



Plano Regional de Oncologia do Alentejo - PROA

Redatores: Sérgio Barroso e Manuel Carvalho

18-07-2013

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introdução | 3 |
| 2. Objetivos | 6 |
| 2.1. Primários | 6 |
| 2.2. Secundários | 6 |
| 3. Demografia | 6 |
| 4. Epidemiologia | 7 |
| 5. Princípios Orientadores | 9 |
| 6. Capacidade Instalada e Organização | 13 |
| 6.1. Princípios Gerais | 13 |
| 6.2. Equipas Multidisciplinares | 13 |
| 6.3. Organização por Patologias | 14 |
| 6.4. Registo Oncológico | 24 |
| 6.5. Promoção da Saúde e Prevenção Primária | 24 |
| 6.6. Rastreamentos | 25 |
| 6.7. Risco familiar | 26 |
| 7. Investigação | 26 |
| 8. Formação | 27 |
| 9. Recursos | 27 |
| 9.1. Recursos Humanos | 27 |
| 9.2. Recursos Técnicos e Materiais | 28 |
| 10. Financiamento | 29 |
| 11. Monitorização do Plano | 29 |

Plano Regional de Oncologia do Alentejo (PROA)

1. Introdução

A patologia oncológica é atualmente a segunda causa de mortalidade nos países desenvolvidos e também em Portugal. O Alentejo não é exceção a esta realidade.

Em Portugal desde 1990, tivemos vários planos oncológicos, outras tantas tentativas de organização dos cuidados, mas todas têm tido pouco sucesso na sua implementação. As razões são naturalmente muitas, mas o facto de não ter havido um adequado envolvimento das partes, a inexistência de estruturas de implementação e não atenderem às especificidades regionais, terão sido alguns dos aspetos que contribuíram para esse insucesso. O último plano oncológico (Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas) data de 2007 – 2010.

Fica assim clara a necessidade de estabelecer um plano oncológico regional que seja um instrumento coordenador e orientador das várias estratégias de intervenção a efetuar e contribua para a melhoria da qualidade e equidade dos cuidados prestados.

Este grupo de doenças tem condicionado de forma significativa, ao longo dos anos, a atividade das várias instituições da região, hospitais e cuidados de saúde primários, no sentido de darem resposta com a qualidade e acessibilidade que são exigíveis.

As instituições desenvolveram estratégias várias envolvendo recursos humanos e técnicos, nomeadamente a formação de profissionais, a instalação de equipamentos e a criação de mecanismos de articulação, dentro e fora da região com o objetivo último de proporcionar cuidados de qualidade ao doente oncológico e suas famílias.

Nos últimos 10 anos, devem ser destacadas áreas como:

- Consultas de Decisão Terapêutica: metodologia fundamental para a qualidade em oncologia; organizadas em todos os hospitais da região e a funcionarem de forma regular com a participação das várias especialidades envolvidas consoante a instituição (Cirurgia, Radioterapia, Oncologia, Anatomia Patológica, Radiologia)
- Implementação de protocolos comuns de quimioterapia e radioterapia entre as várias instituições.
- Implementação de técnicas especiais, nomeadamente biópsias guiadas com apoio de imagem, marcação radiológica pré-operatória de tumores

da mama, técnica de pesquisa de gânglio sentinela e a sua avaliação histológica e por OSNA (one-step nucleic acid amplification, CK19 - mRNA)

- Desenvolvimento de técnicas de biologia molecular.
- Criação de uma Unidade de Radioterapia regional
- Rastreios: mama, colo do útero e coloretal.
- Desenvolvimento do Registo Oncológico Regional – ROR Sul

Numa região de grande dispersão geográfica, com população envelhecida e socioeconomicamente desfavorecida, é fundamental a otimização de recursos de modo a garantir o acesso e a qualidade, minimizar os custos e garantir a sustentabilidade.

O PROA deve ser correta e cuidadosamente planeado, envolver todos os parceiros necessários (Hospitais, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados e Paliativos, IPSS, Instituições Privadas, Associações de Doentes, Instituições de Ensino e Cidadãos), explorar sinergias e complementaridades e ter em conta a casuística, para evitar custos redundantes e obter ganhos de eficiência.

O PROA, por ser elaborado a nível local e resultar do conhecimento da realidade e das especificidades regionais permite uma maior aproximação do decisor ao cidadão e naturalmente uma melhor adaptação às suas necessidades, contribuindo para que seja colocado no centro de toda a organização, condição "sine qua non" para o sucesso deste modelo organizativo.

O presente documento pretende refletir a realidade da patologia oncológica na região Alentejo, discriminar a capacidade instalada nos vários hospitais da região e definir as formas de articulação necessárias para obter ganhos de qualidade, acesso e organizacionais.

As balizas de enquadramento do presente documento são as recomendações do Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, documento subordinado ao tema "*Os cidadãos no centro do Sistema, os profissionais no centro da mudança*"

Em concreto, são relevantes para a reorganização proposta as recomendações presentes no quadro seguinte:

| | Recomendação |
|-------|--|
| I | Centrar o sistema no cidadão, significando com isso garantir desde já a liberdade de escolha e a livre circulação de todos os doentes no universo dos hospitais público respeitando as suas escolhas e assim também incentivando a competição entre hospitais, como um mecanismo regulador da melhoria da qualidade e de estímulo às melhores práticas. |
| II | Disponibilizar informação relevante para os cidadãos fazerem as suas escolhas informadas, quer sobre os níveis de serviço de cada hospital (tempos de acesso) como quanto aos resultados clínicos verificados em cada instituição (outcomes). |
| IX | Desenvolver o Registo de Saúde Eletrónico como um poderoso meio de facilitação da integração de cuidados e de melhoria do acesso. |
| XII | Reformular o modelo de financiamento da atividade hospitalar, visando adotar uma tabela única de preços com aplicação universal a todos os hospitais, e incentivos associados ao melhor desempenho clínico, induzindo por essa via uma competição salutar entre instituições que estimule a melhoria de eficiência de cada unidade hospitalar. |
| XV | Melhorar o modelo de governação corporativa e de governação clínica do sector hospitalar que promova um maior nível de exigência na articulação entre os hospitais e os cuidados primários e continuados. |
| XXI | Racionalizar e modelar o parque hospitalar: -e) Reavaliação no âmbito de cada Região de Saúde, em consenso com o "contratador", dos centros de referência necessários para responder às necessidades da população, respeitando a escala adequada ao treino de recursos qualificados mas também à proteção dos respetivos investimentos. A necessária reorganização da rede hospitalar deverá pois ter em conta um conjunto de fatores na identificação de oportunidades e das soluções a propor: Critérios de Qualidade Clínica; Proximidade geográfica; Nível de especialização; Capacidade instalada; Mobilidade dos recursos; Procura potencial; Acessibilidades; Redes de referenciação por especialidade; Equipamento pesado de MCDT disponível; Benchmarking internacional; Realidade sócio-demográfica de cada região |
| XXII | Promover a identificação de Centros de Excelência Clínica nos diferentes hospitais e regiões, tendo em vista a sua promoção conjunta em novos mercados de destino, |
| XXIII | Apoiar o desenvolvimento da investigação e dos ensaios clínicos, mobilizando as autoridades portuguesas, os centros de investigação e a indústria farmacêutica. |
| XXVI | Desenvolver um Programa de gestão do Medicamento Hospitalar, utilizado no Internamento e no Ambulatório Hospitalar. |
| XXXVI | Apostar na criação de novos modelos de cuidados e na difusão das melhores práticas |
| XXXIX | Melhorar a referenciação hospitalar e a intensificação da colaboração dos Hospitais com as Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados tendo em vista a redução da infeção e a melhoria da qualidade. |

2. Objetivos

2.1 Primários

- 2.1.1 Redução da mortalidade e morbilidade por cancro
- 2.1.2 Melhoria da qualidade, acessibilidade e equidade
- 2.1.3 Melhoria da satisfação com os cuidados prestados

2.2 Secundários

2.2.1 Definir formas de atuação concertada a nível da prevenção, rastreios, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, numa perspetiva de tratamento multidisciplinar, integrado e global do cancro.

2.2.2 Promover a multidisciplinaridade, a complementaridade, a racionalização e a articulação dos recursos existentes nas várias instituições, adaptando-o às necessidades e especificidades locais.

2.2.3 Garantir o acesso a cuidados oncológicos de qualidade a toda a população, otimizando-os em termos de custo-efetividade e melhoria da qualidade de vida dos doentes e das famílias.

2.2.4 Criar sistemas de registo, disponibilização e tratamento da informação, que permitam a análise da realidade e a tomada de decisões, de forma dinâmica e adaptada às necessidades reais.

3. Demografia

O Alentejo, com uma área de 31551,2 Km² (33% do continente) tem atualmente uma população residente de 757190 habitantes (7,2% da população portuguesa). Estes números fazem da região a maior do país, com uma estrutura etária envelhecida, nomeadamente 24,45 % da população acima dos 65 anos, o valor mais elevado a nível nacional (INE-Censos de 2011). Sendo a idade um dos principais fatores de risco para o cancro, será de esperar um aumento relativo da incidência regional.

4. Epidemiologia

O cancro é atualmente considerado uma pandemia e um importante problema de saúde pública. Em 2008 ocorreram 12,4 milhões de novos casos de cancro e a mortalidade foi de 7,6 milhões. Espera-se que em 2030 esse valor mais que duplique e atinja os 26,4 milhões de novos casos e a mortalidade atinja os 17 milhões e cerca de 80 milhões de indivíduos a viver com esta enfermidade. (*World Cancer Report*, OMS, 2008; <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/>; International World Cancer Research Fund 2012 – www.wcrf.org)

Em Portugal a incidência foi de 43284 casos e a mortalidade de 24302 indivíduos em 2008 (Globocan, IARC 2008, <http://www-dep.iarc.fr/> ; ROR Sul)

No Alentejo temos uma incidência anual de cerca de 2200 casos e uma mortalidade de aproximadamente 1200 casos. As estimativas para os próximos anos dão conta de um aumento progressivo na incidência e prevalência do cancro, devido entre outros fatores, ao envelhecimento da população e à maior eficácia dos tratamentos disponíveis, respetivamente.

Segundo os dados do ROR-Sul publicados em 2008 - Os 10 tumores mais frequentes na população portuguesa adulta na região sul de Portugal no período 2000/2001, são os representados nas tabelas seguintes:

Total

| Topografia (ICD-O-3) | Descrição | Nº de Casos |
|----------------------|------------------------------|-------------|
| C50 | MAMA FEMININA | 4643 |
| C61 | PRÓSTATA | 4140 |
| C18 | CÓLON | 3231 |
| C33+C34 | TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO | 2588 |
| C16 | ESTÔMAGO | 2172 |
| C19+C20 | RECTO | 1854 |
| C67 | BEXIGA | 1582 |
| | LINFOMA NÃO HODGKIN | 1308 |
| C54 | CORPO DO ÚTERO | 822 |
| C53 | COLO DO ÚTERO | 664 |

Tabela 3.3. Os dez tumores mais frequentes no ROR-Sul, 2000-2001

Mulheres

| Topografia (ICD-O-3) | Descrição | Nº de Casos |
|----------------------|------------------------------|-------------|
| C50 | MAMA | 4643 |
| C18 | CÓLON | 1441 |
| C16 | ESTÔMAGO | 839 |
| C54 | CORPO DO ÚTERO | 822 |
| C19+C20 | RECTO | 696 |
| C53 | COLO DO ÚTERO | 664 |
| | LINFOMA NÃO HODGKIN | 627 |
| C56 | OVÁRIO | 504 |
| C33+C34 | TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO | 486 |
| C73 | GLÂNDULA TIROIDEIA | 380 |

Tabela 3.2. Os dez tumores mais frequentes nas mulheres no ROR-Sul, 2000-2001

Homens

| Topografia (ICD-O-3) | Descrição | Nº de Casos |
|----------------------|------------------------------|-------------|
| C61 | PRÓSTATA | 4140 |
| C33+C34 | TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO | 2102 |
| C18 | CÓLON | 1790 |
| C16 | ESTÓMAGO | 1333 |
| C67 | BEXIGA | 1240 |
| C19+C20 | RECTO | 1158 |
| | LINFOMA NÃO HODGKIN | 681 |
| C32 | LARINGE | 503 |
| C15 | ESÓFAGO | 364 |
| C64 | RIM | 355 |

Tabela 3.1. Os dez tumores mais frequentes nos homens no ROR-Sul, 2000-2001

Os dados recentemente publicados pelo ROR- SUL, respeitantes à incidência no ano de 2006 mostram os 20 tumores mais frequentes na região:

| Topografia | Total Casos/Região | ULSBA | Évora | ULSNA | ULSLA |
|---------------------------------|--------------------|------------|------------|------------|-------------|
| Colon | 244 | 62 | 89 | 50 | 31 |
| Próstata | 241 | 54 | 93 | 56 | 27 |
| Mama | 237 | 51 | 92 | 58 | 25 |
| Pulmão | 202 | 63 | 53 | 42 | 32 |
| Reto | 149 | 31 | 66 | 30 | 16 |
| Estomago | 127 | 38 | 30 | 33 | 18 |
| Linfoma | 115 | 37 | 34 | 18 | 19 |
| Cabeça/Pescoço | 101 | 30 | 22 | 28 | 15 |
| Bexiga | 90 | 25 | 34 | 14 | 13 |
| Útero | 70 | 16 | 28 | 15 | 8 |
| Pâncreas e VB | 68 | 18 | 24 | 14 | 9 |
| SNC | 51 | 14 | 16 | 11 | 7 |
| Ovário | 41 | 10 | 15 | 9 | 5 |
| Melanoma | 39 | 14 | 8 | 7 | 7 |
| Rim | 35 | 8 | 13 | 8 | 4 |
| Tiroideia | 34 | 11 | 8 | 8 | 6 |
| Colo útero | 30 | 9 | 8 | 7 | 5 |
| Figado | 30 | 8 | 8 | 8 | 4 |
| Esofago | 16 | 3 | 8 | 3 | 2 |
| Testículo | 9 | 3 | 1 | 3 | 2 |
| Primários D | 62 | 18 | 16 | 16 | 9 |
| Total Casos /Instituição | 2064 | 569 | 727 | 478 | 290* |

*Estimativa ULSLA para 2006, cerca de 0,7 população da ULSBA

5. Princípios Orientadores do PROA

- 5.1. O PROA deve estar em concordância com o plano nacional de saúde e com o plano oncológico nacional e demais orientações aplicáveis do ministério da saúde. Deve corresponder à lógica e às recomendações do Relatório do Grupo Técnico sobre Reforma Hospitalar.
- 5.2. O doente deve ser o centro de todo o processo e a organização (recomendação I) deve promover a prestação de cuidados de qualidade, de forma organizada, complementar e adaptada em cada momento às necessidades do doente, facilitando o seu circuito intra e interinstitucional, respeitando o princípio da proximidade e o acesso. (recomendação XXI).
- 5.3. Deve basear-se em princípios fundamentados na evidência científica e nas normas de boa prática clínica, tendo em conta: a demografia, a epidemiologia, os recursos humanos e técnicos necessários e a experiência, para garantir cuidados de acordo com o estado da arte, assegurando a acessibilidade, qualidade e equidade. (recomendação XXI).
- 5.4. O PROA deve aplicar-se a todas as instituições da região, de acordo com o seu grau de diferenciação, tipo de prestação de cuidados e recursos disponíveis, salvaguardando pontuais adaptações inerentes a especificidades locais.
- 5.5. Deve promover a criação de protocolos de atuação comuns (prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e seguimento), com a participação de profissionais representativos das várias especialidades e instituições intervenientes nas áreas em análise. Estes protocolos devem ser revistos periodicamente para incorporarem a nova evidência científica relevante, tendo presente uma perspetiva de custo-efetividade, de forma a assegurar equidade na prestação de cuidados em toda a região. Deverão considerar normas existentes nomeadamente da DGS (NOCs) (recomendação XXXVI)
- 5.6. A definição da estratégia de cuidados para cada doente deve ser centralizada na Consulta de Decisão Terapêutica (CDT), sediada no respetivo hospital de referência primária, é obrigatória e deverá

ser efetuada antes de qualquer atitude terapêutica, exceto em casos de comprovada urgência e no interesse do doente.

- 5.7. O doente ou seu representante deverá sempre, após informação suficiente e adequada assinar o consentimento para os respetivos atos de diagnóstico e terapêutica, de acordo com as regras de cada instituição. (recomendação II).
- 5.8. A informação clínica deve estar permanentemente acessível a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo e ser disponibilizada preferencialmente por via informática. (recomendação IX).
- 5.9. Dado o grande impacto económico que implica, deve ser criado um formulário de medicamentos regional e uma estrutura de aquisição centralizada que permita também redução de custos pela economia de escala e outros tipos de vantagem económica. (recomendação XXVI).
- 5.10. Cada hospital da região deve funcionar como destino da referência primária para os doentes da sua área de influência. O HESE funciona como hospital de referência secundária nos termos das suas especialidades e capacidades específicas. Nas situações que o PROA define, devem ser garantidas as formas e instituições de referência terciária, onde tem um papel de relevo o Instituto Português de Oncologia de Lisboa. (recomendação XXXIX).
- 5.11. Deverá ser assegurada a continuidade de cuidados vertical e transversal entre as várias instituições e criadas vias de acesso rápido “via verde Oncologia”, de forma a reduzir os tempos de espera para diagnóstico, terapêutica e reabilitação. Deve ser otimizada a articulação com a RNCC e Paliativos. (recomendação XXXIX).
- 5.12. A Unidade de Radioterapia regional destina-se a tratar os doentes de toda a região, sendo estes referenciados através das CDTs de cada hospital. Um radioterapeuta deve participar sempre na CDT.
- 5.13. A Oncologia Médica regional deve ser coordenada pelo Serviço de Oncologia do HESE, sendo a sua atividade clínica coordenada em estreita colaboração com os profissionais locais. O serviço de Oncologia do HESE deverá ter os Oncologistas suficientes para colaborar nas outras Unidades.

- 5.14. A Anatomia Patológica regional, deve ser coordenada pelo Serviço de Anatomia Patológica do HESE, que deverá prestar serviços para as restantes instituições. Alguns recursos materiais e técnicos mais diferenciados, nomeadamente a biologia molecular devem estar aqui localizados, podendo haver recolha e processamento de espécimes nas outras instituições. O recurso a exame extemporâneo ou outras técnicas péri-operatórias que venham a ser implementadas, devem também estar disponíveis nas várias instituições de acordo com o proposto para as respetivas patologias.
- 5.15. O PROA prevê a criação, através da articulação das várias estruturas de saúde da região, de um Centro de Excelência Oncológico Regional, com vários polos que de forma descentralizada, fará a prestação e coordenação da oncologia regional. (recomendação XXII).
- 5.16. O PROA, conforme legislação em vigor reconhece a Comissão Oncológica Regional (COR) como estrutura coordenadora oncológica regional em articulação com as respetivas comissões oncológicas hospitalares (COH) e dos ACES, com as quais deverá reunir regularmente. A COR será responsável pela monitorização, avaliação e eventuais propostas de modificação do plano.
- 5.17. A evidência institucional, nacional e internacional mostra que para a obtenção de resultados de acordo com o estado da arte, são necessários recursos humanos suficientes, especializados e treinados; recursos técnicos adequados; organização institucional apropriada e casuística institucional e pessoal mínima, geradora de "expertise" . Assim, deverá ser definida para cada patologia a estratégia global, precisando a instituição em que será efetuada cada intervenção de prevenção, diagnóstico, terapêutica, reabilitação e seguimento.
- 5.18. Devem ser criadas equipas de profissionais com reconhecida capacidade e experiência, oriundos das várias instituições regionais, com uma organização centrada na patologia, de forma a otimizar recursos e competências e melhorar os resultados. Deverá ser promovido e facilitado o intercâmbio interinstitucional de profissionais.
- 5.19. A análise da incidência dos vários tipos de tumores serve de base para determinar quais são as patologias que podem ser tratadas cirurgicamente em vários polos, e aquelas, que pela sua especificidade beneficiam de ser concentradas em um local.

- 5.20. Devem ser incentivados e desenvolvidos os rastreios em curso, (mama, colo do útero e coloretal) de modo a estarem disponíveis para toda a população da região.
- 5.21. Deverá ser criada uma consulta de risco familiar oncológico, abrangendo as áreas de patologia recomendadas, para dar resposta a todas as instituições da região e fazer a ligação com os centros de referência terciários.
- 5.22. Deverá ser criada uma Unidade de Investigação Regional, que terá a missão de coordenar, promover e desenvolver a investigação com as instituições de saúde e instituições académicas regionais, bem como com similares nacionais e internacionais. Deve envolver a investigação epidemiológica, de serviços de saúde, clínica e translacional e de economia da saúde. (recomendação XXIII).
- 5.23. Dado que o ensino deve ser considerado uma oportunidade de educação para a saúde, quer no seu ciclo básico quer na formação pós-graduada, deve ser promovida a colaboração entre as instituições de saúde e a academia, implementando projetos de promoção da saúde com base em estilos de vida saudável como por exemplo: campanhas antitabágicas; alimentação saudável e prevenção da obesidade; promoção do exercício físico; prevenção da exposição à luz solar e radiações; prevenção da exposição profissional e ambiental a produtos cancerígenos; prevenção da exposição a agentes infecciosos potencialmente cancerígenos (vírus do papiloma, hepatites B e C, Helicobacter Piloni).
- 5.24. Deve ser promovida a formação contínua dos profissionais de acordo com plano integrado e multidisciplinar de forma articulada entre as várias instituições.
- 5.25. Devem ser tornados públicos os resultados da atividade oncológica regional através dos meios próprios das instituições e da ARS, nomeadamente disponibilização "online". (recomendação II).

6. Capacidade Instalada e Organização

6.1. Princípios gerais

- 6.1.1. A organização regional baseada em patologias tem como objetivo diminuir a mortalidade e morbidade por cancro e melhorar a qualidade de vida dos doentes, através da utilização sinérgica e complementar da capacidade instalada, procurando prestar cuidados de qualidade, em proximidade e otimizar recursos.
- 6.1.2. A incidência das patologias, a sua complexidade, os recursos necessários e disponíveis e a dispersão geográfica da população, condicionam a forma de organização.
- 6.1.3. A criação de equipas multi-institucionais e multidisciplinares por patologia, que assegurem uniformidade de critérios e opções será a base da organização.
- 6.1.4. Devem existir planos de cuidados e protocolos de atuação escritos e envolvendo as várias especialidades, indicadores de qualidade pré-definidos e avaliação periódica de resultados.
- 6.1.5. Os médicos de família deve ser parte integrante destas equipas, participar na elaboração do plano de cuidados e protocolos de atuação e aumentar a sua participação nos programas de prevenção e rastreio

6.2. Equipas Multidisciplinares e Multi-institucionais de Patologia

- 6.2.1. Estas equipas são multi-institucionais e multidisciplinares, constituídas por elementos das instituições envolvidas no tratamento de cada patologia, centradas nas necessidades do doente.
- 6.2.2. Estas equipas envolvem profissionais das áreas da prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos, cuidados psicológicos e sociais.
- 6.2.3. As três disciplinas básicas cirurgia, oncologia médica e radioterapia estão presentes em cada equipa.
- 6.2.4. A equipa deverá ter um coordenador e uma constituição formalmente aprovada entre as instituições.
- 6.2.5. Cada equipa define a organização dos vários níveis de cuidados e o funcionamento interinstitucional para a respetiva patologia, em termos de referenciação regional.

- 6.2.6. A equipa deve ter em consideração critérios clínicos, de otimização da capacidade instalada, garantia de acesso, tratamento em proximidade e incidência da patologia.
- 6.2.7. A equipa propõe os protocolos comuns a utilizar em todas as instituições da região, define os parâmetros de registo de dados clínicos e apresenta periodicamente os resultados.

6.3. Organização por Patologias

6.3.1. Princípio geral

A organização por patologia pressupõe o tratamento integral nas instituições da região sempre que possível. Em casos específicos os doentes devem ser referenciados a outras instituições para diagnóstico, tratamento ou reabilitação, sempre de acordo com decisão prévia da equipa multidisciplinar respetiva.

6.3.2. Cancro do Cólon

O cancro do cólon tem uma incidência de 244 casos por ano na região, sendo o terceiro tumor mais frequente. Cerca de 20 a 25% dos doentes necessita de cirurgia de urgência, maioritariamente por oclusão ou complicações hemorrágicas com repercussão hemodinâmica. Cerca de 25% dos doentes apresenta doença metastática à data de diagnóstico.

Não existe rastreio de base populacional regional, estando a decorrer um projeto piloto desde 2º semestre de 2011 no conselho de Évora. É de capital importância a extensão do rastreio a toda a região.

Recursos importantes para tratar esta patologia incluem os seguintes:

- pesquisa de sangue oculto nas fezes
- endoscopia com biópsias e marcação de lesões suspeitas
- endoscopia terapêutica (excisão de lesões pré-malignas e malignas precoces)
- endoscopia para colocação de próteses
- imagiologia (radiografia, ecografia, TAC, RM, PET)
- biópsias guiadas por imagem (lesões metastáticas)
- cirurgia convencional e minimamente invasiva (laparoscopia)
- quimioterapia e radioterapia
- reabilitação física e psicológica

Existem condições para tratar todos os doentes na região, não se justificando referência para outros centros, nomeadamente os doentes identificados no rastreio.

A cirurgia mini-invasiva deve ser incentivada. O tratamento multimodal de metástases hepáticas deve ser feito em articulação com o Centro Hepatobiliar do Hospital Curry Cabral.

O número de casos recomenda o tratamento cirúrgico em quatro polos cirúrgicos.

6.3.2. Cancro da Próstata

O cancro da próstata é o cancro mais frequente no homem e o segundo na região. A incidência é de 241 casos por ano e a mortalidade de 82 casos.

O cancro da próstata é predominantemente um cancro do homem idoso com uma incidência crescente acima dos 50 anos e um pico de diagnóstico aos 72 anos. A sobrevida aos 5 anos é elevada nos estádios precoces com tumor localizado à glândula e de 1 a 3 anos nos estádios avançados com metastização, mas não raras vezes são observadas longas sobrevidas mesmo nestes casos.

O doseamento de PSA é útil para o diagnóstico, para estimar o risco de recorrência, monitorização da resposta à terapêutica e no seguimento.

Nos estádios precoces é curável com radioterapia ou cirurgia e nos estádios avançados responde bem à terapêutica hormonal, habitualmente com controle da doença além dos dois anos, mesmo em caso de metastização. A decisão de tratamento depende da idade, comorbilidades e estágio. Existe alguma controvérsia relativamente à utilidade do rastreio, estadiamento e estratégia terapêutica para cada estágio.

A vigilância, vigilância ativa, cirurgia, radioterapia externa, braquiterapia, crioterapia, hormonoterapia e quimioterapia são habituais formas de tratamento, usado em função da idade, comorbilidades, estágio, PSA e Gleason Score. Os efeitos secundários e complicações relativas destas várias estratégias

terapêuticas devem ser tidos em conta na tomada de decisão, que deve envolver o doente de forma informada.

A incidência e características desta patologia recomendam a existência de 3-4 polos de tratamento. A cirurgia radical deve ser concentrada em 2 polos.

6.3.3. Cancro da Mama

O cancro da mama é o segundo tumor mais frequente na região e o primeiro na mulher, com uma incidência de 237 casos/ano.

O rastreio de base populacional existe em toda a região, o que contribui para que a maioria dos casos seja diagnosticado em estágio precoce.

Esta patologia caracteriza-se por uma elevada variabilidade de formas de apresentação e complexidade de tratamento, pelo que são necessários recursos diversificados para poder oferecer as opções terapêuticas que atualmente são preconizadas.

Recursos importantes para tratar esta patologia incluem os seguintes:

- Imagiologia (mamografia, ecografia, TAC, RM, cintigrafia, PET)
- biópsias guiadas por imagem
- marcação de lesões subclínicas
- cirurgia conservadora e radical
- exame extemporâneo
- técnica do gânglio sentinela e o OSNA
- cirurgia oncoplástica e reconstrutiva
- quimioterapia e radioterapia
- reabilitação física e psicológica

A cirurgia do cancro da mama de acordo com o estado da arte implica a realização preferencialmente de cirurgia conservadora sempre que indicada e aceite pela doente, a possibilidade de realizar exame anatomopatológico extemporâneo, a realização sistemática de gânglio sentinela quando indicada com a utilização simultânea de isótopos e corante vital. A técnica de OSNA sendo uma alternativa para a avaliação do gânglio sentinela, permite diminuir o número de intervenções para esvaziamento axilar, em

caso de positividade do gânglio sentinela. A realização de cirurgia oncológica deve ser a regra.

Existem condições para tratar todos os doentes na região, não se justificando referência para outros centros, nomeadamente os doentes identificados no rastreio. O número de casos a tratar justifica a existência de quatro polos de tratamento cirúrgico. O facto de não existirem todos os recursos nas instituições, nomeadamente a possibilidade de cirurgia reconstrutiva simultânea condiciona a referência secundária de acordo com o esquema apresentado.

6.3.4. Cancro do Pulmão

O cancro do pulmão é o 4º mais frequente na região com cerca de 102 casos por ano. A maioria dos casos é diagnosticada em fase avançada da doença, estágio IIIB e IV. A sobrevivência a 5 anos varia de 49%, 16% e 2%, consoante a doença seja local, regional ou metastática.

Existem dois principais grupos: carcinomas de pequenas células e de não pequenas células, representando respetivamente 20 a 30% e 80 a 70% dos casos. Recentemente a classificação molecular destas neoplasias permitiu a definição de terapêuticas farmacológicas mais dirigidas e com maior eficácia.

O tabaco é o principal fator de risco, mas os ADC podem ser encontrados em doentes não fumadores.

A cirurgia é a terapêutica de eleição nos estádios precoces mas menos de 10% dos casos são passíveis deste tratamento, devido à extensão da doença e a comorbilidades. A radioterapia e a quimioterapia podem ser usadas de forma sequencial, concomitante ou isoladamente, consoante o estágio.

Recursos importantes para tratar esta patologia incluem os seguintes:

- endoscopia com biópsias
- endoscopia terapêutica (colocação de próteses, desobstrução)
- imagiologia (radiografia, ecografia, TAC, RM, PET)
- biópsias guiadas por imagem (primário ou lesões metastáticas)
- cirurgia convencional e minimamente invasiva (laparoscopia)

- quimioterapia e radioterapia
- reabilitação física e psicológica

A cirurgia de intenção curativa nos estádios precoces, as técnicas cirúrgicas de diagnóstico e estadiamento mais complexas (biópsias, mediastinoscopias) e outras técnicas (EBUS, TBNA) devem ser feitas em centro de referência (Hospital Santa Marta e/ou Pulido Valente-CHLN).

A incidência e características destas neoplasias malignas, bem como a complexidade do seu tratamento recomendam a existência de 3 centros, 1 de maior diferenciação.

6.3.5. Cancro do Reto

O cancro do reto é o quinto mais frequente na região com uma incidência anual de 149 casos. Tal como no cólon cerca de 20 a 25% dos doentes necessita de cirurgia de urgência, maioritariamente por oclusão ou complicações hemorrágicas com repercussão hemodinâmica. Cerca de 25% dos doentes apresenta doença metastática à data de diagnóstico.

Não existe rastreio de base populacional regional, estando a decorrer um projeto piloto desde 2º semestre de 2011 no conselho de Évora. É de capital importância a extensão do rastreio a toda a região.

Recursos importantes para tratar esta patologia incluem os seguintes:

- pesquisa de sangue oculto nas fezes
- endoscopia com biópsias e marcação de lesões suspeitas
- endoscopia terapêutica (excisão de lesões pré-malignas e malignas precoces)
- endoscopia para colocação de próteses
- imagiologia (radiografia, ecografia, TAC, RM, PET)
- biópsias guiadas por imagem (lesões metastáticas)
- cirurgia convencional e minimamente invasiva (laparoscopia)
- quimioterapia e radioterapia
- reabilitação física e psicológica

A especificidade biológica e anatómica deste tumor, aumenta significativamente o risco de recidiva locorregional, mesmo após um

tratamento cirúrgico standard para os tumores em estágio II e III. O tratamento com quimiorradioterapia é standard.

O número de casos e a sua complexidade recomenda o tratamento cirúrgico em 2 polos. Existem condições para tratar todos os doentes na região. O tratamento multimodal de metástases hepáticas deve ser feito em articulação com o Centro Hepatobiliar do Hospital Curry Cabral

6.3.6. Cancro do Estômago

O cancro gástrico é o sexto mais frequente na região, com uma incidência anual de 127 casos. A maioria dos casos é diagnosticada, em estágio avançado, com 20 a 25 % de doença metastática à data de diagnóstico. As complicações obstrutivas, hemorrágicas e os desequilíbrios metabólicos e nutricionais são frequentes.

Recursos importantes para tratar esta patologia incluem os seguintes:

- endoscopia e ecoendoscopia com biópsias
- endoscopia terapêutica (excisão de lesões pré-malignas e malignas precoces)
- endoscopia para colocação de próteses
- imagiologia (radiografia, ecografia, TAC, RM, PET)
- biópsias guiadas por imagem (lesões metastáticas)
- cirurgia convencional e minimamente invasiva (laparoscopia)
- quimioterapia e radioterapia
- reabilitação física e psicológica

A terapêutica do carcinoma gástrico é multimodal, envolvendo quimioterapia e quimiorradioterapia em contexto neoadjuvante ou adjuvante. A cirurgia deve ser radical e a dissecação ganglionar de tipo D2. Os tumores do cárdia têm vindo a aumentar de frequência e pelo envolvimento esofágico requerem cirurgia mais diferenciada. A incidência e a complexidade desta patologia recomendam o tratamento cirúrgico em dois polos.

6.3.7. Cancro Hematológico

As neoplasias hematológicas representam no seu conjunto 167 casos por ano, sendo o 5º grupo de neoplasias malignas mais frequentes.

A sua etiologia é diversa, bem como o seu comportamento e tratamento. A quimioterapia, imunoterapia e radioterapia são as formas de tratamento mais habituais usadas geralmente em combinação ou sequência. A quimioterapia de alta dose com suporte hematopoiético é também usada em alguns casos. A cirurgia pode ser útil na fase de diagnóstico ou em palição.

Dada a especificidade destas diferentes patologias e a sua incidência regional recomenda-se a existência de dois centros de tratamento

6.3.8. Cancro da cabeça e Pescoço

O cancro da cabeça e pescoço engloba tumores primários de vários órgãos: lábio, língua, cavidade oral, nariz e seios perinasais, nasofaringe, faringe, hipofaringe, laringe, glândulas salivares, primário oculto.

A sua incidência regional é de 101 casos por ano, sendo em conjunto o 8º tumor mais frequente.

Os fatores de risco mais importantes são o consumo excessivo de álcool e o tabaco para os tumores da cavidade oral e vias aéreas superiores. O HPV parece ser um fator etiológico importante para os tumores do nariz e seios peri-nasais, tendo estes doentes melhor prognóstico.

A cirurgia e a radioterapia associadas ou não a quimioterapia, consoante o estágio são as principais formas de tratamento.

Dada a variabilidade destas neoplasias e a sua alta complexidade, recomenda-se a cirurgia em centro especializado – IPO Lisboa. A Radioterapia e quimioterapia podem ser efetuadas na região

6.3.9. Cancro da Bexiga

O cancro da bexiga é o 9º em incidência com 90 casos por ano e mortalidade aproximada de 35 casos.

A maioria dos casos diagnosticados, 70 a 80% apresenta-se com tumores superficiais (Ta, Tis e T1) variando a sobrevida a 5 anos entre os 50% e 80% sendo a cura possível em muitos casos. Os tumores mais avançados podem ser ocasionalmente curados com combinação de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, mas a sobrevida a 5 anos varia entre 30 e 75% consoante o grau de invasão do músculo vesical e linfática. Nos casos de invasão ganglionar ou metástases a sobrevida a 5 anos é rara.

As técnicas cirúrgicas incluem cistectomia radical, RTUv, ressecção segmentar e técnicas reconstrutivas complementadas com radioterapia e quimioterapia intra-vesical ou sistémica.

Recursos importantes para tratar esta patologia incluem os seguintes:

- cistoscopia com biópsias
- cistoscopia terapêutica (excisão de lesões pré-malignas e malignas precoces)
- imagiologia (radiografia, ecografia, TAC, RM, PET)
- biópsias guiadas por imagem (lesões metastáticas)
- cirurgia convencional e minimamente invasiva (laparoscopia)
- quimioterapia e radioterapia
- reabilitação física e psicológica

A incidência e características desta neoplasia recomendam o tratamento cirúrgico mais complexo em 1 centro

6.3.10. Cancro Ginecológico (corpo e colo do útero, ovário)

O cancro ginecológico no seu conjunto é o 6º a nível regional em termos de incidência, com 141 casos. A mortalidade é de cerca de 50 doentes por ano. A especificidade e heterogeneidade destes tipos de tumores resultam numa complexidade de tratamento elevada, bem como a necessidade de técnicas terapêuticas especiais envolvendo várias especialidades nomeadamente de diagnóstico, cirurgia, radioterapia externa e braquiterapia e quimioterapia.

Recursos importantes para tratar esta patologia incluem os seguintes:

- coloscopia com biópsias
- imagiologia (radiografia, ecografia, TAC, RM, PET)
- biópsias guiadas por imagem (lesões metastáticas)
- cirurgia convencional e minimamente invasiva (laparoscopia)
- quimioterapia e radioterapia
- reabilitação física e psicológica
- Aconselhamento genético

A complexidade desta patologia e a incidência regional recomendam o seu tratamento num centro único.

6.3.11. Cancro do Pâncreas e Vias Biliares

O cancro do Pâncreas e vias biliares é o 11º em incidência na região com 68 casos, e a mortalidade é de aproximadamente 64 casos por ano. Incidência tem vindo a aumentar durante as últimas décadas. A sua etiologia é pouco conhecida e a maioria são diagnosticados em fase avançada, sendo a quimioterapia, radioterapia, cirurgia paliativa e as técnicas endoscópicas diagnósticas e paliativas as mais frequentemente utilizadas. Menos de 20 % dos casos são submetidos a cirurgia com intensão curativa sendo a taxa de cura global inferior a 4%.

Recursos importantes para tratar esta patologia incluem os seguintes:

- endoscopia e ecoendoscopia com biópsias
- endoscopia terapêutica (colocação de próteses biliares, duodenais)
- imagiologia (radiografia, ecografia, TAC, RM, PET)
- biópsias guiadas por imagem (lesões metastáticas)
- cirurgia convencional e minimamente invasiva (laparoscopia)
- quimioterapia e radioterapia
- reabilitação física e psicológica

A incidência e a complexidade cirúrgica recomendam a cirurgia de intensão curativa num centro único.

6.3.12. Cancro da Tireoideia

O cancro da tireoideia tem uma incidência regional de cerca de 30 casos. As características desta patologia e a sua incidência recomendam a avaliação e o tratamento cirúrgico de casos selecionados num centro único.

A referenciação para o IPO Lisboa deve ser efetuada em casos de maior complexidade, nomeadamente quando exigem cirurgia mais radical, esvaziamentos ganglionares cervicais complexos e posteriormente à cirurgia nos casos com necessidade de terapêutica com Iodo radioativo.

6.3.13. Cancro do Fígado

O cancro do fígado (CHC) é um tumor relativamente raro, com uma incidência regional de cerca de 30 casos e uma mortalidade de 25 casos por ano. A sua incidência tem vindo a aumentar particularmente devido ao aumento dos casos de hepatite C; outros fatores de risco são a hepatite B e a cirrose; recentemente a obesidade e a esteato-hepatite foram também associadas com risco aumentado de CHC. O CHC é potencialmente curável por cirurgia se diagnosticado precocemente, mas apenas em cerca de 10 % dos casos isso é possível, devido à capacidade hepática residual e ao grau de extensão local. Outras técnicas como a crioterapia, radiofrequência, embolização arterial, injeção percutânea de etanol, radiofármacos e radioterapia externa, também são usadas. O transplante hepático começa a ser considerado em alguns doentes.

A baixa incidência e a especificidade do CHC, recomendam que a cirurgia e outras técnicas ablativas sejam feitas em centro especializado – Hospital Curry Cabral.

6.3.14. Restantes tipos de cancros

Os restantes tipos de cancros pela sua baixa incidência e características justificam o seu tratamento apenas em um centro regional. Quando necessário os doentes devem ser encaminhados para centros de referência fora da instituição.

6.4. Registo Oncológico

6.4.1. O registo oncológico enquanto meio de vigilância epidemiológica, obriga a uma atividade contínua de recolha, tratamento, análise e divulgação da informação relativa à incidência, prevalência e sobrevivência por cancro e possibilita o conhecimento de fatores relacionados.

6.4.2. O registo Oncológico é fundamental para a definição da estratégia oncológica da região, sendo um instrumento indispensável à correta definição de políticas de prevenção, planeamento e gestão dos cuidados de saúde.

6.4.3. Deve ser efetuado por cada instituição, Hospitais, Centros de Saúde e USFs, na plataforma online do ROR-SUL, no mais curto espaço de tempo após o diagnóstico do caso.

6.4.4. As instituições devem manter o registo atualizado e com os parâmetros de qualidade exigidos.

6.4.5. A validação, apresentação e divulgação dos dados deve ser feita de acordo com os critérios definidos pelo ROR-SUL.

6.4.6 Os dados devem ser disponibilizados a cada instituição e à região sempre que solicitados pelas entidades competentes, em tempo útil, permitindo medir a atividade oncológica e constituindo uma importante ajuda clínica e ferramenta de gestão.

6.4.7. Deve permitir a interação com os rastreios e com projetos de investigação dentro do ROR-SUL e em colaboração com entidades externas.

6.5 Promoção da Saúde e Prevenção Primária

6.5.1. Os fatores de risco para o cancro são múltiplos, incluindo a sensibilidade genética, fatores ambientais e comportamentais, pelo que a promoção para a saúde e a prevenção primária, são particularmente importantes.

6.5.2. O consumo de tabaco, fatores alimentares, sedentarismo, obesidade, exposição à luz solar e outras radiações e agentes infecciosos são no seu conjunto relacionados com mais de 50% da mortalidade por

cancro, justificando a adoção de estratégias transversais de promoção e prevenção.

6.5.3. As estratégias devem envolver as instituições de saúde regionais em articulação com a Direcção Geral e Ministério da Saúde, bem como outras instituições públicas como estabelecimentos de ensino e autarquias e também outras instituições não-governamentais ligadas à luta contra o cancro.

6.6 Rastreios

6.6.1. O rastreio permite o diagnóstico do cancro em fase subclínica e tem como objetivo primário reduzir a mortalidade pela doença. Em alguns casos pode também levar a uma diminuição da incidência através da deteção e tratamento de lesões pré-malignas.

6.6.2. O rastreio envolve um conjunto de intervenções incluindo: a identificação da população, informação e divulgação, convocação, diagnóstico, terapêutica e seguimento após tratamento. A eficácia do programa de rastreio está assim dependente de todos os elementos intervenientes sendo limitada pelo que se revelar menos eficaz.

6.6.3. Atualmente a evidência científica mostra que há três rastreios de cancro que são custo-efetivos: Colo do Útero, Mama e Cólon e Reto, tendo sido possível atingir o objetivo de redução primário de redução da mortalidade de forma significativa.

6.6.4. Na região estão implementados os seguintes rastreios: cancro da mama em parceria com a LPCC, com mamografia cada 2 anos nas mulheres dos 45 aos 69 anos; cancro do colo útero com citologia cervical, nas mulheres dos 25 aos 65 anos; cancro colo-retal: pesquisa de sangue oculto nas fezes em homens e mulheres dos 50 aos 70 anos (fase experimental no conselho de Évora)

6.6.5. Os rastreios de cancro da mama e colo do útero devem ser incentivados e o rastreio do cancro do cólon e reto, deve ser estendido a toda a região.

6.7. Risco de Cancro Familiar

6.7.1. Os indivíduos com formas de cancro com maior risco familiar, incluindo cancro da mama, ovário, cólon e reto, devem ser referenciados a Consultas de Risco.

6.7.2 A especificidade e diferenciação destas consultas, recomendam a existência de uma consulta regional em estreita articulação com o IPO de Lisboa.

7. Investigação

7.1. A investigação é fundamental ao longo de todo o processo da doença oncológica e constitui uma ferramenta decisiva para prevenir, diagnosticar, tratar, reabilitar, melhorar a qualidade de vida e a sobrevivência dos doentes oncológicos, contribuindo de decisivamente para a melhoria dos resultados em saúde.

7.2. Deve ser realizada de forma integrada, englobando a investigação epidemiológica, as ciências básicas e a clínica, mas também de serviços de saúde incluindo as ciências sociais e económicas.

7.3. Deve ser criada a nível regional uma Unidade de Investigação Multidisciplinar, que defina, coordene e implemente os projetos prioritários a nível regional.

7.4. Colaborar com o ROR-SUL, nos projetos de investigação epidemiológica a nível nacional e internacional.

7.5. Promover a participação da região em projetos que visem a identificação de indicadores de qualidade, que permitam identificar desigualdades no acesso e na abordagem das doenças oncológicas.

7.6. Participação em ensaios clínicos que explorem questões relacionadas com a estratégia terapêutica, em colaboração com grupos nacionais ou internacionais.

7.7. Participar na investigação de translacional nomeadamente através da colaboração com banco tumores.

8. Formação

8.1. A formação dos profissionais das diferentes áreas envolvidas neste plano deve ser uma prioridade, por forma a garantir a sua execução.

8.2. A formação de especialistas médicos através do internato médico das várias especialidades tem sido uma aposta das várias instituições e espera-se que no futuro próximo possa vir a resolver algumas carências.

8.3. Além das áreas clássicas de medicina e enfermagem também a Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Farmácia devem fazer parte do conjunto de profissionais envolvidos nas equipas de prestação de cuidados.

8.4. Devem ser estabelecidos projetos de colaboração com as instituições de ensino regionais e outras, no sentido de desenvolver o conhecimento sobre a área oncológica numa fase precoce e contribuir para a educação para a saúde de forma decisiva.

9. Recursos

9.1. Recursos Humanos

9.1.1. As estatísticas mostram que o cancro é uma das doenças com maior incidência a nível global. Em 2008 tivemos 12,7 milhões de

novos casos e espera-se que em 2030 esse valor duplique e ultrapasse os 21 milhões.

9.1.2. Em Portugal tivemos 43284 novos casos e a mortalidade foi de 24302 indivíduos em 2008. No Alentejo temos anualmente cerca de 2500 novos casos e uma mortalidade de 1600 casos.

9.1.3. O Alentejo tem uma estrutura etária envelhecida com 24,5% da população acima dos 65 anos, valor mais elevado do país o que faz esperar uma taxa de incidência mais elevada, já que a idade é um dos fatores de risco mais importantes para o cancro.

9.1.4. Atualmente a região dispõe, de uma forma geral, de recursos humanos especializados para responder às necessidades de execução deste plano oncológico.

9.1.5. Em áreas específicas o número de profissionais médicos é insuficiente e deverá ser objeto de avaliação no curto prazo, de forma a dotar os serviços dos recursos adequados.

9.1.6. Entre as especialidades mais carenciadas incluem-se: Oncologia Médica, Urologia, Ginecologia, Dermatologia, Gastrenterologia, Otorrinolaringologia e Anestesiologia

9.1.7. Também na área de enfermagem, nutrição e farmácia é desejável que haja um maior número de profissionais com formação específica na área oncológica.

9.1.8. Existem Psicólogos e Assistentes Sociais em cada instituição dedicados à área oncológica permitindo os cuidados necessários nestas vertentes.

9.2. Recursos Técnicos e Materiais

9.2.1. A região dispõe dos recursos técnicos, materiais e de instalações suficientes para a implementação deste plano. Dadas as estimativas crescentes no que respeita à incidência e prevalência do cancro, será desejável a renovação, redimensionamento e adaptação dos recursos em função desta realidade, no médio prazo.

10. Financiamento

10.1. A patologia oncológica, exige diferentes atividades clínicas e diferentes níveis de cuidados, tendo a atividade hospitalar requisitos próprios. Com efeito, esta atividade caracteriza-se pela complexidade dos meios envolvidos e pelo elevado custo que as várias modalidades terapêuticas implicam.

10.2. Não só os episódios de internamento cirúrgico geram geralmente um GDH de elevada diferenciação, como os tratamentos complementares de quimioterapia e radioterapia apresentam custo muito elevado.

10.3. Esta realidade torna-se uma dificuldade quando, tradicionalmente, parte destes tratamentos não têm sido objeto de financiamento específico.

10.4. As novas modalidades de financiamento por "*preço compreensivo*" podem ser um passo na direção certa, necessitando de rápido aprofundamento, uma vez que os preços atualmente praticados são claramente insuficientes.

10.5. Por outro lado, a existência de metodologias distintas de financiamento entre os hospitais da região, sendo as três ULS financiadas por capitação e o HESE por atividade, é um constrangimento para o desenvolvimento do presente Plano Regional de Oncologia, uma vez que a transferência de doentes entre instituições não é acompanhada do respetivo financiamento.

10.6. A implementação deste plano exige, em sede da região, uma revisão das formas de financiamento, de forma que, a sustentabilidade financeira das várias entidades seja assegurada.

11. Monitorização do Plano

11.1. A monitorização do plano deve ser efetuada pela ARS e por cada instituição, através da Comissão Oncológica Regional (COR) e das Comissões Oncológicas de cada instituição.