



CENTRO DE ONCOLOGIA DOS AÇORES
PROF. DOUTOR JOSÉ CONDE

RELATÓRIO DE ATIVIDADES - 2020

❖  r **c**ma

❖  r **c**ca

❖  r **c**cra

❖ **PICCA** 

❖ **RASTREIO OPORTUNÍSTICO**

❖ **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 – A TEMPO INTEIRO	8
2.1.2 – A TEMPO PARCIAL	9
2.1.3 – CCCDOA	9
2.2 RECURSOS FINANCEIROS	10
2.3 RECURSOS TECNOLÓGICOS	10
2.4 RECURSOS FÍSICOS	11
2.5 PARCERIAS	11
3. DESTINATÁRIOS DA MISSÃO DO COA	12
4. CONSELHO CONSULTIVO DE COMBATE À DOENÇA ONCOLÓGICA NOS AÇORES (CCCDOA)	12
5. AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DO PLANO DE ATIVIDADES 2020	15
5.1 SERVIÇOS PRESTADOS	15
5.2 PROGRAMAS E AÇÕES. TAXA DE EXECUÇÃO	16
5.2.1 – APOIO INSTRUMENTAL	18
5.3 DESPESAS POR PROGRAMA.....	18
6. AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO PLANO DE ATIVIDADES 2020	20
6.1 REGISTO ONCOLÓGICO NA REGIÃO DOS AÇORES (RORA).....	20
6.1.1 – HISTÓRICO	20
6.1.2 – ROA/RON 2020.....	25
6.2 PROGRAMAS ORGANIZADOS DE RASTREIO DE BASE POPULACIONAL	26
6.2.1 – RASTREIOS ONCOLÓGICOS NA RAA INFORMAÇÕES RELEVANTES.....	26
6.2.2 – CANCROS DETETADOS E SITUAÇÕES PRÉ-MALIGNAS	27

6.2.3 – PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO	29
6.2.4 – PRINCIPAIS INDICADORES DOS 4 PROGRAMAS DE RASTREIO ONCOLÓGICO EM 2020.....	30
6.2.5 – RASTREIO DE CANCRO DE MAMA (ROCMA).....	31
6.2.5.1 – HISTÓRICO	31
6.2.5.2 – EVOLUÇÃO POR VOLTA	32
6.2.5.3 –CANCROS DETETADOS POR VOLTA E ILHA	33
6.2.5.4 – DEMORA MÉDIA ENTRE ETAPAS.....	33
6.2.5.5 – ROCMA 2020.....	36
6.2.6 – RASTREIO DE CANCRO DO COLO DO útero (ROCCA)	37
6.2.6.1 – HISTÓRICO	37
6.2.6.2 – EVOLUÇÃO 2010/2019	40
6.2.6.3 – ROCCA 2020	41
6.2.6.4 – ROCCA. Mudança de paradigma – celebração de protocolo “único”.....	42
6.2.7 – RASTREIO DE CANCRO DO CÓLON E RETO (ROCCRA)	48
6.2.7.1 – HISTÓRICO	48
6.2.7.2 – ROCCRA EVOLUÇÃO.....	52
6.2.7.3 – ROCCRA 2020	53
6.2.8 – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DO CANCRO NA CAVIDADE ORAL NOS AÇORES (PICCOA)	54
6.2.8.1 – HISTÓRICO	54
6.2.8.2 – EVOLUÇÃO 2017/2020	56
6.2.8.3 – PICCOA 2020	57
6.3 RASTREIO OPORTUNÍSTICO/PRESCRITIVO.....	57
6.3.1 – ATOS CLÍNICOS.....	57
6.3.2 – EXAMES IMAGIOLÓGICOS	59
6.3.3 – CANCROS DE MAMA	61
7. CONCLUSÕES.....	62

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, relembremos e enalteçamos 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:

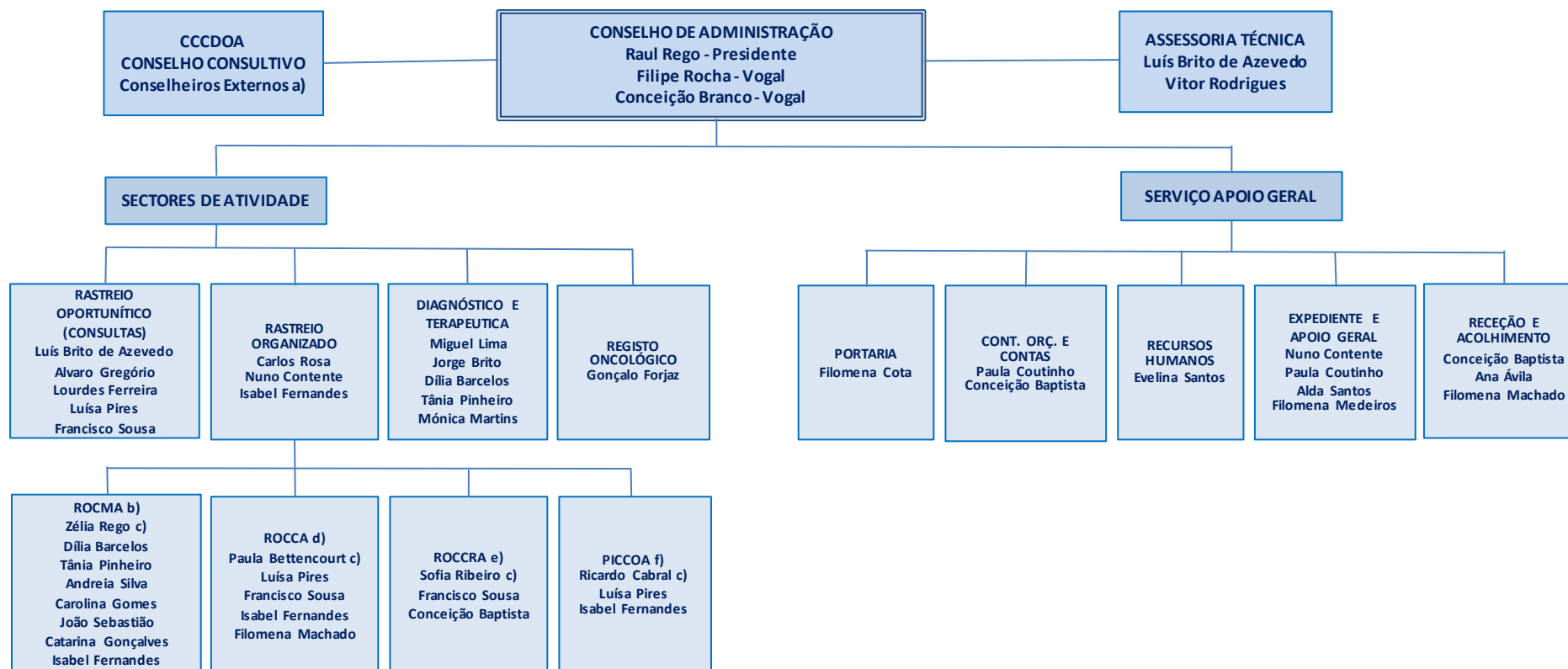
De carácter executivo o Conselho de Administração (CA); de carácter executivo, o Conselho Consultivo para o Combate à Doença Oncológica nos Açores (CCCDOA) e, carácter instrumental um Serviço de Apoio Geral.

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 2021)

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, 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 2020, o COA dispôs dos seguintes recursos:

2.1 RECURSOS HUMANOS

2.1.1 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

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

Tânia Pinheiro – TSDT

Andreia Silva – TSDT

Carolina Gomes – TSDT

João Sebastião – TSDT

Margarida Bulhões – TSDT

Catarina Gonçalves – 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

2.1.2 RECURSOS HUMANOS A TEMPO PARCIAL

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

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;

Ricardo Cabral – Médico Dentista, Diretor Técnico do PICCOA;

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;

2.1.3 CONSELHO CONSULTIVO PARA O COMBATE À DOENÇA ONCOLÓGICA NOS AÇORES (CCDOA)

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).

2.2 RECURSOS FINANCEIROS

As receitas (emitidas e cobradas) e as despesas (processadas e pagas) para o ano de 2020, homologamente comparadas com as de 2019, apresentam-se nos mapas seguintes:

	RECEITAS			
	2019		2020	
	<i>Emitidas</i>	<i>Cobradas</i>	<i>Emitidas</i>	<i>Cobradas</i>
Subs. Investimento	87.230,00€	87.230,00€	Ø	Ø
Subs. Exploração	1.050.000,00€	1.050.000,00€	1.000.000,00€	1.000.000,00€
Receitas Próprias	5.356,80€	6.386,70€	3.685,50€	4.337,10€
Outras	200,00€	200,00€	663,32€	663,32€
Total	1.142.786,80	1.143.816,70	1.004.348,82€	1.005.000,42€

Fonte: COA

	DESPESAS			
	2019		2020	
	<i>Processadas</i>	<i>Pagas</i>	<i>Processadas</i>	<i>Pagas</i>
Compras	27.989,76€	27.989,76€	23.457,29€	23.094,29€
Investimento	7.784,94€	7.784,94€	20.890,57€	20.890,57€
Aquis. Serviços	364.125,13€	335.513,40€	287.696,47€	248.335,63€
Pessoal	675.317,01€	675.317,01€	713.921,77€	693.509,68€
Outras	Ø	Ø	1.816,76€	1.816,76€
Total	1.075.216,84€	1.046.605,11€	1.047.782,86€	987.646,93€

Fonte: COA

Nesta conjuntura atípica ocorreu redução global na receita e na despesa. Em coerência com essa conjuntura a rubrica Aquisição de Serviços desceu 21% e o Pessoal subiu 9,5% na estrutura da Despesa.

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 (HDES), em Ponta Delgada 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 equipas coordenadoras dos programas de rastreio e ROA.
- 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, nomeadamente informando as USI das cartas convocatórias que lhe são devolvidas.

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 referência estabelecida pelos programas organizados de rastreio de base populacional, bem como à rede de referência 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 75 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 referência 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	PRESENCAS	
			CCCDOA	CONVIDADOS
1.ª	13 novembro 2015	COA – AH	RSB; VR; Gonçalo Forjaz (GF) e RR	
2.ª	4 março 2016	COA – AH	ML; VR; RSB; Jorge Câmara (JC); RC e RR	Diana Mendonça e João Soares (Diretor Regional da Saúde)
3.ª	30 junho 2016	HDES – PDL	ML; VR; RSB; RC; FS; GF e RR	
4.ª	16 janeiro 2017	HDES – PDL	ML; VR; RSB; RC e RR	Marta Silva
5.ª	12 maio 2017	USISM – PDL	ML; VR; RSB; RC; FS; OR e RR	
6.ª	6 julho 2017	HSEIT – AH	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 – AH	ML; NA; VR; RSB; FS; RC e RR	
8.ª	23 março 2018	USISM – PDL	ML; NA; AC; VR; RC; RSB e RR	Rui Luis (Secretário Regional da Saúde) Tânia Cortês (Diretora Regional da Saúde)
9.ª	25 outubro 2018	DRS – AH	ML; FS; VR; RC; OR e RR	Tiago Lopes (Diretor Regional da Saúde) Paula Bettencourt e Sofia Ribeiro
10.ª	9 novembro 2018	USISM – PDL	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 – PDL	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
15.ª	16 janeiro 2020	HH – Horta	NA; VR; FS; RC e RR	Tiago Lopes; Filipe Rocha; CA do HH e CA da USI Faial

Da atividade do CCCDOA em 2020, apenas ocorreu a 1.ª reunião.

A sua ordem de trabalhos foi:

Conselho Consultivo para o Combate à Doença Oncológica nos Açores (CCCDOA)

15.ª Reunião - Local: Sala de Reuniões – HH

Dia 16 - 5.ª feira (14h30 – 18h30)

- 1. Aprovação da ata da 14.ª reunião;**
- 2. CCCDOA/Programas Organizados de Rastreio Oncológico. Proposta de Programação para 2020;**
- 3. Ponto de situação de assuntos anteriormente tratados;**
 - 3.1 Registo oncológico açores/registo oncológico nacional (ROA/RON);**
 - 3.2 Estudo Sobre Cancro nos Açores;**
 - 3.3 Proposta relativa ao combate ao Tabagismo;**
 - 3.4 Norma de referenciação e atendimento pré-diagnóstico;**
 - 3.5 Complemento especial para doentes oncológicos (CEDO);**
 - 3.6 Outros assuntos.**

Dia 17 – 6.ª feira (9h00 – 11h30)

- 4. Reunião conjunta HH e USIF e interlocutores dos 4 programas de rastreio oncológico.**

5. AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DO PLANO DE ATIVIDADES 2020

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 (2018; 2019 e 2020) e os programas e ações que foram desenvolvidos em 2020 com a respetiva taxa de execução.

5.1 SERVIÇOS PRESTADOS

Designação	2018	2019	2020
1. Consultas	6 255	5 872	3 246
1.1 Médicas	4 813	4 743	2 748
1.1.1 Clínica médica	4 479	4 252	2 634
1.1.1.1 Medicina	3 952	3 707	2 249
1.1.1.2 Radiologia - Observações da mama	527	545	385
1.1.2 Clínica Médico - Cirúrgica	334	491	114
1.1.2.1 Dermatologia	334	491	114
1.2 De Enfermagem	1 442	1 129	498
2. Atos de diagnóstico	62 890		43 432
2.1 Análises clínicas	3 147	3 076	1 289
2.2 Citologias - De rastreio (ROCCA)	10 441	9 330	-
2.3 Ecografias	714	686	474
2.4 Mamografias - De diagnóstico	527	545	385
- De rastreio (ROCMA)	15 633	11 698	13 704
- Leituras rastreio (ROCMA)	32 048	23 915	27 516
2.5 Biópsias	290	201	64
3. Atos de terapêutica	244	442	49
3.1 Pequenas cirurgias	244	309	49
3.2 Outros atos de terapêutica	-	133	-

Fonte: COA

5.2 PROGRAMAS E AÇÕES – EXECUÇÃO EM 2020

Cod.	Programa	Cod.	Ações	Execução
1	ROA/RON	1.1	Assegurar a coordenação do registo oncológico dos Açores	Não executado
		1.2	Assegurar todas as tarefas de apoio ao RON, estabelecidas na lei n.º 53/2017 de 14 de julho	Não executado
		1.3	Articular com as Unidades de Saúde do SRS abastecedoras dos dados ROA/RON	Não executado
		1.4	Calcular a incidência no ano de 2017, de cancro nos Açores	Não executado
		1.5	Assegurar a gestão operacional do “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	Editar e publicar, em livro, “Registo Oncológico nos Açores – Incidência/Mortalidade/Sobrevivência e Prevalência”	Não executado b)
2	ROCMA	2.1	Programar/executar a 2.ª metade da 6.ª volta, por concelho/freguesia	60%
		2.2	Contratualizar serviços	100%
		2.3	Substituir os Protocolos de colaboração celebrados com as USI e Hospitais, por um protocolo único atualizado	Adiado
		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 Saudaçoar, as listagens de utentes	100%
		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 e USIs os principais indicadores do ROCMA	100%
		2.8	Assegurar a gestão centralizada da plataforma informática (SIRCM 2) e apoiar permanentemente os utilizadores	100%
		2.9	Articular com a DRS, a elaboração do contrato programa/metasp quantificadas ROCMA	100%
		2.10	Executar o controlo de qualidade dos mamógrafos e estações de leitura	100%
		2.11	Substituir o mamógrafo da UM2, com processador 18x24 cm, por outro com processador 24x30 cm	100%
		2.12	Preparar a informação para integrar no relatório Nacional anual	100%
		2.13	Proceder, no âmbito do CCCDOA, à avaliação/monitorização relativa ao ano anterior	Não executado b)
3	ROCCA	3.1	Programar/executar o 1.º ano da 4.ª volta, agora com nova metodologia e periodicidade (teste base o HPV com citologia reflexa, de 5 em 5 anos)	Adiado b)
		3.2	Articular com o HDES a preparação das instalações; aquisição/instalação dos equipamentos e recrutamento/formação de 2 TSDT, para a execução laboratorial do ROCCA no Serviço de Anatomia Patológica, daquele Hospital	100% a)
		3.3	Articular com as USI os novos procedimentos logísticos gerados pela mudança de paradigma do ROCCA	100%
		3.4	Assegurar a gestão centralizada da PI ROCCA e apoiar, permanentemente, os utilizadores	100%
		3.5	Apurar e comunicar, trimestralmente à DRS, USIs e Hospitais os principais indicadores ROCCA	Não executado b)
		3.6	Acompanhar e estimular a execução, atempada, das consultas de aferição	Não executado b)
		3.7	Acompanhar; avaliar e estimular os registos na PI ROCCA	Não executado b)
		3.8	Atualizar o manual executivo	Não executado b)
		3.9	Articular com a DRS a definição/quantificação das metas a atingir no âmbito do contrato programa ROCCA	100%
		3.10	Preparar a informação para integrar no relatório nacional (ano 2019)	100%
		3.11	Proceder, no âmbito do CCCDOA, à avaliação/monitorização relativa ao ano anterior	Não executado b)

(Continua)

(Continuação)

Cod.	Programa	Cod.	Ações	Execução
4	ROCCRA	4.1	Programar o rastreio em 2020, quer das tarefas a montante (USI), quer a jusante (hospitais), por freguesia	Não executado b)
		4.2	Promover campanha de informação/ mobilização (infomail; cartaz; desdobrável)	Não executado b)
		4.3	Assegurar a gestão centralizada da PI ROCCRA e apoiar, permanentemente, os utilizadores	100%
		4.4	Articular com a DRS na definição quantitativa da meta a atingir, no âmbito dos contratos programas	100%
		4.5	Acompanhar e estimular as consultas de aferição e registos na PI ROCCRA	100%
		4.6	Apurar os principais indicadores e comunicar trimestralmente à DRS, USIs e Hospitais	100%
		4.7	Preparar a informação para integrar no Relatório Nacional	100%
		4.8	Proceder no âmbito do CCCDOA, à avaliação/monitorização relativa ao ano anterior	Não executado b)
		4.9	Substituir os protocolos de colaboração celebrados com as USI e Hospitais, por um protocolo único atualizado	Não executado b)
5	PICCOA	5.1	Monitorizar a execução em 2019	100%
		5.2	Programar o PICCOA para 2020	100%
		5.3	Elaborar as listagens de utentes a rastrear em 2020	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, USIs e Hospitais	100%
		5.6	Manter campanha de informação/sensibilização	100%
		5.7	Acompanhar e estimular as consultas de aferição e registos na PI PICCOA	100%
		5.8	Preparar a informação para integrar no Relatório Nacional	100%
		5.9	Avaliar no âmbito do CCCDOA, o ano de 2019	Não executado b)
		5.10	Substituir os protocolos de colaboração celebrados com as USI e Hospitais, por um protocolo único atualizado	Não executado b)
6	ROCPA	6.1	De acordo com informação da DRS, o estudo e desenvolvimento deste projeto, ocorrerá na próxima legislatura	
7	ESTUDO SOBRE CANCRO NOS AÇORES	7.1	Concluir a execução dos protocolos de colaboração celebrados com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) e com a Universidade dos Açores (UA)	65%
		7.2	Ultimar a elaboração dos protocolos de colaboração a celebrar com as USI e HDES	100%
		7.3	Executar a gestão financeira das verbas do Plano afetas, nomeadamente os pagamentos contrapartida dos serviços prestados pelas entidades executantes	65%
		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%
		7.6	Dar apoio logístico ao inquérito à população a realizar em todas as ilhas (sub-estudo)	50%
8	RASTREIO OPORTUNISTA	8.1	Medicina (3 500 consultas)	79%
		8.2	Dermatologia (450 consultas)	25%
		8.3	Imagiologia (500 consultas)	77%
		8.4	Enfermagem (1 100 consultas)	45%
9	EXAMES IMAGIOLÓGICOS	9.1	Mamografias de diagnóstico (500)	77%
		9.2	Ecografias mamárias (500)	77%
		9.3	Ecografias outras (150)	59%
		9.4	Biópsias (200)	32%

a) com atraso de 6 meses em relação ao programado, por força da pandemia.

b) Devido à situação sanitária em cenário de pandemia.

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;
- 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 dos sistemas informáticos do COA;
- A resposta, em articulação com o gabinete do SRS, às solicitações da comunicação social e requerimentos da ALRA;

5.3 DESPESAS POR PROGRAMA

As despesas 2020, repartidas pelos programas, foram:

Programas	Pessoal	Outras Despesas		Total
		Diretas	Indiretas	
ROCMA	228 171,39	212 279,03	18 594,56	459 044,98
ROCCA	93 700,36	12 275,30	4 473,99	110 449,65
ROCCRA	115 451,85	16 464,35	5 569,13	137 485,33
PICCOA	46 569,37	11 017,27	2 431,14	60 017,78
ROCPA	-	-	-	-
ROA/RON	30 264,31	1 977,40	1 361,15	33 602,86
Rastreio Oportunístico	50 002,43	65 637,76	4 882,00	120 522,19
Imagiologia	37 638,97	38 420,15	3 211,00	79 270,12
Estudo Cancro Açores	16 733,54	14 815,01	1 331,89	32 880,44
Total	618 532,22	372 886,27	41 854,86	1 033 273,35

Fonte: COA

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

DESPESAS POR PROGRAMA PREVISTO/EXECUTADO 2020								
Programas	Pessoal		Diretas		Indiretas		Total	
	Previsto (€)	Executado (€)	Previsto (€)	Executado (€)	Previsto (€)	Executado (€)	Previsto (€)	Executado (€)
ROCMA	229 904,00	228 171,39	279 965,00	212 279,03	31 450,00	18 594,56	541 319,00	459 044,98
ROCCA	98 622,00	93 700,36	25 550,00	12 275,30	10 981,00	4 473,99	135 153,00	110 449,65
ROCCRA	133 844,00	115 451,85	227 188,00	16 464,35	17 020,00	5 569,13	378 052,00	137 485,33
PICCOA	56 355,00	46 569,37	92 503,00	11 017,27	5 710,00	2 431,14	154 568,00	60 017,78
ROCPA	-	-	-	-	-	-	-	-
RO/RON	23 695,00	30 264,31	6 893,00	1 977,40	2 121,00	1 361,15	32 709,00	33 602,86
Rastreio Oportunístico	47 390,00	50 002,43	65 926,00	65 637,76	18 682,00	4 882,00	131 998,00	120 522,19
Imagiologia	36 503,00	37 638,97	37 500,00	38 420,15	6 425,00	3 211,00	80 428,00	79 270,12
Estudo Cancro Açores	14 087,00	16 733,54	63 096,00	14 815,01	-	1 331,89	77 183,00	32 880,44
Total	640 400,00	618 532,22	798 621,00	372 886,27	92 389,00	41 854,86	1 531 410,00	1 033 273,35

Fonte: COA

Na relação previsto/executado 2020, nas despesas por programa regista-se uma redução de cerca de meio milhão de euros com destaque para o ROCCRA (cujo programa não avançou) e do ROCMA.

DESPESAS POR PROGRAMA/COMPARAÇÃO 2019/2020								
Programas	Pessoal		Diretas		Indiretas		Total	
	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019
ROCMA	228 171,39	166 405,36	212 279,03	233 932,79	18 594,56	28 465,08	459 044,98	428 803,23
ROCCA	93 700,36	90 395,58	12 275,30	15 386,49	4 473,99	7 521,38	110 449,65	113 303,45
ROCCRA	115 451,85	126 139,79	16 464,35	41 417,93	5 569,13	11 913,79	137 485,33	179 471,51
PICCOA	46 569,37	47 508,38	11 017,27	11 352,84	2 431,14	4 185,19	60 017,78	63 046,41
ROCPA	-	14 396,50	-	-	-	-	-	14 396,50
RO/RON	30 264,31	33 112,29	1 977,40	2 372,60	1 361,15	2 523,07	33 602,86	38 007,96
Rastreio Oportunístico	50 002,43	44 405,29	65 637,76	118 589,64	4 882,00	11 589,36	120 522,19	174 584,29
Imagiologia	37 638,97	32 166,36	38 420,15	35 271,83	3 211,00	4 795,03	79 270,12	72 233,22
Estudo Cancro Açores	16 733,54	14 045,47	14 815,01	29 638,00	1 331,89	3 106,01	32 880,44	46 789,48
Total	618 532,22	568 575,02	372 886,27	487 962,12	41 854,86	74 098,91	1 033 273,35	1 130 636,05

Fonte: COA

Na comparação com 2019 destaca-se o acentuado acréscimo de despesa com pessoal devido à introdução do regime de trabalho acrescido. Nas despesas diretas e indiretas ocorreu a inevitável redução de despesa, ao invés das despesas com pessoal que integram o elenco das despesas fixas.

6. AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO PLANO DE ATIVIDADES DE 2020

6.1 REGISTO ONCOLÓGICO REGIÃO DOS AÇORES (RORA)

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 – EUROCORE-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 on 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 AFRCN.
- 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 EURO CARE 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.encl.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 EUROCORE-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, ROENO, 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 prerrogativas 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/RON 2020

Das 8 ações inscritas no PA 2020 no programa ROA/RON, 5 não foram executadas.

As ações 1.1; 1.2 e 1.3, relacionadas com o RON, obrigatórias nos termos da Lei n.º 53/2017, de 14 de julho, foram incumpridas pelos 3 hospitais. A esta data, no que respeita ao RON, os Açores não têm informação na plataforma RON, a partir de janeiro de 2018.

Quanto às ações 1.4 e 1.8 também não se concretizaram porque o HSEIT não forneceu a informação a que estava obrigado. As informações do HDES e HH, relativas ao ano de 2017 já estão na posse do COA.

Em 2020, concluiu-se o processo de transferência da base de dados do RORA (1997/2016) para a base de dados Nacional (RON), com excelente colaboração do Dr. Gonçalo Forjaz.

6.2 PROGRAMAS ORGANIZADOS DE RASTREIO DE BASE POPULACIONAL

No mapa seguinte reúne-se informação pertinente (data de início; faixa etária; 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 ONCOLÓGICOS NOS AÇORES

RASTREIOS ONCOLÓGICOS	DATA INÍCIO	POPULAÇÃO ALVO ELEGÍVEL	FAIXA ETÁRIA	PERIODICIDADE	TESTE DE REFERÊNCIA
Rastreio Organizado de Cancro de Mama Feminina ROCMA	janeiro 2009	37 000 mulheres	45/74 anos	2 em 2 anos	mamografia com dupla incidência
Rastreio Organizado ao Cancro do Colo do Útero ROCCA	2010 e 2011	68 500 mulheres	25/64 anos	5 em 5 anos	HPV (pesquisa de ácidos nucleicos dos serotipos oncogénicos do papiloma humano)
Rastreio Organizado ao Cancro do Cólon e Reto ROCCRA	Faial - 2014 Pico, Flores e Corvo - 2015 S. Miguel e St.ª Maria - 2016 Terceira - 2018 S. Jorge e Graciosa - 2019	65 000 homens e mulheres	50/74 anos	2 em 2 anos	PSOF (pesquisa de sangue oculto nas fezes, pelo método imunoquímico)
Programa de Intervenção no Cancro da Cavidade Oral PICCOA	janeiro 2017	116 000 homens e mulheres	40/75 anos	5 em 5 anos	Consulta por médico dentista

Fonte: COA

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 gastroenterologia 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 Gastroenterologia; 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. Em 2019 teve início em São Jorge e Graciosa.

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 12 anos de rastreio ao cancro da mama, 11 anos ao cancro do colo do útero, 7 anos ao cancro do cólon e reto e 4 anos ao cancro na cavidade oral, os “macro” resultados resumem-se no quadro seguinte:

RASTREIOS ONCOLÓGICOS CANCROS DETETADOS E SITUAÇÕES PRÉ-MALIGNAS

VOLTAS	ROCMA	ROCCA		ROCCRA		PICCOA		TOTAL	
	Cancros	Cancros	Lesões Major b)	Cancros	Pólip. Pré- Malig. b)	Cancros	Acomp. Hosp. b)	Cancros a)	Lesões Pré-Malig.
1. ^a V.	75	8	128 c)	50	375	14	150	147	639
2. ^a V.	73	11	152 d)	32	194	-	-	116	322
3. ^a V.	98	11	131 e)	5	38	-	-	114	140
4. ^a V.	99	-	-	-	-	-	-	99	-
5. ^a V.	111	-	-	-	-	-	-	111	-
6. ^a V.	73 a)	-	-	-	-	-	-	73 a)	-
TOTAL	529	30	411	87	607	14	150	660 a)	1101

Fonte: COA

a) Dados provisórios. Processos em curso. Os dados relativos à 6.^a volta do ROCMA referentes às ilhas de Faial e Pico, não foram, ainda, inseridos.

b) Lesões Pré-malignas;

c) Dos quais 18 cancros in-situ;

d) Dos quais 15 cancros in-situ;

e) Dos quais 10 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 2020, em cumprimento das ações programadas no PA (2,9; 3,9; 4,4 e 5,5) a proposta do COA foi a seguinte:



PROPOSTA DE METAS PARA CONTRATUALIZAÇÃO EM 2020 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	<ul style="list-style-type: none">• A taxa de participação populacional é o indicador selecionado para o processo de contratualização. Calcula-se pelo quociente rastreados/rastreáveis;• Fixam-se valores mínimos a alcançar para cada programa (75% para o ROCMA; 45% para o ROCCA; 35% para o ROCCRA e 30% para o PICCOA);• As metas variam nos programas e ilhas, tendo em conta as metas alcançadas no ano anterior e/ou nas voltas anteriores. Não faz sentido fixar uma meta inferior à alcançada anteriormente.
FLORES	75	55	50	55	
FAIAL	80	55	60	65	
PICO	85	75	55	75	
SÃO JORGE	85	65	50	60	
GRACIOSA	90	55	50	60	
TERCEIRA	75	55	35	35	
SÃO MIGUEL	75	45	35	30	
SANTA MARIA	85	85	50	60	

Fonte: COA

6.2.4 PRINCIPAIS INDICADORES DOS 4 PROGRAMAS DE RASTREIO ONCOLÓGICO EM 2020

No mapa seguinte identificam-se os 10 indicadores habituais, dos 4 programas relativos ao ano de 2020:

PROGRAMAS ORGANIZADOS DE RASTREIO EM 2020 - INDICADORES



	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)	18 472	-	32 548	23 181
População convocada (2)	18 472	-	11 175	21 822
População rastreada (3)	13 704	-	3 684	6 614
Taxa de participação populacional (4)	74,2%	-	11,3%	28,5%
Taxa de cobertura geográfica (5)	100%	-	100%	100%
Taxa de adesão (6)	74,2%	-	33%	30,3%
Consulta de aferição (7)	422	-	187	179
Taxa de aferição (8)	3,1%	-	5,1%	2,7%
Lesões pré-malignas (9) a)	-	-	38	150
Cancros (10) a)	34 a)	-	5 a)	2 a)

(1) População alvo elegível em 2020, após expurga das situações de exclusão;

(2) População convocada;

(3) População que efetuou o exame de referência para rastreio (mamografia no ROCMA; pesquisa de sangue oculto nas fezes no ROCCRA e consulta por 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. Processos em curso.

Fonte: COA

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 3.^a 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 Sudaçor; 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} 6 voltas do ROCMA (12 anos de vida do programa):

ROCMA - EVOLUÇÃO (2009/2020)

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 2019/2020
(1) Rastreáveis	37 202	38 001	38 123	39 227	41 391	37 210
(2) Rastreadas	19 129	23 691	27 299	29 523	29 822	26 583
(3) Taxa Participação Populacional (%)	51,4%	62,3%	71,6%	75,3%	72%	71,4%
(4) Consultas de Aferição	1 862	1 325	834	957	824	751
(5) Taxa Aferição (%)	9,7%	5,6%	3,1%	3,2%	2,8%	2,8%
(6) Cancros	75	73	98	99	109	73 a)

Fonte: COA

(3) = (2) / (1)

(5) = (4) / (2)

a) Dados provisórios. Processos em curso

6.2.5.3 CANCROS DETETADOS POR VOLTA E ILHA

Através do ROCMA, foram detetados em 12 anos, 529 cancro de mama, na sua esmagadora maioria em estado precoce, repartidos pelo mapa seguinte.

ROCMA - CANCROS DETETADOS POR VOLTA E ILHA

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 (2019/2020)		
	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	4	5,5
S. Miguel	9046	36	48,00	11193	16	21,92	13423	38	38,78	14646	32	32,32	14601	63	56,8	11609 a)	40	54,8
Terceira	5270	19	25,33	5989	27	36,99	6760	36	36,73	7437	43	43,43	7632	26	23,4	7391	22	30,1
Graciosa	505	4	5,33	550	-	-	554	6	6,12	602	3	3,03	590	3	2,7	589	1	1,4
S. Jorge	893	6	8,00	1095	9	12,33	1294	4	4,08	1288	8	8,08	1336	5	4,5	1324	5	6,8
Pico	1132	4	5,33	2032	12	16,44	2168	3	3,06	2229	5	5,05	2175	3	2,7	2278	-	-
Faial	1241	4	5,33	1688	8	10,96	1891	8	8,16	2046	5	5,05	2090	9	8,1	2062	-	-
Flores	342	1	1,33	370	-	-	385	-	-	422	-	-	431	1	0,9	436	1	1,4
Corvo	15	-	-	23	-	-	23	-	-	23	-	-	30	-	-	45	-	-
TOTAL	19129	75	100	23691	73	100	27299	98	100	29523	99	100	29733	111	100	26583	73 a)	100

a) Dados provisórios. Processos em curso (atraso em São Miguel de cerca de 5 meses).

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 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 e 2020)

INTERVALOS	TEMPOS (dias úteis)												GUIDELINES
	2017		2018		2019		2020						
Mamografia → Leitura	15,31		14,10		13,82		13,96						15
	Envio Aferição						Consulta de Aferição						Envio aferição
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020	
Leitura + → Aferição	16,37	16,69	12,19	21,17	16,12	16,74	12,81	21,11					5
Leitura R3 → Aferição	17,08	17,76	12,38	24,97	16,79	17,80	13,19	24,91					-
Leitura R4/R5 → Aferição	11,24	12,89	11,21	8,75	11,32	13,04	10,64	8,75					-
	2017		2018		2019		2020						Total
Consulta Aferição → Resultado Aferição	2,78		2,88		3,9		3,26						
Resultado Aferição → Encaminhamento	1,42		1,66		2,38		1,75						-
	Total				Benigno				Maligno				Total
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020	
Rastreio → 1.ª Consulta Hospitalar	69,91	57,51	49,65	48,32	81,71	66,25	62,20	61,00	58,41	50,99	46,17	45,05	-
Aferição → 1.ª Consulta Hospitalar	29,47	22,45	8,61	14,77	36,94	26,90	5,60	11,75	22,77	19,33	9,44	15,44	-

Fonte: COA (PI do ROCMA - SIRCM 3)

Esta informação refere-se ao todo regional.

A demora média entre a execução da mamografia e a sua leitura manteve-se em 2020 em relação a 2019 e continua 1,04 dias úteis abaixo do valor recomendado pelas *guidelines* europeias.

No que respeita à etapa entre a leitura e a execução das aferições verificou-se um acentuado agravamento fruto da redução da capacidade de resposta hospitalar em época de pandemia. A demora média aumentou cerca de 8 dias úteis. Ressalva-se, todavia, que essa demora registou uma melhoria importante (menos cerca de 2 dias úteis), no que respeita as aferições das mulheres referenciadas com maior suspeita de cancro (R4 e R5).

Na etapa que decorre entre a aferição e a 1.ª consulta hospitalar a demora média subiu significativamente (cerca de 6 dias úteis). Mesmo assim, em termos globais, o período que decorreu entre a mamografia de rastreio e a 1.ª consulta hospitalar foi, em 2020, ligeiramente inferior a 2019 (menos 1,33 dias úteis).

ROCMA - Demora média das etapas por centro de aferição (2017/2020)

INTERVALOS	CENTRO DE AFERIÇÃO	NÚMERO DIAS ÚTEIS				GUIDELINES
		2017	2018	2019	2020	
Mamografia/Leitura	HH a)	18	20	20	13	15
	HSEIT	19	15	20	20	
	HDES	16	13	13	13	
Leitura+/Aferição	HH a)	35	30	20	-	5
	HSEIT	13	20	12	16	
	HDES	14	10	13	16	
Aferição/Resultado	HH a)	8	2	2	-	5
	HSEIT	8	6	8	5	
	HDES	4	6	11	6	
Resultado/Encaminhamento	HH a)	1	1	1	-	-
	HSEIT	1	1	2	1	
	HDES	2	2	4	3	
Rastreio/1.ª Consulta Hospitalar	HH a)	58	54	49	-	-
	HSEIT	71	51	53	51	
	HDES	70	62	38	44	
Aferição/1.ª Consulta Hospitalar	HH a)	8	8	3	-	15
	HSEIT	18	10	7	9	
	HDES	34	31	13	23	

Fonte: COA (PI ROCMA - SIRCM 3)

a) Na PI ROCMA não foi introduzida informação.

Nos 18 indicadores sob avaliação regista-se em 2020, em relação a 2019, uma evolução de melhoria em 6, uma manutenção de resultado em 2 uma piora em 5 indicadores e, nos restantes quatro relativos ao HH, não foi possível apurar informação, por falta de registo de resultado na PI ROCMA.

Intervir, de forma direta e pertinente, neste tipo de indicadores não é fácil, dada a sua interdependência e complexidade. Mesmo assim, perante as poderosas condicionantes sanitárias, estes resultados foram “resistentes”.

6.2.5.5 ROCMA 2020

Rastreo Organizado de Cancro de Mama dos Açores - 2020

Ilha	Mulheres de 45 a 74 anos				Leituras Positivas	Taxa Leit. + (5)	Aferição Positiva	Taxa Afer.+ (13)	Diagn. Cancro a)	Taxa Ca/MR (22)
	Convocadas (1)	Convocáveis (2)	Rastreadas (3)	Taxa participação (4)						
Concelho										
Santa Maria										
São Miguel	10 985	9 924	6 643	66,9%	285	4,3%	56	0,8%	24	3,61 ‰
Lagoa	66	66	66	100,0%	5	7,6%	2	3,0%	1	15,15 ‰
Nordeste										
Ponta Delgada	3 879	3 458	2 385	69,0%	97	4,1%	16	0,7%	7	2,94 ‰
Povoação										
Ribeira Grande	4 930	4 436	2 898	65,3%	131	4,5%	28	1,0%	13	4,49 ‰
Vila Franca do Campo	2 110	1 964	1 294	65,9%	52	4,0%	10	0,8%	3	2,32 ‰
Terceira	2 070	1 791	1 396	77,9%	40	2,9%	7	0,5%	5	3,58 ‰
Angra do Heroísmo	2 065	1 786	1 391	77,9%	40	2,9%	7	0,5%	5	3,59 ‰
Praia da Vitória	5	5	5	100,0%		0,0%		0,0%		0,00 ‰
Graciosa	1	1	1	100,0%		0,0%		0,0%		0,00 ‰
São Jorge	1 767	1 570	1 324	84,3%	21	1,6%	6	0,5%	5	3,78 ‰
Calheta	771	663	566	85,4%	13	2,3%	2	0,4%	1	1,77 ‰
Velas	996	907	758	83,6%	8	1,1%	4	0,5%	4	5,28 ‰
Pico	2 886	2 604	2 278	87,5%	39	1,7%		0,0%		0,00 ‰
Lajes do Pico	924	835	760	91,0%	11	1,4%		0,0%		0,00 ‰
Madalena	1 238	1 122	985	87,8%	14	1,4%		0,0%		0,00 ‰
São Roque do Pico	724	647	533	82,4%	14	2,6%		0,0%		0,00 ‰
Faial	2 956	2 582	2 062	79,9%	37	1,8%		0,0%		0,00 ‰
Flores										
Lajes das Flores										
Santa Cruz das Flores										
Corvo										
Total	20 665	18 472	13 704	74,2%	422	3,1%	69	0,5%	34	2,48 ‰

(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.rastreadas)

(22)-Permilagem de cancro. (Mulheres com cancro/M.rastreadas)

a) Dados provisórios. Processos em curso.

O ROCMA, em 2019 registou um atraso, uma parte devido ao acumulado, outra devido às 2 situações de licença por maternidade das nossas TSDT. As medidas programadas visando a recuperação em 2020 não surtiram efeito, por força da pandemia. Esta, por seu turno, agravou o atraso que, a esta data, se avalia em cerca de 5,5 meses na ilha de São Miguel. É em São Miguel porque as ocorrências que o sustentam coincidiram com a programação institucionalizada desde a primeira volta para salvaguardar a periodicidade bienal do rastreo. O atraso “histórico” foi devido a um acidente de viação com a Unidade Móvel 1, o atraso por ausência das TSDT e o surgimento do surto pandémico coincidiram com as datas da programação do rastreo na ilha.

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 128 de alto grau). A 1ª volta do ROCCA detetou 18 casos de CIS/AIS e 8 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 esteve 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 1.^a 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, 1.^o ano da 2.^a volta, foram rastreadas 7095 mulheres. Foi o ano com mais participação mas, mesmo assim, aquém da meta fixada (55% para a 2.^a 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 recíproco, 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 24 572 mulheres (taxa de participação de 35,9%) 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%). Na 2.^a volta detetaram-se 152 lesões pré-malignas (inclui 15 cancros in situ) e 11 carcinomas.

Ao fim da 3.^a volta (2017/2019), foram rastreadas 27 714 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%). Na 3.^a volta detetou-se 131 lesões pré-malignas (inclui 10 cancros in situ) e 11 carcinomas.

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 primeiros 10 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	667
(5) Taxa de Aferição	2,6%	2,5%	2,4%
(6) Lesões Pré-Malignas	128 b)	152 c)	131 d) e)
(7) Cancros	8	11	11 e)
(8) Taxa Detecção de Carcinomas f)	1,29%	1,83%	1,65%
(9) N.º de Cancros por 1000 g)	0,33‰	0,45‰	0,4‰

Fonte: COA

a) Redução da taxa devido ao aumento da população convocável

b) Das quais 18 carcinomas in situ e 110 lesões de alto grau (CIN 2/3)

c) Das quais 15 carcinomas in situ e 137 lesões de alto grau (CIN 2/3)

d) Dos quais 10 carcinomas in situ e 121 lesões de alto grau (CIN 2/3)

e) Dados provisórios. Processos em curso

f) $(8) = (7) / (4)$

g) N.º de cancros por 1000 mulheres rastreadas $(9) = (7) / (2)$

$(3) = (2) / (1)$

$(5) = (4) / (2)$

6.2.6.3 ROCCA 2020

No mapa seguinte registam-se os dados relativos a 2020:

Rastreio Organizado de Cancro de Colo do Útero - 2020

Unidade Saúde de Ilha Centro de Saúde	Mulheres 25 a 64 anos					Resultados da Citologia de Rastreio								Inconclusivo (Total)		
	Rastreáveis (Total)	Rastreáveis (até 4ºT)	Convocados Utentes	%	Utentes Rastreados	Taxa de Participação	Negativo	Repetição HPV a 1ano	Inconclusivo (Sem Repet)	Aferição UPC						
	(3)	(3A)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
USI Corvo/CS Corvo	111	22	1	4,5%			#####	#####								
USI Faial/CS Horta	4 106	821	50	6,1%	9	1,1%	#####	#####	9	#####						
USI Flores/CS Sta. Cruz das Flores	1 099	220	35	15,9%			#####	#####								
USI Graciosa/CS Sta. Cruz Graciosa	1 088	218					#####	#####								
USI Pico	3 754	751	62	8,3%			#####	#####								
CS Lajes do Pico	1 016	203	18	8,9%			#####	#####								
CS Madalena	1 668	334	19	5,7%			#####	#####								
CS São Roque	1 070	214	25	11,7%			#####	#####								
USI Santa Maria/CS Vila do Porto	1 563	313	40	12,8%			#####	#####								
USI São Jorge	2 445	489	4	0,8%			#####	#####								
CS Calheta	1 003	201	2	1,0%			#####	#####								
CS Velas	1 442	288	2	0,7%			#####	#####								
USI São Miguel	41 391	8 278	925	11,2%	51	0,6%	#####	#####	51	#####						
CS Nordeste	1 286	257	72	28,0%			#####	#####								
CS Ponta Delgada	26 438	5 288	678	12,8%	49	0,9%	#####	#####	49	#####						
CS Povoação	1 765	353	13	3,7%			#####	#####								
CS Ribeira Grande	8 552	1 710	121	7,1%			#####	#####								
CS Vila Franca do Campo	3 350	670	41	6,1%	2	0,3%	#####	#####	2	#####						
USI Terceira	15 263	3 053	282	9,2%	57	1,9%	#####	#####	57	#####						
CS Angra do Heroísmo	9 559	1 912	153	8,0%	43	2,2%	#####	#####	43	#####						
CS Praia da Vitória	5 704	1 141	129	11,3%	14	1,2%	#####	#####	14	#####						
Total Açores	70 820	14 164	1 399	9,9%	117	0,8%	#####	#####	117	#####						

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 HPV/citologia de rastreio

(7) = (6) / (3A)

(8) Sem sinais de malignidade

(9) = (8) / [(6)-(12)]

(10) Reavaliação/Repetição do HPV após 1 ano

(11) = (10) / [(6)-(12)]

(12) Mulheres para repetição de colheita

(13) = (12) / (6)

(14) Mulheres referenciados para consulta de aferição

(15) = (14) / [(6)-(12)]

(16) Número total de citologias Inconclusivas

(17) = (16) / [(6)-(12)+(16)]

Das 11 ações programadas no PA 2020, 5 foram executadas a 100%, 1 foi adiada e 5 não foram executadas por força da conjuntura sanitária.

Como se pode verificar o programa esteve parado em 2020. Com a mudança de paradigma do ROCCA no arranque da 4.^a volta (ano de 2020) o teste de referência deixa de ser a citologia ginecológica com HPV reflexo de 3 em 3 anos e passa a ser o HPV, com citologia reflexa de 5 em 5 anos. Estava programado iniciar essa volta a meados de 2020, utilizando o 1.^o semestre para executar um vasto universo de ações, (aquisição/instalação de novos equipamentos e realização de obras no Serviço de Anatomia Patológica no HDES que assegurará o procedimento laboratorial de todos os exames do ROCCA; recrutamento de pessoal e conceção/adaptação da plataforma informática ROCCA). Era suposto ser retomado na 2.^a metade do ano mas a pandemia não permitiu.

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 envolvimento 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 monitorização 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 logotipo 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 gastroenterologia 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 recaiu 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 gastroenterologia 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	N.º
Utentes elegíveis para rastreio	3 495
Utentes rastreados	1 652 (47%)
Resultado negativo na pesquisa de sangue oculto nas fezes	1 557 (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 $\frac{1}{3}$ 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 expectativas 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 clínicas, revelou-se adequado, sem falhas e sem necessidade de qualquer ajustamento.

No que respeita à gastroenterologia, 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 gastroenterologia 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 periodicidade 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, gradualmente, de fácil utilização, eficaz e segura. 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

As voltas neste rastreio ocorrem de 2 em 2 anos. Como o início deste rastreio decorreu entre 2014 e 2019, as últimas USI a começar estão na 1.^a volta, as intermédias na 2.^a volta e as primeiras na 3.^a volta. É um processo dinâmico.

Os resultados apontados na tabela abaixo refletem a situação registada a 31.12.2020 em cada volta.

ROCCRA - EVOLUÇÃO a)

INDICADORES	1.ª VOLTA	2.ª VOLTA	3.ª VOLTA
(1) Rastreáveis	67 924	52 671	8 953
(2) Rastreados	20 511	11 496	2 377
(3) Taxa Participação Populacional	30,2%	21,8%	26,5%
(4) Consultas de Aferição	1 335	640	133
(5) Taxa de Aferição	6,5%	5,6%	5,6%
(6) Lesões com Potencial Maligno	375	194	38
(7) Cancros b)	50	32	5

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 e Pico.

b) Processos em curso.

6.2.7.3 ROCCRA 2020

No mapa seguinte identificam-se os resultados apurados no ano de 2020 repartidos por ilha e concelho. Também neste programa o impacto da pandemia foi determinante. De 2019 para 2020, transitaram cerca de 280 colonoscopias em atraso repartidas pelos 3 hospitais. Perante este cenário, suspendemos a emissão de novas cartas convite/convocatória a montante até desbloqueio da resposta a jusante. Com o surto da pandemia essa capacidade de resposta ficou agravada e o programa ficou bloqueado. A execução só ocorreu a montante devido ao volume significativo de processos desencadeados em finais de 2019. Ao longo do ano, de forma lenta, as colonoscopias em atraso foram, quase todas, executadas no HDES e HH e quase todas, não executadas no HSEIT. Em 2020 o programa só esteve ativo nos processos em curso, conforme mapa seguinte:

Rastreio Organizado de Cancro do Cólon e Reto - 2020

Unidade Saúde de Ilha Centro de Saúde	População 50 a 74 anos						Resultados da PSOF						
	Utentes Rastreáveis (total) (3)	Rastreáveis no Período (4T) (4)	Consentimento			Utentes Rastreados (7)	Taxa de Participação (8)	Negativo		Positivo		Inconclusivo	
			Utentes Convidados	Utentes	%			(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
USI Corvo/CS Corvo (3V 2019-2020)													
USI Faial/CS Horta (3V 2018-2020)	4 146	2 073	4 136	2 273	55,0%	2 018	97,3%	1 907	94,5%	111	5,5%		
USI Flores/CS Sta. Cruz das Flores (3V 2019-2020)													
USI Graciosa/CS Sta. Cruz Graciosa (1V 2018-2020)	1 221	611		25		112	18,3%	107	95,5%	5	4,5%		
USI Pico (3V 2018-2020)	4 608	2 304	1 671	671	40,2%	220	9,5%	208	94,5%	12	5,5%		
CS Lajes do Pico	1 429	715	559	227	40,6%	1	0,1%	1	100%				
CS Madalena	1 950	975	870	369	42,4%	215	22,1%	203	94,4%	12	5,6%		
CS São Roque	1 229	615	242	75	31,0%	4	0,7%	4	100%				
USI Santa Maria/CS Vila do Porto (2V 2017-2018)	1 676	838		1		2	0,2%	2	100%			2	50,0%
USI São Jorge (1V 2018-2020)	2 851	1 426		132		263	18,4%	241	91,6%	22	8,4%		
CS Calheta	1 177	589		82		121	20,6%	113	93,4%	8	6,6%		
CS Velas	1 674	837		50		142	17,0%	128	90,1%	14	9,9%		
USI São Miguel	32 836	16 418	5 368	1 517	28,3%	1 034	6,3%	997	96,4%	37	3,6%	16	1,5%
CS Nordeste (3V 2019-2020)						1		1	100%				
CS Ponta Delgada (2V 2018-2020)	22 140	11 070	5 338	1 428	26,8%	969	8,8%	936	96,6%	33	3,4%	1	0,1%
CS Povoação (3V 2019-2020)			1	12	1200%	8		7	87,5%	1	12,5%		
CS Ribeira Grande (2V 2018-2019)	7 505	3 753	9	73	811%	54	1,4%	52	96,3%	2	3,7%	8	12,9%
CS Vila Franca do Campo (2V 2018-2019)	3 191	1 596	20	4	20,0%	2	0,1%	1	50,0%	1	50,0%	7	77,8%
USI Terceira (1V 2018-2019)	17 758	8 879		34		35	0,4%	35	100%			23	39,7%
CS Angra do Heroísmo	11 195	5 598		22		18	0,3%	18	100%			12	40,0%
CS Praia da Vitória	6 563	3 282		12		17	0,5%	17	100%			11	39,3%
Total Açores	65 096	32 548	11 175	4 653	41,6%	3 684	11,3%	3 497	94,9%	187	5,1%	41	1,1%

(3) Utentes após expurgar das situações de exclusão

(4) Utentes convidados para adesão

(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) / (3)

(9) PSOF Negativa

(10) = (9) / (7)

(11) PSOF Positiva

(12) = (11) / (7)

(13) PSOF Inconclusivo não se consideram rastreados

(14) = (13) / (7)

Das 9 ações previstas executar no PA para 2020, 5 foram executadas a 100% e 4 não executadas.

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 expectativas iniciais.

O modelo organizacional e operacional que foi adotado, nomeadamente a PI e, 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.

6.2.8.2 PICCOA. EVOLUÇÃO 2017/2020

PICCOA - EVOLUÇÃO (1.ºs 4 anos)

HOMENS E MULHERES	2017	2018	2019	2020	TOTAL
(1) Convocáveis	24 025	24 396	23 241	23 181	94 843
(2) Convocados	13 136	18 585	22 655	21 822	76 198
(3) Rastreados	4 045	6 032	7 283	6 614	23 974
(3.1) Assintomáticos	4 005	5 973	7 191	6 557	23 726
(3.2) Sintomáticos	40	59	92	57	248
(4) Taxa de Participação	16,8%	24,7%	31,3%	28,5%	25,3%
(5) Taxa de Adesão	30,7%	32,5%	32,1%	30,3%	31,5%
(6) Consulta de Aferição	218	202	218	179	817
(7) Taxa de Aferição	5,4%	3,4%	3%	2,7%	3,4%
(8) Lesões com Potencial Maligno	55	47	40	8 a)	150
(8.1) Assintomáticos	44	34	28	4	110
(8.2) Sintomáticos	11	13	12	4	40
(9) Cancros	4	5	3	2 a)	14
(9.1) Assintomáticos	2	2	1	-	5
(9.2) Sintomáticos	2	3	2	2	9

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 (rastream-se 4045 utentes em 2017, 6032 em 2018 e 7283 em 2019). Em 2020 foram rastreados 6614 utentes o que, tendo em conta as condicionantes sanitárias, foi um excelente resultado. Foram 2 meses “normais”, 3 meses de paragem e 7 meses sob fortes condicionantes. Tendo em conta que o exame de referência deste rastreio é a visualização direta da cavidade oral, exigindo grande proximidade médico/utente e correspondentes cuidados cautelares acrescidos. Foi louvável, a coragem e o profissionalismo dos médicos dentistas do Serviço Regional de Saúde. Conseguiram, numa conjuntura sanitária muito adversa, a maior produtividade de sempre.

6.2.8.3 PICCOA 2020

No mapa seguinte apresentam-se os dados apurados relativos a 2020, repartidos por ilha e concelho:

Programa de Intervenção no Cancro da Cavidade Oral nos Açores - 2020

Unidade Saúde de Ilha Centro de Saúde	Utentes com 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 anos e referenciados				Utentes Rastreados		Resultados da consulta								Inconclusivo (total)	
	Rastreáveis (2020)	Rastreáveis (até 4ºT)	Convocados Utentes	%		Taxa de Participação	Negativo	Recomendação	Inconclusivo (Sem repet.)	Aferição						
	(3)	(3A)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)
USI Corvo/CS Corvo	34	34	33	97,1%	27	79,4%	11	40,7%	16	59,3%						
USI Faial/CS Horta	1 519	1 519	943	62,1%	594	39,1%	432	72,7%	137	23,1%			25	4,2%		
USI Flores/CS Sta. Cruz das Flores	323	323	323	#####	221	68,4%	123	55,7%	96	43,4%			2	0,9%		
USI Graciosa/CS Sta. Cruz Graciosa	382	382	380	99,5%	261	68,3%	253	97,3%	3	1,2%	1	0,4%	4	1,5%	2	0,8%
USI Pico	1 289	1 289	1 097	85,1%	790	61,3%	102	13,1%	627	80,5%	11	1,4%	50	6,4%	21	2,6%
CS Lajes do Pico	438	438	318	72,6%	220	50,2%	13	6,0%	191	87,6%	2	0,9%	14	6,4%		
CS Madalena	520	520	456	87,7%	331	63,7%	67	20,7%	239	74,0%	8	2,4%	17	5,3%	8	2,4%
CS São Roque	331	331	323	97,6%	239	72,2%	22	9,2%	197	82,8%	1	0,4%	19	8,0%	13	5,2%
USI Santa Maria/CS Vila do Porto	606	606	131	21,6%	130	21,5%	124	95,4%	4	3,1%			2	1,5%		
USI São Jorge	907	907	846	93,3%	290	32,0%	87	30,0%	201	69,3%			2	0,7%		
CS Calheta	329	329	271	82,4%	173	52,6%	44	25,4%	127	73,4%			2	1,2%		
CS Velas	578	578	575	99,5%	117	20,2%	43	36,8%	74	63,2%						
USI São Miguel	14 078	14 078	14 026	99,6%	2 321	16,5%	554	24,1%	1 701	73,9%	18	0,8%	48	2,1%	33	1,4%
CS Nordeste	550	550	531	96,5%	82	14,9%	8	9,8%	73	89,0%			1	1,2%		
CS Ponta Delgada	9 096	9 096	9 096	#####	1 239	13,6%	270	21,9%	933	75,5%	4	0,3%	32	2,6%	17	1,4%
CS Povoação	662	662	662	#####	114	17,2%	18	15,8%	94	82,5%			2	1,8%		
CS Ribeira Grande	2 580	2 580	2 547	98,7%	640	24,8%	141	22,1%	491	76,8%	1	0,2%	7	1,1%		
CS Vila Franca do Campo	1 190	1 190	1 190	#####	246	20,7%	117	50,2%	110	47,2%	13	5,3%	6	2,6%	16	6,4%
USI Terceira	4 043	4 043	4 043	#####	1 980	49,0%	822	41,6%	1 106	56,0%	6	0,3%	46	2,3%	10	0,5%
CS Angra do Heroísmo	1 915	1 915	1 915	#####	1 252	65,4%	549	44,0%	670	53,7%	4	0,3%	29	2,3%	9	0,7%
CS Praia da Vitória	2 128	2 128	2 128	#####	728	34,2%	273	37,6%	436	60,1%	2	0,3%	17	2,3%	1	0,1%
Total Açores	23 181	23 181	21 822	94,1%	6 614	28,5%	2 508	38,1%	3 891	59,2%	36	0,5%	179	2,7%	66	1,0%

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 clínico
- (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)]

Das 10 ações programadas, 8 foram integralmente executadas e 2 não executadas.

6.3 RASTREIO OPORTUNÍSTICO/PRESCRITIVO

6.3.1 ATOS CLÍNICOS

Desde o início da sua atividade (há 38 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 12 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					ENFERMAGEM
	Medicina	Imagiologia a)	Ginecologia	Dermatologia	TOTAL	
2009	2244	2147	1099	594	6084	6006
2010	2285	1335	1112	729	5461	6130
2011	2313	1447	1232	759	5751	6594
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
2020	2 249	385	-	114	2 748	498
TOTAL	35 351	10 568	6 442	7 690	60 051	46 086

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.

COA-RASTREIO OPORTUNÍSTICO - CANCROS DE PELE

Cancros	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Melanoma	3	4	1	3	-	2	-
Não Melanoma	13	19	27	14	5	15	4
Total	16	23	28	17	5	17	4

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.) e em 2020 executaram-se apenas 114 consultas que resultaram na deteção de 4 cancros de pele não melanoma. O rastreio oportunístico ao cancro de pele foi interrompido desde março de 2020.

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 12 anos consecutivos:

ENTIDADES REQUISITANTES	ECOGRAFIAS											
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
COA - REQ. INTERNAS	1389	925	1063	1034	954	1004	424	640	809	714	686	474
- 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	474

Fonte: COA

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 referências 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 2020, no que respeita a exames mamográficos.

MAMOGRAFIAS 2020

ENTIDADES REQUISITANTES	MAMOGRAFIAS	OBSERVAÇÃO MAMA	PUNÇÕES	BIÓPSIAS	ECOGRAFIAS MAMÁRIAS
COA	352	352	4	20	352
USI GRACIOSA	21	21	-	1	21
USI SÃO JORGE	12	12	3	3	12
TOTAL	385	385	7	24	385

Fonte: COA

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 2020 detetaram-se 11 biópsias positivas (cancros). Desde 2008 foram identificados no COA, 216 novos casos de cancro de mama feminina, no âmbito do rastreio oportunístico (média de 16,62 cancros/ano).

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

6.3.3 CANCROS DE MAMA

IDADE	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	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	1	17
45 a 49	4	3	3	2	1	1	1	-	1	-	4	3	1	24
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	1	16
65 a 69	6	4	2	-	2	-	3	-	1	3	1	1	-	23
70 a 74	-	6	1	4	-	-	-	-	1	-	-	3	2	17
75 a 79	2	1	1	2	2	1	-	1	1	1	1	1	2	16
≥ 80	3	2	2	2	5	3	7	2	2	4	2	3	4	41
TOTAL	24	27	17	18	20	13	18	8	11	19	8	22	11	216

Fonte: COA

7. CONCLUSÕES

O ano 2020, a partir do início do mês de março, foi totalmente atípico, por força do surto pandémico, que nos obrigou a parar, quase a 100%, os programas e ações consagrados no nosso Plano de Atividades nos meses de março, abril e maio e a retomar, gradualmente, esse Plano sob fortes condicionantes cautelares em contexto de estado de urgência e calamidade pública e de planos de contingência ditados pela Presidência da República e pelas autoridades sanitárias nos restantes 7 meses.

Os principais impactos no COA desta conjuntura sanitária foram, em termos genéricos, os seguintes:

No (programa 1) ROA/RON não ocorreu qualquer desenvolvimento quer no apuramento do RORA relativo ao ano de 2017 (neste caso, também, por falta de informação do HSEIT) nem a edição do livro (ação 1.8).

De igual modo, o início do carregamento dos dados dos Açores, através dos 3 hospitais, na Plataforma Informática Nacional RON, também não foi executado por aquelas entidades, em incumprimento da lei n.º 53/2017, de 14 de julho.

No (programa 2) ROCMA, estava programado executar 14 500 rastreios e executaram-se 12 789 (88%). Se considerarmos a nossa taxa de deteção por 1000 mulheres rastreadas (3,4‰) podemos concluir que ficaram por detetar cerca de 6 cancros. Foi necessário alterar todo o modelo operacional, alargar horários e pagar trabalho extra para contrariar a quebra de produtividade (de 6 para 10 minutos por mulher rastreada). Apesar da forte adversidade, direta e indireta, conseguiu-se, apesar de tudo, uma boa recuperação no rastreio ao cancro de mama feminina.

Quanto ao (programa 3) ROCCA ocorreu a coincidência da mudança de paradigma neste programa com a pandemia, originando a sua suspensão todo o ano. Mas, mesmo assim, foi desenvolvido e concretizado um trabalho notável pelo HDES no seu Serviço de Anatomia Patológica (obras de adaptação; aquisição e instalação de equipamento e recrutamento de pessoal), criando as condições ideais para uma retoma muito promissora do rastreio ao cancro ao colo do útero. Esta paragem traduziu-se no adiamento do rastreio de 4 600 utentes o que, aplicada a respetiva taxa de deteção por 1000 mulheres rastreadas (0,65‰), se traduziu na não deteção de 3 cancros.

No (programa 4) ROCCRA registou-se uma paragem forçada ora pela pandemia ora pela herança de cerca de 280 colonoscopias pendentes nos 3 hospitais a quem cabe a sua execução. Suspendeu-se a montante perante a incapacidade de resposta a jusante, enquanto esta se manteve. Até final do ano o HDES e o HH, conseguiram executar a grande maioria dos exames pendentes enquanto o HSEIT apenas executou uma pequena parte. Neste cenário e como tinham sido emitidos milhares de convocatórias em finais de 2019, o COA não emitiu qualquer carta convite ao longo do ano e o programa não avançou.

Entretanto surgiram várias dificuldades e reivindicações por parte das equipas executantes das colonoscopias, bloqueadores do desenvolvimento do programa, que foram, oportunamente, submetidas ao Gabinete da Secretaria Regional da Saúde.

Este programa traduziu-se na não execução de 5 180 (59%) rastreios a que corresponde, tendo em conta a correspondente taxa de deteção por mil rastreados (2,44‰), a não deteção de 13 cancros.

No (programa 5) PICCOA, ficaram por executar 850 tendo-se executado 6 437 rastreios (88%), pese embora a paragem de 3 meses e o facto da execução do exame de referência ser de alto risco para os médicos dentistas nesta conjuntura sanitária.

Foi um resultado notável e louvável para estes profissionais que conseguiram alcançar a maior produtividade de sempre, nos 4 anos de vida do PICCOA. A taxa de deteção de cancro no PICCOA, por 1000 rastreados é de 0,61‰ pelo que ficou por detetar zero a um cancro.

O início de um novo programa de rastreio oncológico nos Açores, ao cancro do pulmão, conforme previsto no programa 6 do PA de 2020 não teve, por razões compreensíveis, qualquer desenvolvimento.

Quanto ao programa 7 “Estudo Sobre Cancro nos Açores” ficou, também, adiado, porque a sua etapa seguinte é a realização de um inquérito público a cerca de 2 500 cidadãos, exigindo grande proximidade colidindo com as regras impostas pelas autoridades sanitárias.

Quanto ao rastreio oportunístico e aos exames imagiológicos (programas 8 e 9) verificou-se uma taxa de execução em cada programa de 67,5%

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

Angra do Heroísmo, 30 de março de 2021

O Presidente do Conselho de Administração

Raul Aguiar do Rego