7) N.º de casos referenciados para consulta de avaliação;

(8) Quociente (7)/(3);

a) Dados provisórios.

De entre estes indicadores, destacam-se os últimos 2 (lesões pré-malignas e cancros detetados) que traduzem o principal resultado dos programas de rastreio, desde o seu início.

6.2.5 RASTREIO DE CANCRO DE MAMA (ROCMA)

6.2.5.1 HISTÓRICO

O ROCMA tem uma taxa de cobertura geográfica de 100%.

Na 1.ª volta (2009/2010), foram executadas 19 129 mamografias, registando uma taxa de participação de 51,4% da população alvo elegível. Trata-se de uma taxa considerada muito aceitável para a 1.ª volta de um qualquer programa de rastreio de base populacional.

Para a 2.ª volta, que teve início em 1 de janeiro de 2011, fixou-se como grande meta atingir os 60% de taxa de participação. Concluída a 2.ª volta, a 31 de dezembro de 2012, atingimos 62,3% (23 691 mulheres rastreadas).

No arranque da 3.ª volta (2013 e 2014), fixou-se a meta dos 65%. Concluída a 3ª volta a referida taxa cifrou-se em 71,4%.

Os resultados, consistentes, da 1.ª volta a que acresceram algumas medidas de melhoria no processo de convocação/mobilização (reforço da credibilização perante a população alvo e perante os profissionais de saúde; permanente empenho dos colaboradores; melhoria, gradual, do modelo operacional e da aplicação informática; circular normativa da Direção Regional de Saúde relativa à prescrição no SRS de exames mamográficos; inclusão, nas metas a atingir, nos contratos-programa para o abastecimento financeiro das USI, por parte da Saudaçor; reforço dos contatos personalizados nas reconvocatórias; spot televisivo; envolvimento das farmácias, paróquias e órgãos de comunicação social local; etc), estão na base deste resultado.

As consultas de aferição e controlo do ROCMA ocorrem nos hospitais (HDES; HSEIT e HH).

Em 2014, o ROCMA passou a dispor de mamógrafos com tecnologia digital direta, nas 2 unidades móveis que executam as mamografias de rastreio, reforçando os níveis qualitativos do programa (redução de radiação X em cerca de 45%).

Em finais de 2015 ocorreu um grave acidente de trânsito com a UM1 obrigando a uma grande reparação com upgrade tecnológico e a suspensão de atividade por período prolongado. Por isso, a conclusão da 4.ª volta na ilha de São Miguel só ocorreu em março de 2017 (3 meses de atraso, a recuperar na 5.ª volta).

Desde 2015 vimos propondo a inclusão no Plano de Investimentos da Saúde a substituição do mamógrafo da UM1 com processador 18 x 24 cm, por um mamógrafo com processador 24 x 30 cm para evitar maior volume de “disparos” (incidências) nas

mulheres com maior volume de mama, visando menor radiação X e maior rapidez e segurança das leituras. Infelizmente, ainda não ganhou prioridade nas opções do Plano.

Em 2019, ocorreram duas situações de licença por gravidez de risco e/ou por maternidade, nas nossas TSDT, originando um atraso na programação (execução das mamografias de rastreio, a recuperar em 2020.

6.2.5.2 EVOLUÇÃO POR VOLTA

Apresenta-se, igualmente, um mapa com a evolução dos indicadores quantitativos relevantes, volvidas as 1.as 5,5 voltas do ROCMA (11 anos de vida do programa cada volta tem 2 anos, sendo que a 6.ª volta vai a meio – ano de 2019):

ROCMA - EVOLUÇÃO (2009/2019)

INDICADORES	1.ª Volta 2009/2010	2.ª Volta 2011/2012	3.ª Volta 2013/2014	4.ª Volta 2015/2016	5.ª Volta 2017/2018	6.ª Volta 2019 a)
(1) Rastreáveis	37202	38001	38123	39227	41391	16080
(2) Rastreadas	19129	23691	27299	29523	29822	11688
(3) Taxa Participação Populacional (%)	51.4%	62.3%	71.6%	75.3%	72%	72.7%
(4) Consultas de Aferição	1862	1325	834	957	824	279
(5) Taxa Aferição (%)	9.7%	5.6%	3.1%	3.2%	2.8%	1.6%
(6) Cancros	75	73	98	99	109	31b)

Fonte: COA

a) Primeiro ano da 6.ª volta (ano 2019)

b) Dados provisórios. Procesos em curso

(3) = (2) / (1)

(5) = (4) / (2)

6.2.5.3 CANCROS DETETADOS POR VOLTA E ILHA

Através do ROCMA, foram detetados em 11 anos (5,5 voltas), 485 cancros de mama, na sua esmagadora maioria em estado precoce, repartidos pelo mapa seguinte.

ROCMA - CANCROS DETETADOS POR VOLTA E ILHA

	1.ª volta (2009/2010)			2.ª volta (2011/2012)			3.ª volta (2013/2014)			4.ª volta (2015/2016)			5.ª volta (2017/2018)			6.ª volta 2019		
	Rastreadas	Cancros	%	Rastreadas	Cancros	%	Rastreadas	Cancros	%	Rastreadas	Cancros	%	Rastreadas	Cancros	%	Rastreadas	Cancros	%
St.ª Maria	685	1	**1.33**	751	1	**1.37**	801	3	**3.06**	830	3	**3.03**	848	1	**0.9**	849	-	
S. Miguel	9046	36	**48.00**	11193	16	**21.92**	13423	38	**38.78**	14646	32	**32.32**	14601	63	**57.8**	4426	18	
Terceira	5270	19	**25.33**	5989	27	**36.99**	6760	36	**36.73**	7437	43	**43.43**	7632	26	**23.9**	5344	12	
Graciosa	505	4	**5.33**	550	-	-	554	6	**6.12**	602	3	**3.03**	590	3	**2.8**	588	1	
S. Jorge	893	6	**8.00**	1095	9	**12.33**	1294	4	**4.08**	1288	8	**8.08**	1336	4	**3.7**	-	-	
Pico	1132	4	**5.33**	2032	12	**16.44**	2168	3	**3.06**	2229	5	**5.05**	2175	2	**-**	-	-	
Faial	1241	4	**5.33**	1688	8	**10.96**	1891	8	**8.16**	2046	5	**5.05**	2090	9	**8.3**	-	-	
Flores	342	1	**1.33**	370	–	–	385	–	–	422	–	–	431	1	**0.9**	436	-	
Corvo	15	–	–	23	–	–	23	–	–	23	–	–	30	-	**-**	45	-	
TOTAL	**19129**	**75**	**100**	**23691**	**73**	**100**	**27299**	**98**	**100**	**29523**	**99**	**100**	**29733**	**109**	**98**	**11688 a)**	**31 b)**	

a) Refere-se, apenas, a 2019, com um atrazo de cerca de 3 meses;
b) Dados Provisórios. Processos em curso.

6.2.5.4 DEMORA MÉDIA ENTRE ETAPAS

A nova plataforma informática SIRCM2 instalada em janeiro de 2017 e desenvolvida em parceria com a Liga Portuguesa Contra o Cancro, trouxe um contributo relevante no apuramento estatístico do programa com visível melhoria do seu acompanhamento, avaliação, monitorização.

Fruto desse ganho, apresenta-se mapa com demoras médias, em dias úteis, das etapas: Mamografia / leitura; leitura +/ aferição; aferição / resultado da aferição; resultado / Aferição / encaminhamento; rastreio / 1.ª consulta hospitalar e aferição / 1.ª consulta hospitalar:

ROCMA - Demora média das etapas (2017, 2018, 2019)

INTERVALOS	TEMPOS (dias úteis)									GUIDELINES
	2017			2018			2019			
Mamografia → Leitura	15,31			14,10			13,82			15
	Envio aferição			Consulta de Aferição						Envio aferição
	2017	2018	2019	2017	2018	2019				
Leitura + → Aferição	16,37	16,69	12,19	16,12	16,74	12,81				5
Leitura R3 → Aferição	17,08	17,76	12,38	16,79	17,80	13,19				-
Leitura R4/R5 → Aferição	11,24	12,89	11,21	11,32	13,04	10,64				-
	2017			2018			2019			
Consulta Aferição → Resultado Aferição	2,78			2,88			3,9			5
Resultado Aferição → Encaminhamento	1,42			1,66			2,38			-
	Total			Benigno			Maligno			Total
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	
Rastreio → 1.ª Consulta Hospitalar	69,91	57,51	49,65	81,71	66,25	62,20	58,41	50,99	46,17	-
Aferição → 1.ª Consulta Hospitalar	29,47	22,45	8,61	36,94	26,90	5,60	22,77	19,33	9,44	-

Fonte: COA (PI do ROCMA - SIRCM 3)

Esta informação refere-se ao todo regional.

Se compararmos a evolução 2017/2019, ou 2018/2019, conclui-se existir uma melhoria das demoras médias em todos os indicadores.

Se compararmos os nossos resultados com os recomendados pelas *guidelines* europeias para este tipo de rastreio, conclui-se que, no que respeita ao período médio que decorre entre a execução da mamografia de rastreio e a sua leitura estamos bem, tal como acontece no intervalo consulta de aferição → resultado de aferição → encaminhamento.

Todavia, no intervalo leitura + → aferição, ultrapassamos o limite recomendado pelas *guidelines* em 7,81 dias úteis.

Se avaliarmos estes indicadores repartidos pelos três centros de aferição (HH; HSEIT e HDES), a evolução 2017/2018 e 2019, foi:

ROCMA - Demora média das etapas por centro de aferição (2017/2019)

INTERVALOS		NÚMERO DIAS ÚTEIS			
		2017	2018	2019	GUIDELINES
Mamografia/Leitura	HH a)	18	20	20	15
	HSEIT	19	15	20	
	HDES	16	13	13	
Leitura+/Aferição	HH a)	35	30	20	5
	HSEIT	13	20	12	
	HDES	14	10	13	
Aferição/Resultado	HH a)	8	2	2	5
	HSEIT	8	6	8	
	HDES	4	6	11	
Resultado/Encaminhamento	HH a)	1	1	1	-
	HSEIT	1	1	2	
	HDES	2	2	4	
Rastreio/1.ª Consulta Hospitalar	HH a)	58	54	49	-
	HSEIT	71	51	53	
	HDES	70	62	38	
Aferição/1.ª Consulta Hospitalar	HH a)	8	8	3	15
	HSEIT	18	10	7	
	HDES	34	31	13	

Fonte: COA - (PI do ROCMA - SIRCM 3)

Nos 18 indicadores sob avaliação regista-se em 2019, em relação a 2018, uma evolução de melhoria em 7, uma manutenção de resultado em 4 e uma pioria, ainda que ligeira, em 7 indicadores. Se compararmos 2019 com 2017, temos 11 indicadores com melhoria, 2 que se mantêm e 5 com ligeira pioria.

Intervir, de forma direta e pertinente, neste tipo de indicadores não é fácil, dada a sua interdependência e complexidade. Mesmo assim, a evolução é positiva, alertando-nos e mobilizando-nos para, gradualmente, melhorar interagindo.

6.2.5.5 ROCMA 2019

Rastreio Organizado de Cancro de Mama dos Açores - 2019

Ilha / Concelho	Mulheres de 45 a 74 anos			Taxa	Leituras	Taxa	Aferição	Taxa	Diagn.	Taxa
	Convocadas	Convocáveis	Rastreadas	participação	Positivas	Leit. +	Positiva	Afer.+	Cancro	Ca/MR
	(1)	(2)	(3)	(4)		(5)		(13)		(22)
Santa Maria	1 073	1 043	849	81.4%	21	2.5%	3	0.4%		0.00 ‰
São Miguel	6 950	6 360	4 426	69.6%	147	3.3%	33	0.7%	18	4.07 ‰
Lagoa	2 615	2 526	1 546	61.2%	51	3.3%		0.0%		0.00 ‰
Nordeste	867	769	641	83.4%	22	3.4%	2	0.3%	1	1.56 ‰
Ponta Delgada	2 331	2 059	1 459	70.9%	50	3.4%	29	2.0%	16	10.97 ‰
Povoação	1 137	1 006	780	77.5%	24	3.1%	2	0.3%	1	1.28 ‰
Ribeira Grande										
Vila Franca do Campo										
Terceira	8 202	7 351	5 344	72.7%	78	1.5%	14	0.3%	12	2.25 ‰
Angra do Heroísmo	4 648	4 132	2 619	63.4%	35	1.3%	7	0.3%	7	2.67 ‰
Praia da Vitória	3 554	3 219	2 725	84.7%	43	1.6%	7	0.3%	5	1.83 ‰
Graciosa	822	660	588	89.1%	13	2.2%	1	0.2%	1	1.70 ‰
São Jorge										
Calheta										
Velas										
Pico										
Lajes do Pico										
Madalena										
São Roque do Pico										
Faial										
Flores	747	614	436	71.0%	19	4.4%		0.0%		0.00 ‰
Lajes das Flores	290	254	147	57.9%	7	4.8%		0.0%		0.00 ‰
Santa Cruz das Flores	457	360	289	80.3%	12	4.2%		0.0%		0.00 ‰
Corvo	67	52	45	86.5%	1	2.2%		0.0%		0.00 ‰
Total	17 861	16 080	11 688	72.7%	279	1.6%	51	0.4%	31	2.65 ‰

(1) - Mulheres convocadas
(2) - Mulheres convocadas menos as que não deveriam ter sido.
(3) - Mulheres rastreadas
(4) - Taxa de participação. (M.rastreadas/M.convocáveis)
(5) - Taxa de leitura positiva. ((R3+R4+R5)/M.rastreadas)
(13)-Taxa de aferição positiva. (Mulheres com aferição positiva/M.rastreada
(22)-Permilagem de cancro. (Mulheres com cancro/M.rastreadas)

O ROCMA, em 2019, registou um atraso significativo sobretudo devido às 2 situações de licença por maternidade das nossas TSDT. Serão programadas medidas visando a recuperação em 2020. A informação relativa ao n.º de cancros detetados é, necessariamente, provisória.

6.2.6 RASTREIO DE CANCRO DO COLO DO ÚTERO (ROCCA)

6.2.6.1 HISTÓRICO

O ROCCA tem uma taxa de cobertura geográfica de 100%.

Em abril de 2010 deu-se início ao ROCCA na maioria dos Centros de Saúde e, ao longo do ano, foi-se estendendo aos restantes. Era suposto que, em condições normais de funcionamento, fossem rastreadas cerca de 7 000 mulheres das 67 255 que integram a população alvo (faixa etária 25/64 anos), nos primeiros 9 meses do ROCCA. Essa meta não foi alcançada (executaram-se 5 381 citologias). As opiniões mais otimistas consideraram razoável esta situação, face ao período de arranque. A equipa coordenadora do programa encarou com alguma apreensão este 1º resultado, apesar de ter ocorrido uma melhoria nos últimos meses de 2010.

Em 2011 a melhoria foi lenta e insuficiente. Só em finais do ano, os concelhos urbanos (Ponta Delgada, Angra do Heroísmo, Ribeira Grande e Horta) deram sinais de algum empenho no desenvolvimento do programa. A execução do ROCCA, em 2011, cifrou-se em 6 545 rastreios e, em 2012, o número de mulheres rastreadas foi de 6 551. A taxa de participação a 31-12-2012 estava nos 28,45%. Registou-se uma melhoria nos concelhos urbanos que estavam mais atrasados. As normas emanadas no final do ano, pela equipa coordenadora, relativamente ao registo de situações de utentes que não fizeram o rastreio (emigradas; mudanças de residência; histerectomia; que fazem o seu próprio controlo; etc), traduzem-se na melhoria da taxa de participação do programa. Em 2013 foram rastreadas 5 563 mulheres concluindo-se a 1.ª volta do ROCCA com uma taxa global de participação de 41,86%.

Ao fim da 1.ª volta (2010/2013), das mulheres rastreadas, registou-se uma percentagem de 70,8% de situações normais; 25,8% de situações sem patologia oncológica mas com recomendação para os respetivos médicos assistentes (casos de infeções genitais identificados no exame citológico) de 0,8% para repetição de colheita e de 2,6% para consulta de unidade de patologia cervical (619 mulheres, das quais 501 lesões de baixo grau e 109 de alto grau). A 1ª volta do ROCCA detetou 14 casos de CIS/AIS e 6 casos de carcinoma invasivo. A maioria (70%) foram cancros in situ e os cancros invasivos foram classificados no estado I e II da Figo, ou seja, estados iniciais.

Num balanço, sumário, da 1.ª volta do ROCCA poderemos concluir que, face às dificuldades detetadas havíamos fixado a meta nos 40% de taxa de participação.

Embora tenhamos ultrapassado essa meta, o resultado está aquém do desejado, fruto do insuficiente desempenho, sobretudo, dos concelhos de Ribeira Grande (23,66%), Angra do Heroísmo (27,42%), Lagoa (29,30%) e ilha de Flores (26,18%). De realçar o excelente desempenho da ilha do Pico (89,42%), de Santa Maria (100%), Graciosa (68,29%) e concelho de Praia da Vitória (82,32%).

Ainda no âmbito da 1ª volta, de realçar, também, o bom desempenho do concelho de Ponta Delgada nos últimos 18 meses, (junho 2012 a dezembro de 2013), sobretudo devido à colaboração direta dos enfermeiros especialistas em saúde materna, depois da circular emitida pela Direção Regional de Saúde que viabilizou esse envolvimento. A ilha do Corvo, embora não envolvida no programa, por opção clínica, tem a situação das 92 mulheres população alvo, totalmente controlada (57 fizeram citologia pela USI; 7 o autocontrolo; 2 histerectomia e as restantes 26 recusaram).

Em 2014, 1º ano da 2ª volta, foram rastreadas 7095 mulheres. Foi o ano com mais participação mas, mesmo assim, aquém da meta fixada (55% para a 2ª volta, o que exigiria uma participação de cerca de 18%/ ano a que corresponderia cerca de 10500 rastreadas/ano).

Em 2015 ocorreu uma atualização da população alvo. De acordo com os censos populacionais de 2011 o n.º de mulheres elegíveis (faixa etária 25/64 anos) era de 67 237. A base de trabalho para o apuramento estatístico do ROCCA assentou neste n.º de mulheres elegíveis ao rastreio. Todavia, pela base de dados atualizada do medicineOne, verifica-se um crescimento para 77 243 mulheres (+ 11,49%), situação que agrava a taxa de participação.

Foram rastreadas 6 731 mulheres em 2015 (menos 364 que em 2014), pese embora as inúmeras diligências formais e informais desenvolvidas no sentido de reforçar a participação.

Desde meados de 2014 até dezembro de 2015, decorreram contatos e reuniões entre o CA do COA e do HSEIT visando a transferência do processamento laboratorial da citologia de rastreio de um laboratório privado para o Laboratório de Anatomia Patológica do HSEIT. Porém, pese embora o empenho reciproco, não se conseguiu concretizar esse propósito.

A partir de meados de 2015 a responsabilidade pela aquisição dos consumíveis passou do COA para as USI, por determinação superior, obrigando as consequentes alterações orçamentais e originando uma rutura na reposição do stock dos Kit's (só na ilha de São Miguel).

Foi, exaustivamente, preparada uma nova plataforma informática para o ROCCA que facultou um precioso instrumento para a sua operacionalização, quer a montante no processo de convocatórias, quer a jusante no controlo, avaliação e monitorização. Entrou em vigor no dia 1 de janeiro de 2016.

Ao fim da 2.ª volta (2014/2016) foram rastreadas 24 355 mulheres (taxa de participação de 35,4%) ficando aquém da meta definida e contratualizada no âmbito dos contratos programa (55%). Desse universo identificaram-se 17 473 casos com resultado normal (72,9%); 5890 casos sem patologia oncológica, mas com recomendação para ato clínico (24,6%); e 584 casos para consulta de aferição (2,5%).

Ao fim da 3.ª volta (2017/2019), foram rastreadas 27 711 mulheres (melhoria da taxa de participação populacional para 43,2%, embora ainda aquém da meta (55%). Desse universo identificam-se 21 161 casos com resultado negativo (77,2%); 5 593 casos com recomendação para ato clínico (20,4%) e 667 casos para aferição (2,4%).

Mantém-se a prática (desde 2015) de identificar os resultados ao fim de cada trimestre e de informar as USI/CS, bem como a DRS. Idêntico procedimento semestral com informação mais detalhada identificando a produção por médico de família, bem como da população rastreável com e sem médico de família.

6.2.6.2 EVOLUÇÃO 2010/2019

A evolução de alguns indicadores relevantes nos 9 anos de vida do ROCCA, apresentam-se no mapa seguinte:

ROCCA - EVOLUÇÃO (2010/2019)

INDICADORES	1.ª VOLTA (2010/2013)	2.ª VOLTA (2014/2016)	3.ª VOLTA (2017/2019)
(1) Convocáveis	57,411	68,318	64,117
(2) Rastreadas	24,032	24,572	27,634
(3) Taxa Participação Populacional	41.9%	36% a)	43%
(4) Consultas de Aferição	619	602	657
(5) Taxa de Aferição	2.6%	2.5%	2.4%
(6) Lesões Pré-Malignas	86 b)	114 c)	115 d) e)
(7) Cancros	6	11	9 e)

Fonte: COA

a) Redução da taxa devido ao aumento da população convocável
b) Das quais 14 carcinomas in situ e 86 lesões de alto grau (CIN 2/3)
c) Das quais 15 carcinomas in situ e 114 lesões de alto grau (CIN 2/3)
d) Dos quais 9 carcinomas in situ e 106 lesões de alto grau (CIN 2/3)
e) Dados provisórios. Processos em curso
(3) = (2) / (1)
(5) = (4) / (2)

6.2.6.3 ROCCA 2019

No mapa seguinte registam-se os dados relativos a 2019:

Rastreio Organizado de Cancro de Colo do Útero 3ª volta - Ano 2019

Unidade Saúde de Ilha / Centro de Saúde	Mulheres 25 a 64 anos						Resultados da Citologia de Rastreio								Inconclusivo	
	Rastreáveis (Total)	Rastreáveis (até 4ºT)	Convocados Utentes	%	Utentes Rastreados	Taxa de Participação	Negativo		Recomendação		Inconclusivo (Sem Repet)	Aferição UPC			Inconclusivo (Total)	
	(3)	(3A)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(14)	(15)		(16)	(17)
USI Corvo/CS Corvo	70	23	9	38.6%	9	38.6%	8	88.9%	1	11.1%						
USI Faial/CS Horta	3,713	1,238	796	64.3%	557	45.0%	408	73.2%	135	24.2%		14	2.5%		30	5.1%
USI Flores/CS Sta. Cruz das Flore	957	319	133	41.7%	122	38.2%	89	73.0%	26	21.3%		7	5.7%		1	0.8%
USI Graciosa/CS Sta. Cruz Gracio	904	301	385	127.8%	194	64.4%	147	77.4%	42	22.1%	4	1	0.5%		8	4.0%
USI Pico	3,450	1,150	306	26.6%	385	33.5%	276	73.0%	64	16.9%	7	9	2.4%		23	6.2%
CS Lajes do Pico	870	290	46	15.9%	80	27.6%	64	84.2%	10	13.2%	4	2	2.6%		9	10.6%
CS Madalena	1,651	550	150	27.3%	167	30.3%	121	73.8%	38	23.2%	3	5	3.0%		5	3.0%
CS São Roque	929	310	110	35.5%	109	35.2%	91	83.5%	16	14.7%		2	1.8%		9	7.6%
USI Santa Maria/CS Vila do Porto	1,154	385	380	98.8%	375	97.5%	297	79.2%	76	20.3%		2	0.5%		13	3.4%
USI São Jorge	2,202	734	343	46.7%	381	51.9%	309	82.0%	58	15.4%	4	10	2.7%		16	4.1%
CS Calheta	906	302	176	58.3%	190	62.9%	154	81.1%	29	15.3%		7	3.7%		4	2.1%
CS Velas	1,296	432	167	38.7%	191	44.2%	155	82.9%	29	15.5%	4	3	1.6%		12	6.0%
USI São Miguel	37,357	12,452	4,837	38.8%	4,907	39.4%	3,634	75.4%	919	19.1%	87	106	2.2%		208	4.3%
CS Nordeste	1,159	386	290	75.1%	291	75.3%	250	85.9%	38	13.1%		3	1.0%		5	1.7%
CS Ponta Delgada	23,964	7,988	2,966	37.1%	3,154	39.5%	2,395	77.2%	634	20.4%	53	72	2.3%		145	4.5%
CS Povoação	1,668	556	279	50.2%	177	31.8%	153	89.0%	19	11.0%	5				8	4.4%
CS Ribeira Grande	7,470	2,490	1,011	40.6%	892	35.8%	666	77.2%	172	19.9%	29	25	2.9%		49	5.4%
CS Vila Franca do Campo	3,096	1,032	291	28.2%	232	22.5%	170	73.3%	56	24.1%		6	2.6%		1	0.4%
USI Terceira	14,289	4,763	2,618	55.0%	2,552	53.6%	1,873	73.5%	534	20.9%	3	71	2.8%		62	2.4%
CS Angra do Heroísmo	9,276	3,092	1,655	53.5%	1,464	47.3%	1,110	76.0%	305	20.9%	3	46	3.1%		40	2.7%
CS Praia da Vitória	5,013	1,671	963	57.6%	1,017	60.9%	763	75.0%	229	22.5%		25	2.5%		22	2.1%
Total Açores	64,096	21,365	9,807	45.9%	9,221	43.2%	7,041	77.2%	1,855	20.3%	105	220	2.4%		361	3.8%
					3 MAIS	3 MENOS										

(3) Mulheres após expurga das situações de exclusão
(3A) Mulheres elegíveis para rastreio no período
(4) Mulheres convocadas para consulta/colheita no CS
(5) = (4) / (3A)
(6) = Mulheres com resultado de citologia de rastreio
(7) = (6) / (3A)
(8) Sem sinais de mali
(9) = (8) / [(6)-(12)]
(10) Sem sinais de malignidade mas com recomendação para ato clinico
(11) = (10) / [(6)-(12)]
(12) Mulheres para repetição de colheita
(14) Mulheres referenciados para consulta de aferição
(15) = (14) / [(6)-(12)]
(16) Número total de citologias Inconclusivas
(17) = (16) / [(6)-(12)+(16)]

Das 10 ações programadas no PA 2019 apenas não se executou a ação 3.6 “Atualizar o Manual Executivo”. Tal deveu-se à mudança de paradigma que ocorrerá no ROCCA, a partir da 4.ª volta (2020) com a mudança do teste base do rastreio (deixa de ser citologia com HPV reflexo, de 3 em 3 anos e passa a ser HPV com citologia reflexa, de 5 em 5 anos).

6.2.6.4 ROCCA. MUDANÇA DE PARADIGMA – CELEBRAÇÃO DE PROTOCOLO “ÚNICO”.

Em 31-12-2019 concluiu-se a 3.ª volta do ROCCA. Nestas 1.as 3 voltas o exame teste de rastreio foi a citologia ginecológica repetida de 3 em 3 anos, processada em meio líquido e classificada de acordo com a terminologia BETHESDA. A partir da 4.ª volta, o teste primário passará a ser um teste de biologia molecular detetando serotipos oncogénicos do HPV, de 5 em 5 anos.

Pela 1.ª vez foi celebrado um protocolo entre o COA, a DRS, os 3 Hospitais Regionais e as 9 USI, em documento único, e homologado pela Secretária Regional da Saúde. Com esta nova iniciativa (que se pretende extensiva aos outros programas de rastreio, a celebrar em 2020), ficaram reforçados os envolvimentos e compromissos institucionais e, o programa sairá, seguramente valorizado quer em termos qualitativos (maior eficácia diagnóstica) e quantitativos (maior participação populacional). Este novo rumo para o ROCCA segue, aliás, as mesmas opções de homólogos programas nacionais e internacionais.

Tendo em conta que este "protocolo único" (classificámo-lo assim por reunir num só documento um compromisso coletivo, envolvendo a tutela e todas as unidades de saúde do SRS) identifica, de forma precisa, a mudança de paradigma do ROCCA bem como o que cabe a cada colaborante, entende-se por bem, proceder à sua transcrição integral:

PROGRAMA ORGANIZADO DE RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO NOS AÇORES (ROCCA)

PROTOCOLO DE COLABORAÇÃO ENTRE A DIREÇÃO REGIONAL DE SAÚDE (DRS); O CENTRO DE ONCOLOGIA DOS AÇORES, PROF. DOUTOR JOSÉ CONDE (COA); HOSPITAL DA HORTA (HH); HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA (HSEIT); HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO (HDES); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DO CORVO (USIC); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DAS FLORES (USI FLORES); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DO FAIAL (USI FAIAL); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DO PICO (USIP); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DE SÃO JORGE (USISJ); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA GRACIOSA (USIG); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA TERCEIRA (USIT); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DE SÃO MIGUEL (USIS MIGUEL) E UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DE SANTA MARIA (USIS MARIA)

Considerando:

- Os protocolos de colaboração para o ROCCA, celebrados em 2010, que necessitam de atualização;
- As alterações jurídicas introduzidas na lei orgânica dos Centros de Saúde e consequente integração em Unidades de Saúde de Ilha;
- A necessidade e importância de um efetivo envolvimento da DRS no acompanhamento e desenvolvimento do ROCCA e no reforço da sua força institucional;

- O despacho n.º 129/2015, de 21 de janeiro, do Exmo. Secretário Regional da Saúde, que se refere à etapa das consultas de aferição hospitalar;
- E, finalmente, a programada mudança do teste base do ROCCA (de citologia ginecológica, com HPV reflexo nos ASCUS de 3 em 3 anos, para o teste de HPV com citologia reflexa, de 5 em 5 anos), aquando do início da sua 4.ª volta, prevista para 1 de janeiro de 2020.

Ficaram reunidas as condições para se proceder à atualização do protocolo de colaboração institucional para o desenvolvimento deste importante programa de saúde pública, de rastreio de cancro do colo do útero nos Açores, optando-se por um documento único, subscrito por todos, onde se identifique, de forma clara, o que cabe a cada entidade colaborante.

Assim, ao abrigo do Estatuto do Serviço Regional de Saúde (SRS) - DLR n.º 28/99/A, de 31 de julho, alterado pelos Decreto Legislativo Regional n.º s 2/2007/A, de 24 de janeiro e 1/2010/A, de 4 de janeiro, entre a DRS, pessoa coletiva n.º 600087174, representada pelo Sr. Diretor Regional da Saúde, Tiago Alexandre dos Santos Lopes; o COA, pessoa coletiva n.º 672002027, representado pelo presidente do seu Conselho de Administração (CA), Raul Aguiar do Rego; o HH, pessoa coletiva n.º 512103070, representado pelo presidente do seu CA João Luís da Rosa Morais; o HSEIT, pessoa coletiva n.º 512105030, representado pela presidente do seu CA, Luísa Maria da Silveira e Sousa Melo Alves; o HDES, pessoa coletiva n.º 512103097, representado pela presidente do seu CA, Margarida Ourique Fernandes Martins; a USIC, pessoa coletiva n.º 510189881, representada pelo presidente do seu CA, Carlos Alberto Maia Teixeira; a USI Flores, pessoa coletiva n.º 510167098, representada pela presidente do seu CA, Carla Alexandra Avelar Noia; a USI Faial, pessoa coletiva n.º 510183085, representada pela presidente do seu CA, Helena Maria Valente Reis; a USIP, pessoa coletiva n.º 512084726, representada pela presidente do seu CA, Cláudia Sofia Viegas Cabrita; a USISJ, pessoa coletiva n.º 512100640, representada pelo presidente do seu CA, Paulo Jorge Medeiros de Sousa; a USIG, pessoa coletiva n.º 509871070, representada pela presidente do seu CA Cláudia Raquel Lourenço Vieira da Silva; a USIT, pessoa coletiva n.º 510170811, representada pelo presidente do seu CA, Pedro Gonçalo Soares da Costa; a USIS Miguel pessoa coletiva n.º 510148921, representada pelo presidente do seu CA, Pedro Miguel Lourenço Santos e a USIS Maria, pessoa coletiva n.º 510161502, representada pelo presidente do seu CA, João Paulo Serôdeo Melo, celebra-se o

presente protocolo de colaboração para o desenvolvimento do ROCCA, que se rege pelas cláusulas seguintes:

Clausula 1ª

Desenvolvimento do ROCCA

1. O ROCCA é um programa de saúde pública, organizado e de base populacional, de rastreio de cancro do colo do útero nos Açores;
2. O exame teste de rastreio é a citologia ginecológica repetida de 3 em 3 anos, processada em meio líquido e classificada de acordo com a terminologia *Bethesda*, até à conclusão da 3.ª volta (31/12/2019);
3. A partir da 4.ª volta (01/01/2020) o teste primário passará a ser um teste de biologia molecular detetando serotipos oncogénicos do HPV, cuja colheita é realizada para o meio líquido proposto para a colheita da citologia ginecológica (HPV);
4. As mulheres na faixa etária 25/64 anos, inscritas nas USI, constituem a população alvo;
5. A 1.ª colheita para o teste de HPV ocorrerá em qualquer altura da vida da mulher, dentro da faixa etária e, a segunda e seguintes ocorrerá de 5 em 5 anos, se o resultado da última for negativo;
6. Se o resultado do teste primário do HPV for positivo para HPV 16; 18; 45, a utente será referenciada para consulta de patologia cervical no hospital da respetiva área geográfica, nos termos do despacho n.º 129/2015, de 21 de janeiro, do Exmo. Secretário Regional da Saúde;
7. Se o resultado da aferição detetar neoplasia intraepitelial do colo do útero ou carcinoma invasivo, a utente sairá do rastreio e será registada, tratada, vigiada e acompanhada em ambiente hospitalar. Se não for detetada patologia oncológica, a utente prosseguirá no programa de rastreio;
8. A colheita será realizada na USI e a pesquisa do HPV e citologias reflexas no Serviço de Anatomia Patológica (SAP) do HDES. As metodologias e especificações técnicas para a determinação do HPV e das citologias serão definidas pela Direção Técnica do ROCCA em articulação com o Diretor do SAP do HDES.

Clausula 2ª

Responsabilidade da DRS

À DRS, cabe:

1. Assegurar que o desenvolvimento do ROCCA ocorra em harmonia com o Plano Regional de Saúde;
2. Assegurar o reforço do compromisso e articulação entre o COA e todas as instituições do SRS – USI e Hospitais Regionais, tendo em conta o âmbito geográfico e operacional do ROCCA;
3. Assegurar a inclusão do ROCCA no processo de contratualização com as instituições do SRS – contratos programa, definindo as metas anuais a atingir;
4. Pugnar pela dotação dos recursos humanos, materiais e tecnológicos imprescindíveis à desejada eficiência e efetividade do ROCCA;
5. Acompanhar e avaliar, periodicamente, a execução do ROCCA, nomeadamente os seus principais indicadores quantitativos e qualitativos.

Clausula 3ª

Responsabilidade do COA

Ao COA, cabe:

1. Assegurar a coordenação geral do ROCCA, promovendo a partilha/articulação com a DRS, Hospitais Regionais e as USI e validando orientações e especificações técnicas relativas aos meios a utilizar;
2. Assegurar a coordenação técnica do ROCCA através, nomeadamente, da interação com os interlocutores envolvidos e das tarefas de acompanhamento, avaliação/controlo e monitorização;
3. Assegurar a coordenação operacional do ROCCA, concebendo e mantendo dinâmico um manual executivo e pugnando pelo seu cumprimento;
4. Assegurar a elaboração/atualização e remessa para homologação do presente protocolo de colaboração;
5. Instalar nas USI e nos Hospitais a plataforma informática (PI ROCCA) e prestar formação e apoio técnico sempre que necessário;
6. Referenciar para o Hospital da sua área geográfica, os casos indiciadores de patologia – consulta de aferição;
7. Garantir o controlo de qualidade e a avaliação, periódica, do programa;

8. Emitir cartas resultado às utentes rastreadas e informação aos respetivos médicos de família, através da PI ROCCA;
9. Publicitar e divulgar o ROCCA;
10. Elaborar e divulgar o relatório, por volta, do ROCCA;
11. Apurar e facultar, de forma atempada e rigorosa, todos os indicadores pré-definidos para o ROCCA;
12. Cumprir e pugnar pelo cumprimento das metas definidas pela DRS.

Clausula 4ª

Responsabilidade das USI

A cada USI, cabe:

1. Identificar e atualizar a lista de utentes que constitui a população alvo da respetiva ilha;
2. Proceder à convocação da população-alvo, depois de expurgar da lista as situações de exclusão, temporária ou definitiva;
3. Utilizar a PI ROCCA e contribuir para o seu gradual aperfeiçoamento;
4. Adquirir os consumíveis necessários à colheita ginecológica bem como ao processamento laboratorial do HPV e citologia de acordo com as especificações técnicas referidas no n.º 8 da clausula 1ª;
5. Os consumíveis relativos ao processamento laboratorial deverão ser entregues no SAP do HDES no prazo e na quantidade que garanta o normal desempenho daquele Serviço;

   Deverá constituir-se um stock inicial por USI, a repor semestral e/ou anualmente, conforme o volume de rastreios com resultado laboratorial inserido na PI ROCCA, acrescido de eventuais repetições;
6. Proceder à colheita da amostra colpocitológica, rotular o recipiente com a etiqueta em que conste a identificação da utente e o código de barras e remetê-la, no prazo máximo de 5 dias úteis, para o SAP do HDES e preencher/atualizar a ficha de anamnese;
7. Assegurar, quando for o caso, a organização do processo de deslocação para a consulta de aferição hospitalar;
8. Receber, trimestralmente e/ou sempre que solicitada, da coordenação do ROCCA, informação sistematizada e pertinente relativa à execução do programa;

9. Propor à coordenação do ROCCA, sempre que entender, medidas de alteração/aditamento ao manual executivo do ROCCA;
10. Colaborar na publicitação e divulgação do ROCCA;
11. Constituir uma equipe local gestora do ROCCA, interlocutora da equipa coordenadora do programa;
12. Pugnar pelo alcance das metas definidas pela DRS.

Clausula 5ª

Responsabilidade dos Hospitais

Ao HH, HSEIT e HDES, cabe:

1. Executar, semanalmente, as consultas de aferição referenciadas pelo ROCCA, tal como estabelece o despacho n.º 129/2015, de 21 de janeiro do Exmo. Secretário Regional da Saúde;
2. São referenciados para consulta de aferição hospitalar as mulheres que:

- Apresentem teste primário de HPV positivo para os serotipos oncogénicos 16; 18; 45;
- Tenham teste HPV positivo para outros serotipos oncogénicos com citologia reflexa positiva;
- Tenham teste HPV positivo persistente ao fim de um ano.

3. Assegurar o acompanhamento/vigilância das mulheres em controlo até ao resultado/diagnóstico;
4. Inserir, obrigatoriamente, na PI ROCCA, de forma rigorosa e atempada, as etapas executadas e o resultado/diagnóstico;
5. Manter em consulta/acompanhamento hospitalar os casos com patologia diagnosticada;
6. Participar nas tarefas de controlo de qualidade, avaliação e monotorização do ROCCA;
7. Obter, da coordenação do ROCCA, toda a informação oficial produzida periodicamente divulgada e/ou outra, sempre que solicitada;
8. Pugnar, junto da coordenação operacional do ROCCA, pelo aperfeiçoamento da PI ROCCA.

Clausula 6ª

Responsabilidade Específica do HDES

Cabe, ainda, ao HDES

1. Assegurar, em articulação com a DRS que o SAP do HDES seja dotado dos recursos materiais (instalações), humanas (2 TSDT) e tecnológicas (um equipamento para coloração e outro para processamento), atualização da aplicação informática, bem como dos equipamentos para realizar a deteção do HPV em amostras citológicas que assegurem a adequada e atempada resposta qualitativa e quantitativa do ROCCA;
2. Receber os consumíveis necessários ao processamento dos exames, fornecidos pelas USI;
3. Seguir as especificações técnicas e metodológicas de processamento, para os dois tipos de exame, consensualizadas entre a Direção Técnica do ROCCA e a Direção do SAP;
4. Executar, através do seu SAP, os exames laboratoriais requeridos pelo ROCCA, designadamente a receção das amostras, o processamento das citologias ginecológicas e dos HPV;
5. Inserir, através do SAP, o resultado dos exames realizados diretamente na PI ROCCA.

Velas, 4 de dezembro de 2019

6.2.7 RASTREIO DE CANCRO DO CÓLON E RETO (ROCCRA)

6.2.7.1 HISTÓRICO

Em 2011, foi constituída uma equipa coordenadora, elaborado um projeto (incluindo orçamento e plano de investimentos iniciais), preparado um esboço de manual executivo e criado um logótipo para o novo programa de rastreio. Envolveram-se, neste processo, a COR (Comissão Oncológica Regional, criada no âmbito da PRS 2009/2012) e os 3 diretores de serviço de gastrenterologia dos 3 hospitais regionais. Dificuldades de operacionalização e financeiras levaram a tutela a solicitar uma revisão da proposta de projeto, perspetivando o seu início para o último trimestre de 2012, como experiência piloto. Quer uma quer outra dificuldade identificadas colidiam com o objetivo de considerar como exame de referência a colonoscopia total, aumentando a probabilidade de se considerar, em alternativa, a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), na sua versão

mais recente (método imunológico, com redução, significativa, dos casos “falsos positivos”).

Por decisão da tutela e por razões de exequibilidade, a opção recaíu pela PSOF, como exame de referência do ROCCRA.

Em 2012, mantiveram-se os trabalhos com a COR; elaborou-se um novo projeto e orçamento; elaborou-se um manual executivo provisório; concebeu-se a operacionalização da experiência piloto; obteve-se uma nova aplicação informática e adquiriram-se 5 000 Kit’s de rastreio.

Em 2013 foram promovidas várias diligências para o arranque do programa, nomeadamente com os conselhos de administração dos três hospitais regionais. Apenas o HH manifestou disponibilidade e capacidade organizativa, quer pelo serviço de gastrenterologia quer pelo serviço de análises clínicas, para celebrar o respetivo protocolo de colaboração.

Em 21 de novembro de 2013 foi anunciado, publicamente, pelo Secretário Regional da Saúde, a decisão de se iniciar um novo programa de saúde pública nos Açores – o ROCCRA. A publicação do despacho de aprovação da metodologia de desenvolvimento e envolvimento das unidades de saúde do SRS ocorreu, a 13 de janeiro de 2014 (despacho n.º 25/2014).

Em novembro e dezembro de 2013 desenvolveram-se, em regime intensivo, grande parte da execução das ações programadas no PA para 2013, visando o arranque, logo no início de 2014.

Em 2014 o ROCCRA iniciou-se na ilha do Faial, em experiência piloto.

No quadro abaixo apresenta-se, de forma resumida, resultados relevantes da referida experiência.

ROCCRA FAIAL (Experiência Piloto em 2014)	
INDICADORES	**Nº**
Utentes elegíveis para rastreio	3495
Utentes rastreados	1652 (47%)
Resultado negativo na pesquisa de sangue oculto nas fezes	1557 (94%)
Em estudo (diagnóstico diferenciado)	53
Colonoscopia com resultado negativo	18
Colonoscopia com pólipos	22
Cancros detetados	2 (1.2‰)

Estiveram sob observação os seguintes aspetos:

a) Avaliação do exame de referência (PSOF);
b) Ensaio da metodologia de divulgação/mobilização, quer por parte da coordenação do programa quer por parte da USI;
c) Validação do Kit para a colheita da amostra;
d) Avaliação do desempenho do equipamento para a leitura automatizada da amostra;
e) Ensaio/ avaliação da metodologia da comunicação (cartas convite; cartas de convocação e cartas resultado) com os utentes;
f) Ensaio/ avaliação da metodologia para a colonoscopia a cargo da USI (anamnese e preparação para a colonoscopia);
g) Ensaio/ avaliação da metodologia para a colonoscopia a cargo do hospital (validação e exame);
h) Avaliação, por parte de todos os intervenientes, da plataforma informática;

E, os resultados foram:

- A PSOF – método imunoquímico, revelou-se eficaz com, apenas, cerca de ⅓ de falsos positivos;
- A divulgação (spot televisivo, infomail e panfleto desdobrável) e a mobilização (contatos formais – cartas pelo COA e informais pela USI) traduziram-se numa taxa de participação a rondar os 50%, coincidindo, com as expetativas iniciais. Concluiu-se ser importante um maior envolvimento de todos os profissionais de saúde e não apenas os que integram a equipe local para o ROCCRA;

- O Kit de colheita (OC-Sensor µ) foi aprovado, passando a constituir a recomendação técnica pela coordenação do ROCCRA, tal como o equipamento analisador da amostra;
- O modelo de comunicação formal com os utentes não revelou falhas, nem reclamações, nem sugestões;
- A metodologia a cargo da USI para a colonoscopia adequou-se às necessidades e mereceu importantes ajustamentos na articulação com o hospital. Conclui-se pela necessidade de todos os utentes realizarem exames de diagnóstico (raio x do tórax, eletrocardiograma e análises clínicas);
- A metodologia a cargo do hospital na área relativa ao processo de receção e processamento da amostra e carregamento do resultado, no âmbito do serviço de análises clinicas, revelou-se adequado, sem falhas e sem necessidade de qualquer ajustamento.

  No que respeita à gastrenterologia, cujo serviço revelou excelente desempenho, identificaram-se várias melhorias e ajustamentos na articulação com a equipe de saúde da USI, quer na avaliação/ validação, quer na preparação para a colonoscopia.

  O produto utilizado para a preparação foi validado podendo, todavia, ser substituído por outro de acordo com recomendação do médico executante, em articulação com a direção técnica do programa.

  A articulação interna entre os serviços de gastrenterologia e anestesiologia revelou a necessidade de inversão da metodologia. Em vez do programa ficar sujeito à programação de cada interventor, revela-se imperativo ser o ROCCRA a programar, com periocidade regular e efetiva, a execução da colonoscopia, fixando um período semanal exclusivo a esse fim. Esta foi a maior dificuldade no desenvolvimento da experiência piloto ROCCRA.
- A plataforma informática revelou-se de fácil utilização, eficaz e segura. Resta aperfeiçoar a sua última etapa – monitorização.

  O programa ficou apto para se desenvolver a todo o arquipélago, no início de 2015.

  Pelo despacho n.º 129/2015, de 21 de janeiro ficou determinado que as consultas de aferição dos programas de rastreio de base populacional cabem aos hospitais regionais, com periodicidade semanal, acautelando a criação de “programas de produção acrescida” perante eventual incapacidade de resposta dos serviços envolvidos em cada hospital.

Foi superiormente decidido aumentar a faixa etária da população alvo do ROCCRA de 50/69 anos para 50/74 anos. Foram assinados os protocolos de colaboração para o desenvolvimento do ROCCRA, com o HSEIT, HDES e USIs.

Foram instalados nos Serviços de Patologia Clínica dos três hospitais, o equipamento para a leitura automatizada das amostras de fezes de rastreio.
Todavia, o HSEIT não conseguiu dispor das condições para a execução das colonoscopias, situação que adiou o arranque nas ilhas Terceira e São Jorge e, também, Graciosa que terá de reiniciar o programa. Por isso a taxa de cobertura geográfica do ROCCRA, até 31.12.2017, foi de, apenas, 67%.

O HDES, embora não dispondo de condições para o executar o ROCCRA, contratualizou serviços com entidade privada, no âmbito do regime de convenções, viabilizando o arranque do programa em janeiro de 2016.

Foram realizadas ações de formação com todos os intervenientes (USIs e hospitais) para uso da plataforma informática. Fruto dessas reuniões, a plataforma sofreu vários ajustamentos.
Em 2016 o programa decorreu nas ilhas de São Miguel, Santa Maria, Flores e Corvo.

Em 2017 o desenvolvimento do programa foi alvo de um reverso no que respeita às ilhas de São Miguel e Santa Maria. Tornou-se forçoso interromper o ROCCRA para conciliação e entendimento entre todos os intervenientes em termos clínicos, do modelo operacional e do principal instrumento de trabalho – a Plataforma Informática.

A maior dificuldade registada neste programa é a insuficiente e/ou, por vezes, a irregular capacidade de resposta hospitalar para a execução das colonoscopias. Ocorreu em 2015/2016 no Pico e Faial e, em 2017 em São Miguel e Santa Maria.
Uma segunda dificuldade relaciona-se com o facto do exame de aferição ser invasivo (colonoscopia), induzindo à não adesão.
Uma terceira dificuldade é o “desinteresse” de alguns utentes que manifestam formalmente, o seu consentimento de adesão e, depois, não fazem chegar ao laboratório o tubo com a colheita.

Em 2018 iniciou-se o rastreio na Terceira criando-se um centro de aferição no HSEIT e, em 2019 em São Jorge e Graciosa.

6.2.7.2 ROCCRA. EVOLUÇÃO

Apesar das dificuldades vimos assistindo a uma gradual melhoria na taxa de participação populacional conforme se pode ver no mapa seguinte:

RASTREIO ORGANIZADO DE CANCRO DO CÓLON E RETO NOS AÇORES a)

INDICADORES	1.ª VOLTA	2.ª VOLTA	3.ª VOLTA
(1) Rastreáveis	52423	68159	4330
(2) Rastreados	10163	20103	1900
(3) Taxa Participação Populacional	19.4%	29.5%	43.9%
(4) Consultas de Aferição	594	1310	122
(5) Taxa de Aferição	5.8%	6.5%	6.5%
(6) Lesões com Potencial Maligno	152	356	b)
(7) Cancros	24	49	b)

Fonte: COA

(3) = (2) / (1)

(5) = (4) / (2)

a) O ROCCRA iniciou-se em:
2014 - Faial
2015 - Flores e Corvo
2016 - São Miguel e Santa Maria
2018 - Terceira
2019 - São Jorge e Graciosa
Sendo assim, a 1.ª volta ainda decorre nalgumas ilhas e a 3.ª já arrancou no Faial.
b) Processos em curso.

6.2.7.3 ROCCRA 2019

No mapa seguinte identificam-se os resultados apurados no ano de 2019 repartidos por ilha e concelho

Rastreio Organizado de Cancro do Cólon e Reto
Ano 2019

Unidade Saúde de Ilha Centro de Saúde	População 50 a 74 anos						Resultados da PSOF					
	Utentes Rastreáveis (total) (3)	Rastreáveis no Período (4)	Consentimento Utentes (5)	Consentimento % (6)	Utentes Rastreados (7)	Taxa de Participação (8)	Negativo (9)	Negativo (10)	Positivo (11)	Positivo (12)	Inconclusivo (13)	Inconclusivo (14)
USI Corvo/CS Corvo (3V 2019-2020)												
USI Faial/CS Horta (3V 2018-2019)	4,330	2,165	2,165	100%	1,900	87.8%	1,778	93.6%	122	6.4%		
USI Flores/CS Sta. Cruz das Flores (3V 2019-2020)					2		2	100%				
USI Graciosa/CS Sta. Cruz Graciosa (1V 2018-2019)	1,224	612	227	37.1%	71	11.6%	66	93.0%	5	7.0%		
USI Pico (3V 2018-2019)	14	14	14	104%	14	103.7%	12	85.7%	2	14.3%		
CS Lajes do Pico												
CS Madalena	13	13	13	100%	13		12	92.3%	1	7.7%		
CS São Roque	1	1	1	100%	1	100.0%			1	100%		
USI Santa Maria/CS Vila do Porto (2V 2017-2018)	1,677	839	82	9.8%	275	32.8%	262	95.3%	13	4.7%	2	0.7%
USI São Jorge (1V 2018-2019)	2,879	1,440	819	56.9%	477	33.1%	451	94.5%	26	5.5%		
CS Calheta	1,193	597	408	68.4%	257	43.1%	242	94.2%	15	5.8%		
CS Velas	1,686	843	411	48.8%	220	26.1%	209	95.0%	11	5.0%		
USI São Miguel	32,834	16,417	4,434	27.0%	3,669	22.3%	3,474	94.7%	195	5.3%	16	0.4%
CS Nordeste (3V 2019-2020)			26		22		22	100%				
CS Ponta Delgada (1V 2016-2017-2018)	22,141	11,071	1,444	13.0%	983	8.9%	933	94.9%	50	5.1%	1	0.1%
CS Povoação (3V 2019-2020)			34		38		34	89.5%	4	10.5%		
CS Ribeira Grande (2V 2018-2019)	7,503	3,752	2,354	62.7%	1,891	50.4%	1,793	94.8%	98	5.2%	8	0.4%
CS Vila Franca do Campo (2V 2018-2019)	3,190	1,595	576	36.1%	735	46.1%	692	94.1%	43	5.9%	7	0.9%
USI Terceira (1V 2018-2019)	17,962	8,981	3,036	33.8%	2,332	26.0%	2,212	94.9%	120	5.1%	23	1.0%
CS Angra do Heroísmo	11,359	5,680	1,919	33.8%	1,448	25.5%	1,371	94.7%	77	5.3%	12	0.8%
CS Praia da Vitória	6,603	3,302	1,117	33.8%	884	26.8%	841	95.1%	43	4.9%	11	1.2%
Total Açores	60,920	30,467	10,777	35.4%	8,740	28.7%	8,257	94.5%	483	5.5%	41	0.5%

(3) Utentes após expurga das situações de exclusão
(4) Rastreáveis no Período
(5) Utentes com consentimento informado de adesão a quem foi remetido kit de PSOF
(6) = (5) / (4)
(7) Utentes com resultado de PSOF
(8) = (7) / (4)
(9) PSOF Negativa
(10) = (9) / (7)
(11) PSOF Positiva
(12) = (11) / (7)
(13) PSOF Inconclusivo não se consideram rastreados
(14) = (13) / (7)

Das 10 ações previstas executar no PA para 2019, 9 foram executadas a 100% e uma (4.3 "envolvimento nas tarefas de mobilização das juntas de freguesia e paróquias") foi adiada.

6.2.8 PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DO CANCRO NA CAVIDADE ORAL NOS AÇORES (PICCOA)

6.2.8.1 HISTÓRICO

Em 2014 concebeu-se e preparou-se uma proposta simplificada de um programa de intervenção de cancro na cavidade oral nos Açores.

A proposta de conceção para este programa foi apresentada, apreciada, alterada e aprovada na 1.ª reunião do CCCDOA (13.11.2015). Tratando-se de uma matéria nova no

Serviço Regional de Saúde, entendeu-se que a metodologia mais adequada seria submeter à equipa de conselheiros a aprovação deste novo programa.

Tem como população alvo os homens e mulheres na faixa etária 40/74 anos (cerca de 130 000 utentes do SRS), bem como os casos sintomáticos (população de risco) independentemente da idade.

Cada volta tem a periodicidade quinquenal.

O exame de referência é a consulta por médico dentista com visualização direta da cavidade oral e preenchimento de ficha de anamnese.

Essa informação corporiza um boletim individual de saúde oral (Biso 40+), onde se regista informação pertinente.

A aferição ocorre no âmbito de consulta hospitalar de estomatologia, com eventual execução de biópsia, com tratamento/acompanhamento multidisciplinar, após avaliação pela anatomia patológica.

Em 2016 ocorreram as seguintes ações relevantes:

- Constituição de uma equipa coordenadora;
- Conceção de um manual executivo;
- Conceção de uma plataforma informática (PI PICCOA);
- Reuniões de trabalho com todas as USI, envolvendo os médicos dentistas afetos aos respetivos quadros e outros interlocutores a integrar nas equipas PICCOA locais, para apresentação/aperfeiçoamento do programa;
- Reuniões de trabalho com os hospitais HH, HSEIT e HDES, visando o mesmo propósito;
- Celebração de protocolos de colaboração com todas as USI do SRS e respetiva homologação pelo Ex.mo Secretário Regional da Saúde;
- Ação de formação para a PI PICCOA;
- Ação de formação para os médicos dentistas.

Em 2016 foram criadas todas as condições para o arranque do PICCOA logo no início de 2017. E foi isso que aconteceu a 30 de janeiro.

Obtiveram-se excelentes resultados em 6 ilhas (Corvo, Flores, Pico, São Jorge, Graciosa e Santa Maria) e maus resultados em 3 (Faial, Terceira e São Miguel). Sendo estas as mais populosas a taxa de participação populacional ficou pelos 16,8%, bastante aquém das expetativas iniciais.

O modelo organizacional e operacional que foi adotado, nomeadamente a PI, ao fim de um ano de experimentação, revelou-se eficaz.

Em 2018 e 2019 o modelo operacional consolidou-se e a taxa de participação registou um crescimento sustentado, conforme se pode constatar no item seguinte:

6.2.8.2 PICCOA. EVOLUÇÃO 2017/2019

PICCOA - EVOLUÇÃO (1.ºs 3 anos)

HOMENS E MULHERES	2017	2018	2019	TOTAL
(1) Convocáveis	24025	24396	23241	71662
(2) Convocados	13136	18585	22655	54376
(3) Rastreados	4045	6032	7283	17360
(4) Taxa de Participação	16.8%	24.7%	31.3%	24.2%
(5) Taxa de Adesão	30.7%	32.5%	32.1%	31.9%
(6) Consulta de Aferição	218	202	218	638
(7) Taxa de Aferição	5.4%	3.4%	3%	3.7%
(8) Lesões com Potencial Maligno	55	47	38	140
(9) Cancros	4	5	2a)	11a)

Fonte: COA

a) Dados provisórios. Processos em curso.

A primeira volta envolve o quinquénio 2017/2021.

Verifica-se um crescimento acentuado de ano para ano (rastrearam-se 4045 utentes em 2017, 6032 em 2018 e 7283 em 2019). Todavia, a meta dos 50% ainda está distante. Estamos perante uma dificuldade típica da fase de arranque de um programa de rastreio de base populacional.

6.2.8.3 PICCOA 2019

No mapa seguinte apresentam-se os dados apurados relativos a 2019, repartidos por ilha e concelho:

Programa de Intervenção no Cancro da Cavidade Oral nos Açores
Ano 2019

Unidade Saúde de Ilha / Centro de Saúde	Utentes com 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 anos e referenciados						Resultados da consulta									
	Rastreáveis (2019) (3)	Rastreáveis (até 4ºT) (3A)	Convocados Utentes (4)	% (5)	Utentes Rastreados (6)	Taxa de Participação (7)	Negativo (8)	(9)	Recomendação (10)	(11)	Inconclusivo (Sem repet.) (12)	(13)	Aferição (14)	(15)	Inconclusivo (total) (16)	(17)
USI Corvo/CS Corvo	31	31	31	######	26	83.9%	26	######								
USI Faial/CS Horta	1,222	1,222	1,222	######	815	66.7%	713	87.5%	74	9.1%			28	3.4%		
USI Flores/CS Sta. Cruz das Flore	338	338	338	######	141	41.7%	64	45.7%	75	53.6%	1	0.7%	1	0.7%	1	0.7%
USI Graciosa/CS Sta. Cruz Gracio	406	406	404	99.5%	216	53.2%	207	95.8%	4	1.9%			5	2.3%		
USI Pico	1,082	1,082	1,082	######	859	79.4%	766	89.3%	67	7.8%	1	0.1%	25	2.9%	1	0.1%
CS Lajes do Pico	309	309	309	######	251	81.2%	220	87.6%	23	9.2%			8	3.2%		
CS Madalena	520	520	520	######	415	79.8%	377	91.1%	26	6.3%	1	0.2%	11	2.7%	1	0.2%
CS São Roque	253	253	253	######	193	76.3%	169	87.6%	18	9.3%			6	3.1%		
USI Santa Maria/CS Vila do Port	564	564	269	47.7%	249	44.1%	246	98.8%	3	1.2%						
USI São Jorge	906	906	899	99.2%	367	40.5%	91	24.9%	271	74.0%	1	0.3%	4	1.1%	1	0.3%
CS Calheta	382	382	382	######	269	70.4%	43	16.0%	224	83.3%			2	0.7%		
CS Velas	524	524	517	98.7%	98	18.7%	48	49.5%	47	48.5%	1	1.0%	2	2.1%	1	1.0%
USI São Miguel	13,960	13,960	13,773	98.7%	3,052	21.9%	935	30.8%	1,983	65.2%	12	0.4%	122	4.0%	81	2.6%
CS Nordeste	529	529	510	96.4%	140	26.5%	48	34.3%	80	57.1%			12	8.6%		
CS Ponta Delgada	9,225	9,225	9,099	98.6%	1,807	19.6%	621	34.6%	1,098	61.1%	10	0.6%	78	4.3%	45	2.4%
CS Povoação	638	638	638	######	205	32.1%	42	20.5%	158	77.1%			5	2.4%		
CS Ribeira Grande	2,488	2,488	2,446	98.3%	685	27.5%	142	20.8%	532	77.9%	2	0.3%	9	1.3%	2	0.3%
CS Vila Franca do Campo	1,080	1,080	1,080	######	215	19.9%	82	38.1%	115	53.5%			18	8.4%	34	13.7%
USI Terceira	4,731	4,731	4,636	98.0%	1,562	33.0%	909	58.4%	614	39.5%	6	0.4%	33	2.1%	8	0.5%
CS Angra do Heroísmo	2,600	2,600	2,598	99.9%	1,118	43.0%	743	66.7%	348	31.2%	4	0.4%	23	2.1%	6	0.5%
CS Praia da Vitória	2,131	2,131	2,038	95.6%	444	20.8%	166	37.6%	266	60.2%	2	0.5%	10	2.3%	2	0.5%
Total Açores	23,240	23,240	22,654	97.5%	7,287	31.4%	3,957	54.5%	3,091	42.5%	21	0.3%	218	3.0%	92	1.3%
					3 MAIS	3 MENOS										

(3) Utentes após expurga das situações de exclusão
(3A) Utentes elegíveis para rastreio no período
(4) Utentes convocados no período
(5) = (4) / (3A)
(6) Utentes com resultado da consulta PICCOA
(7) = (6) / (3A)
(8) Sem sinais de malignidade
(9) = (8) / [(6)-(12)]
(10) Sem sinais de malignidade mas com recomendação para ato clinico
(11) = (10) / [(6)-(12)]
(12) Utentes para consulta PICCOA de repetição
(13) = (12) / (6)
(14) Utentes referenciados para consulta de aferição
(15) = (14) / [(6)-(12)]
(16) Número total de consultas PICCOA Inconclusivas
(17) = (16) / [(6)-(12)+(16)]

6.3 RASTREIO OPORTUNÍSTICO/PRESCRITIVO

6.3.1 ATOS CLÍNICOS

Desde o início da sua atividade (há 37 anos) que o COA desenvolve este tipo de rastreio da doença neoplásica, quer no âmbito da clínica médica, quer no âmbito da clínica médico-cirúrgica.

Ao longo dos primeiros 27 anos da sua existência foi essa a principal atividade do COA.

Nos últimos 11 anos, vimos desenvolvendo o rastreio organizado, de base populacional, envolvendo as 9 ilhas dos Açores. No mapa seguinte identifica-se as consultas de rastreio oportunístico nesse período.

RASTREIO OPORTUNÍSTICO - CONSULTAS

Anos	MÉDICAS				Total	Enfermagem
	Medicina	Imagiologia a)	Ginecologia	Dermatologia		
2009	2 244	2 147	1 099	594	6 084	6 006
2010	2 285	1 335	1 112	729	5 461	6 130
2011	2 313	1 447	1 232	759	5 751	6 594
2012	2 214	1 022	1 034	752	5 022	6 348
2013	2 606	801	1 232	766	5 405	6 085
2014	3 360	749	668	578	5 355	5 483
2015	2 836	477	65	710	4 088	1 876
2016	2 717	543	-	1 142	4 402	2 066
2017	4 868	590	-	721	6 179	2 429
2018	3 952	527	-	334	4 813	1 442
2019	3 707	545	-	491	4 743	1 129
TOTAL	33 102	10 183	6 442	7576	57 303	45 588

Fonte: COA

a) mamografia e observação mamária

Com o arranque do rastreio organizado em 2009, o rastreio oportunístico, necessariamente, foi reduzindo a sua expressão. Ainda assim, no que respeita à patologia oncológica da mama feminina e à patologia oncológica da pele, continuamos a detetar um número significativo de cancros.

RASTREIO OPORTUNÍSTICO - CANCROS DE PELE

Cancros	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Melanoma	3	4	1	3	-	2
Não Melanoma	13	19	27	14	5	15
Total	**16**	**23**	**28**	**17**	**5**	**17**

Fonte: COA

Em 2018 verificou-se uma redução acentuada (executaram-se, apenas 334 consultas, quase todas de acompanhamento, perante a incerteza da continuação desta oferta de serviço), tendo-se recuperado a normalidade em 2019 (executaram-se 491 consultas, muitas delas pela 1.ª vez.)

6.3.2 EXAMES IMAGIOLÓGICOS

A Secretaria Regional da Saúde, estabeleceu um regime de convenções, no âmbito da imagiologia, em meados de 2008, que visava adquirir às entidades privadas um vasto universo de exames ecográficos e mamográficos, por parte das Unidades de Saúde do SRS, cuja capacidade de produção não cobrisse aquelas necessidades, fixando uma tabela de preços a pagar por cada ato. Na ilha Terceira, as entidades privadas fornecedoras desses exames não aderiram, porque consideraram que os preços eram demasiado baixos.

O COA, dispondo de um mamógrafo e de um ecógrafo, dos serviços contratados de dois radiologistas, dos seus Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e de apoio administrativo e logístico (receção; acolhimento; marcações e elaboração/entrega de relatórios; etc.), disponibilizou-se para assegurar estes serviços à população utente das ilhas Terceira, Graciosa e S. Jorge, celebrando com as respetivas Unidades de Saúde (HSEIT e Centros de Saúde da Terceira, São Jorge e Graciosa) protocolos de colaboração.

Desta forma, assegurou-se a cobertura das necessidades sociais, a este nível, sendo certo que, com a adequada gestão e articulação, foi possível racionalizar e potenciar a exploração de recursos públicos disponíveis no sistema, a um custo inferior ao praticado no mercado, com a vantagem de evitar a drenagem de recursos financeiros para o exterior do SRS.

Todavia, no âmbito de política definida no Plano Regional de Saúde (PRS 2013/2016) foi determinado o “desmame” gradual desta oferta de serviços. O HSEIT passou a satisfazer as suas requisições a partir de julho de 2013 e a USI Terceira a partir de janeiro de 2015, cuja resposta passou a ser assegurada por entidade externa, pelo regime de convenção. O próprio COA passou, também, a adquirir esses serviços, pelo mesmo regime (exceto ecografias mamárias que complementam as mamografias de diagnóstico).

No mapa seguinte quantifica-se esta situação num período de 11 anos consecutivos:

RASTREIO OPORTUNÍSTICO - ECOGRAFIAS

ENTIDADES REQUISITANTES	ECOGRAFIAS										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
COA - REQ. INTERNAS	1389	925	1063	1034	954	1004	424	640	809	714	686 a)
- ROCMA - SEGUIMENTO		22	63	38	-	-	-	-	-	-	-
- ROCMA - AFERIÇÕES	177	290	190	145	-	-	-	-	-	-	-
HOSPITAL SEIT	368	1060	1429	1130	366	-	-	-	-	-	-
USI TERCEIRA:											
CS ANGRA DO HEROÍSMO	834	1640	1598	1498	1859	2239	1	-	-	-	-
CS PRAIA DA VITÓRIA	540	774	865	969	1194	1623		-	-	-	-
USI GRACIOSA	278	321	250	116	98	125	36	59	-	-	-
USI SÃO JORGE	22	16	23	17	12	13	14	6	-	-	-
BA 4	16	24	10	-	-	-	-	-	-	-	-
OUTRAS INSTITUIÇÕES	6	9	3	6	-	-	-	2	-	-	-
ENTIDADES PRIVADAS:	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-
- CLÍNICA DA PRAIA	90	40	44	-	-	-	-	-	-	-	-
- CONSULTÓRIOS	109	124	296	-	-	-	-	-	-	-	-
- TRICARE	-	-	-	9	24	-	-	-	-	-	-
- OUTRAS	49	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	**3878**	**5253**	**5834**	**4962**	**4507**	**5010**	**475**	**707**	**809**	**714**	**686 a)**

Fonte: COA **jan. 2020**

a) Das quais 137 requisitadas a entidades externas (regime de convenção) e 545 produzidas internamente (ecos mamárias).

A produção imagiológica circunscreveu-se, apenas, às prescrições internas de mamografias de diagnóstico com ato clínico de observação e ecografia mamária.

Dada a insuficiente oferta, no mercado local, de exames mamográficos, ocorreu uma forte "pressão" sobre os nossos Serviços que se viram forçados a acolher referenciações de médicos da USI Terceira, do setor privado e do próprio HSEIT, pese embora os protocolos com essas entidades não terem sido renovados. Perante a "afirmação" de uma inequívoca e insatisfeita necessidade social, a resposta do COA foi, inquestionavelmente, oferecer os seus serviços no limiar das possibilidades, penalizando o seu orçamento não dotado para o efeito.

No mapa abaixo quantificam-se os serviços prestados em 2019, no que respeita a exames mamográficos.

RASTREIO OPORTUNÍSTICO - MAMOGRAFIAS 2019

ENTIDADES REQUISITANTES	MAMOGRAFIAS	OBSERVAÇÃO MAMA	PUNÇÕES	BIÓPSIAS	ECOGRAFIAS MAMÁRIAS
COA	518	518	-	28	520
USI GRACIOSA	23	23	-	2	24
USI SÃO JORGE	4	4	-	4	5
TOTAL	**545**	**545**	**-**	**34**	**549**

Fonte: COA **jan. 2020**

Em 2008 foi retomada a boa prática no COA para a deteção de cancro de mama (mamografia, seguida de ato clínico imediato com observação/palpação e elaboração de relatório, depois eco mamária e, eventualmente, biópsia).

Em 2019 detetaram-se 22 biópsias positivas (cancros). Desde 2008 foram identificados no COA, 206 novos casos de cancro de mama feminina, no âmbito do rastreio oportunístico (média de 17,2 cancros/ano).

No mapa seguinte identificam-se esses casos, por ano e grupo etário:

6.3.3 COA - CANCROS DE MAMA, POR FAIXA ETÁRIA E POR ANO, DETETADOS NO ÂMBITO DO RASTREIO OPORTUNÍSTICO (2008/2019)

IDADE	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
25 a 29	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	**2**
30 a 34	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	**3**
35 a 39	-	-	2	1	2	2	2	1	1	1	-	6	**18**
40 a 44	-	1	-	2	2	2	4	2	-	1	-	2	**16**
45 a 49	4	3	3	2	1	1	1	-	1	-	4	3	**23**
50 a 54	1	6	4	-	3	2	-	-	-	6	-	1	**23**
55 a 59	3	3	2	2	2	1	-	-	1	2	-	-	**16**
60 a 64	5	1	-	2	-	-	-	2	3	1	-	1	**15**
65 a 69	6	4	2	-	2	-	3	-	1	3	1	1	**23**
70 a 74	-	6	1	4	-	-	-	-	1	-	-	3	**15**
75 a 79	2	1	1	2	2	1	-	1	1	1	1	1	**14**
≥ 80	3	2	2	2	5	3	7	2	2	4	2	3	**37**
TOTAL	**24**	**27**	**17**	**18**	**20**	**13**	**18**	**8**	**11**	**19**	**8**	**22**	**205**

Fonte: COA **jan. 2020**

7. CONCLUSÕES

A Missão do COA está afirmada e partilhada com o SRS, através de parcerias e/ou protocolos de colaboração e de articulação, celebrados com todas as USI e com os três hospitais regionais, com importantes contributos a montante e a jusante da nossa ação.
Em 2019, destaca-se:

- Em termos instrumentais foi realizada uma intervenção de desinfestação de térmitas em todo o edifício sede e grandes obras de manutenção/sustentação em três tetos interiores e no teto de cobertura, com substituição integral da ala do teto de cobertura que dá para a rua da Oliveira;
- Realização de 4 reuniões do CCCDOA com apresentação à tutela de uma proposta de rede de referenciação oncológica no SRS, bem como de uma proposta de combate ao tabagismo nos Açores: A primeira teve seguimento, a segunda não
- Melhoria das taxas de participação populacional nos 4 programas organizados de rastreio oncológico. Todavia as metas fixadas para o ROCCA, ROCCRA e PICCOA, ainda não foram atingidas;
- Concretização, efetiva, da taxa de cobertura geográfica a 100% do ROCCRA, com o arranque do programa em São Jorge e Graciosa;
- Conjunto de procedimentos preparativos da mudança de paradigma no ROCCA que culminou com a conceção, preparação, aprovação de um Protocolo de Colaboração único subscrito pela DRS e por todas as Unidades de Saúde da DRS e homologado pela Secretária Regional da Saúde;
- Não apuramento dos dados do registo oncológico relativos ao ano de 2017, por não fornecimento da necessária informação por parte do HDES e HSEIT.

O Conselho de Administração e os colaboradores do COA encaram o futuro com esperança, mantendo-se mobilizados para a sua missão.

Angra do Heroísmo, 27 de Março de 2020

O Presidente do Conselho de Administração

Raul Aguiar do Rego