

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS**PLANO ONCOLÓGICO NACIONAL — 2001-2005****Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001**

Segundo a OCDE, Eco-Santé, em 1996, os tumores malignos representaram em Portugal 1318 anos perdidos de vida potencial nos homens e 918 nas mulheres por 100 000 habitantes, sendo, ainda, responsáveis pela segunda principal causa de morte.

Pela amplitude e gravidade do problema em termos de saúde pública importa tomar medidas, quer de educação e promoção da saúde, quer de diagnóstico e tratamento, quer ainda de reabilitação e de cuidados paliativos, que concorram para a diminuição da taxa de incidência e de mortalidade por cancro em Portugal. Para tanto, necessário se torna concertar esforços que permitam uma acção conjunta geradora de uma maior eficiência do sistema, em conformidade com a orientação estratégica definida no documento «Saúde um compromisso», ao eleger como objectivos prioritários para o sector a promoção da saúde e a prevenção da doença, a melhoria do acesso a cuidados de qualidade, a promoção de novas parcerias e novos actores e a articulação entre os vários níveis de prestação de cuidados de saúde.

Para atingir tal desiderato, definem-se agora as linhas de intervenção e acções prioritárias a desenvolver no horizonte temporal de 2001-2005 na luta contra o cancro.

Neste contexto, o Conselho Nacional de Oncologia, no exercício das suas competências, e por solicitação do Governo, apresentou o documento denominado «Plano Oncológico Nacional».

O presente documento assenta numa política de coordenação, intersecção e complementaridade dos serviços de saúde e abrange todas as fases que acompanham a doença, desde a prevenção e rastreio ao diagnóstico e tratamento e terminando na reabilitação e cuidados paliativos.

É em nome do cidadão e no respeito pela sua dignidade que as instituições intervenientes têm o dever de coordenar rigorosamente as suas acções e capacidades, poupando o doente oncológico, fragilizado, e os seus familiares, perturbados, à penosa tarefa de circular entre as instituições sem a orientação correcta e as informações adequadas e atempadas.

Com a aplicação das medidas preconizadas no presente documento pretende-se, num futuro próximo, obter uma clara melhoria na qualidade dos actos prestados no nosso país e um aumento do grau de satisfação dos doentes oncológicos pela assistência recebida.

Assim:

Nos termos da alínea g) do artigo 199.º da Constituição, o Conselho de Ministros resolve:

1 — Aprovar o Plano Oncológico Nacional — 2001-2005, anexo à presente resolução e que dela faz parte integrante.

2 — Incumbir os membros do Governo competentes em razão da matéria de propor os actos normativos necessários à execução das medidas previstas no Plano, designadamente financeiras.

3 — As medidas necessárias à execução do presente diploma serão aprovadas no prazo de 180 dias.

Presidência do Conselho de Ministros, 2 de Agosto de 2001. — O Primeiro-Ministro, em exercício, *Jaime José Matos da Gama*.

CAPÍTULO I**Introdução**

O presente Plano Oncológico Nacional (PON) obedece a uma estratégia de política global sobre a problemática do tratamento do cancro.

Nesta conformidade, o PON aborda com carácter abrangente, não limitado apenas aos aspectos do tratamento do cancro, todas as acções e intervenções, cujo único objectivo é tratar nas melhores condições as pessoas com neoplasias malignas.

Com o presente PON pretende-se, ainda, possibilitar a continuidade de cuidados em diferentes localizações geográficas e por múltiplos profissionais, adequando-os às necessidades detectadas e maximizando a eficácia e a facilidade de utilização, o que deverá repercutir-se na satisfação e conforto dos doentes oncológicos.

Para tanto definem-se os seguintes objectivos estratégicos:

- 1) Melhorar a qualidade e reforçar a operacionalidade dos registos oncológicos regionais, para que exista uma epidemiologia oncológica nacional fiável, apta a fundamentar políticas de intervenção;
- 2) Desenvolver a informação aos cidadãos no que respeita a hábitos e estilos de vida que reduzam o risco de cancro;
- 3) Intensificar os rastreios de cancro já implementados e permitir a avaliação de qualidade, tendo em conta os princípios gerais que respeitam às actividades de rastreio oncológico;
- 4) Definir o conceito de rede de referência hospitalar e enunciar as condições a que devem obedecer as unidades terapêuticas para que possam participar na rede e assumir a responsabilidade de diagnosticar e tratar doentes oncológicos;
- 5) Reforçar a radioterapia numa óptica de racionalização do sector;
- 6) Dar continuidade aos cuidados paliativos na fase terminal da doença;
- 7) Apoiar o ensino pré-graduado, pós-graduado e contínuo dos profissionais que intervêm no diagnóstico, tratamento e seguimento dos doentes oncológicos;
- 8) Promover acções de formação especializada destes profissionais;
- 9) Incentivar o desenvolvimento de projectos de investigação;
- 10) Promover um programa de melhoria de qualidade global e de certificação/acreditação das unidades;
- 11) Proceder à criação de cinco comissões oncológicas regionais que coordenem a execução do Plano Oncológico Nacional nas cinco regiões de saúde.

CAPÍTULO II**Coordenação**

Para aplicação dos princípios enunciados no presente Plano Oncológico Nacional é imprescindível, na implementação e desenvolvimento dos programas de rastreio, a existência de uma ampla coordenação entre toda a rede hospitalar e os cuidados primários.

Neste contexto, são criadas cinco comissões oncológicas regionais (COR) sediadas nas administrações regionais de saúde (ARS). A constituição e o regulamento interno serão aprovados por portaria do Ministro da Saúde, ouvido o Conselho Nacional de Oncologia.

As COR deverão assumir-se como provedoras dos doentes oncológicos, ser defensoras dos seus direitos e promotoras das suas expectativas, zelar pelas indispensáveis medidas de coordenação entre as unidades, pelo desenvolvimento das iniciativas locais e regionais para a execução do PON, pela implementação do sistema de qualidade e pelo ensino, investigação, rastreio e cuidados paliativos.

CAPÍTULO III

Registo oncológico

O registo de cancro de base populacional é um elemento estruturante de qualquer sistema de saúde, porque sem ele não é possível planear nem avaliar os cuidados de saúde prestados de forma sustentada.

Para que os registos oncológicos regionais produzam dados que caracterizem a incidência e a sobrevivência para cada um dos tumores malignos, na sua área de influência, têm de dispor de informação correcta e em tempo útil.

1 — Objectivos. — Neste âmbito, constituem objectivos do presente plano melhorar e garantir uma informação correcta e de qualidade, atentos os princípios de universalidade — garantindo o registo obrigatório de todos os casos de cancro detectados em qualquer instituição — e de fiabilidade — assegurando que todos os elementos constantes no registo de cancro são confiáveis e relevantes para o conhecimento sobre o doente e o tumor.

2 — Estratégias. — Para que o princípio da universalidade seja assegurado devem as instituições envolvidas providenciar a dinamização do registo oncológico disponibilizando, para o efeito, os recursos humanos e financeiros adequados.

Dentro do mesmo princípio e tendo em vista a obtenção de um conhecimento ainda mais abrangente, no âmbito da prevenção, poderá ser efectuado o cruzamento de informações com outras bases de dados, desde que observados os procedimentos previstos na lei para o tratamento dos dados pessoais.

Na óptica da fiabilidade, os registos deverão ser anualmente auditados através de auditorias internas e externas, pelo método de amostragem, a incidir sobre os registos do ano anterior. Os resultados deverão ser objecto de relatório próprio a divulgar na instituição e na estrutura coordenadora regional.

A estrutura coordenadora dos registos oncológicos regionais, sediada nos centros regionais de oncologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil (IPOFG), deverá, assim, efectuar auditorias externas a cada uma das instituições que a integram, efectuando análises, por amostragem, sobre a exactidão dos dados.

Deverá ainda proceder-se periodicamente à análise comparativa de resultados, confrontando os dados do registo oncológico com os dados de mortalidade a fornecer pelo Instituto Nacional de Estatística em colaboração com o Conselho Nacional de Oncologia.

CAPÍTULO IV

Prevenção primária

A implementação de uma estratégia de prevenção deve ser estruturada, sob a responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde, tendo como objectivo modificar alguns dos factores que provocam o cancro, potenciando os factores protectores e inibindo os factores de risco, através do desenvolvimento de intervenções que promovam uma vida saudável.

O conhecimento e aceitação das medidas preconizadas no âmbito do presente PON passa por uma informação generalizada e persistente dos objectivos que se pretendem alcançar.

Assim:

1 — No domínio da informação das populações, a estratégia a seguir aponta para:

1.1 — Implementação sistemática de acções de informação ao grande público, através dos meios da comunicação social, com particular relevo para a televisão;

1.2 — Organização de campanhas de informação para grupos populacionais específicos previamente definidos;

1.3 — Melhoria da eficácia da comunicação das mensagens de informação, nomeadamente o Código Europeu contra o Cancro, através de técnicas de promoção da saúde;

1.4 — Desenvolvimento de acções específicas de informação e sensibilização dos grupos populacionais abrangidos pelos programas de rastreio sistemático dos cancros do colo uterino, da mama e colo-rectal;

1.5 — Divulgação de informação sobre educação para a saúde nas escolas e locais de trabalho com a participação dos professores e das organizações dos trabalhadores;

1.6 — Elaboração de material de informação contendo recomendações específicas para a prevenção do cancro, nomeadamente as relacionadas com a alimentação, o tabaco, a exposição ao sol e o ambiente ocupacional.

2 — Na área da nutrição serão implementadas as seguintes medidas:

2.1 — Promover a organização de inquéritos alimentares com o objectivo de se conhecer a realidade portuguesa no que respeita aos hábitos alimentares e à frequência com que são consumidos alimentos reconhecidamente cancerígenos;

2.2 — Dar a conhecer à população quais são esses alimentos e os riscos que corre com o seu consumo.

3 — No que se refere ao tabaco, responsável por mais mortes por cancro que qualquer outro factor conhecido, e atendendo a que a já extensa investigação realizada sobre o «fumador passivo» aponta para um excesso de risco dos não fumadores com exposição prolongada e intensa a ambientes com fumo, serão implementadas atitudes preventivas dirigidas à diminuição da prevalência do tabagismo e conseqüente redução da incidência e mortalidade por cancro. As medidas a implementar deverão direccionar-se para:

3.1 — O reforço da informação à população sobre o papel do consumo de tabaco na incidência do cancro;

3.2 — A eleição da população juvenil como alvo prioritário das campanhas de sensibilização antitabágica;

3.3 — A informação das populações trabalhadoras, particularmente na área industrial, para a existência de interacção com outros factores de risco;

3.4 — O reforço da legislação de protecção aos não fumadores nos locais públicos;

3.5 — A implementação de medidas restritivas à publicidade que estimula o consumo de tabaco;

3.6 — Acções de apoio aos fumadores que pretendam abandonar o hábito de fumar;

3.7 — Colaboração com todas as instituições envolvidas na luta antitabágica;

3.8 — O aumento do imposto que incide sobre a venda do tabaco.

4 — Por último, e no que se refere ao ambiente, verifica-se que existe actualmente uma crescente preocupação da população relativamente à presença de factores de risco de cancro associados a poluentes químicos, nomeadamente no ar, solos e água. Deste modo, a estratégia a seguir passa por atitudes preventivas visando nomeadamente:

4.1 — Promover a informação e sensibilização das populações para o risco de cancro ambiental;

4.2 — Pugnar pela aplicação de medidas preventivas e de controlo da poluição;

4.3 — Desenvolver um programa de investigação sobre higiene e saúde ambiental.

CAPÍTULO V

Rastreios

Os programas de rastreio de cancro consistem na aplicação de exames sistemáticos a toda a população saudável ou de grupos específicos seleccionados da população saudável, com o objectivo de diminuir a incidência e a mortalidade.

Exige-se uma metodologia de base populacional, organizada, centralizada, com estreitos mecanismos de controlo e garantia de qualidade sujeitos a auditorias, a disponibilidade de diagnóstico complementar e tratamento imediatos e análises de custo-benefício pré e pós-intervenção, realizadas no pressuposto de que a execução dos programas de rastreio irão possibilitar intervir eficientemente na história natural da doença.

Nos casos em que os programas de rastreio sistemático não sejam exequíveis deverão ser incentivados todos os meios conducentes à identificação de lesões pré-malignas ou de neoplasias iniciais sustentadas por critérios de qualidade.

Nesta área definem-se como objectivos prioritários:

- 1) Realizar rastreios para o cancro do colo do útero — por citologia cervical, no grupo etário 30-60 anos —, cancro da mama — por mamografia, no grupo etário 50-69 — e cancro colo-rectal — por pesquisa de sangue oculto nas fezes, no grupo etário 50-74. O alargamento a estratos etários vizinhos estará dependente da magnitude do problema de saúde pública e dos recursos disponíveis. O uso de outros testes de rastreio apenas deverá ser considerado após a publicitação dos ensaios a decorrer, nomeadamente, na União Europeia;
- 2) Garantir que apenas serão permitidos programas de rastreio — quer dos já existentes quer dos eventualmente a implementar —, gratuitos para a população, que assegurem altos níveis de qualidade, nomeadamente com processos de convocação-reconvocação populacionais com informação sobre os benefícios e riscos desta actividade preventiva, garantia de acessibilidade universal, boa prática clínica, monitorização permanente dos indicadores de desempenho,

vias de tratamento prioritárias e imediatas, respeitado pelas directrizes comunitárias de rastreio de cancro, formação específica a todos os profissionais envolvidos e ligação aos registos oncológicos regionais;

- 3) Sujeitar a decisão de continuar com os programas de rastreio já existentes ou de iniciar novos programas à ratificação do Ministro da Saúde ou em quem entender delegar, após ouvidas as administrações regionais de saúde e o Conselho Nacional de Oncologia e de acordo com o estudo nacional e regional da garantia dos princípios gerais atrás enunciados e daqueles que serão publicitados para cada localização tumoral;
- 4) Estudar e implementar atitudes que permitam uma cobertura nacional e universal da população;
- 5) Organizar os programas de acordo com as directrizes europeias, ouvido o Conselho Nacional de Oncologia.

Neste âmbito deverão ser seguidas as seguintes linhas orientadoras:

- 1) No rastreio de cancro do colo do útero, o teste a utilizar será a citologia cervical — teste de Papanicolaou — com convite ao grupo etário dos 30 aos 60 anos (extensivo a grupos etários vizinhos, consoante os recursos disponíveis) e intervalo de rastreio de três anos — após dois exames anuais negativos;
- 2) No rastreio de cancro da mama, o teste a utilizar é a mamografia, com convite ao grupo etário dos 50 aos 69 anos e intervalo de rastreio de dois anos. Embora os efeitos adversos do rastreio mamográfico no grupo etário 40-49 possam não ser negligenciáveis, poderão desenvolver-se programas de rastreio neste grupo alvo, desde que as mulheres sejam informadas sobre os seus benefícios e efeitos adversos. Deve ser desencorajado o rastreio sistemático em unidades sem sistemas adequados de controlo de qualidade;
- 3) O cancro colo-rectal é, como se sabe, um importante problema de saúde pública. Dependendo da disponibilidade de profissionais treinados e das prioridades de recursos de cuidados de saúde, deverão ser organizados programas de rastreio por pesquisa de sangue oculto nas fezes e a colonoscopia de cinco em cinco anos nos indivíduos assintomáticos. O teste a utilizar será a pesquisa de sangue oculto nas fezes com convite ao grupo etário 50-74 anos e intervalo de rastreio de um-dois anos, sendo imediata a execução da colonoscopia em todos os casos com teste de sangue oculto positivo.

CAPÍTULO VI

Assistência hospitalar

As doenças oncológicas têm como principal característica comum a cronicidade, com necessidade de manter observações, exames e tratamentos frequentes em ambiente hospitalar com importante componente ambulatório.

Tanto para os aspectos somáticos da doença, alvo indiscutível e habitual dos cuidados, como para as ver-

tentes social e psicológica do doente e da família, tornam-se necessárias estratégias de intervenção e redes de instituições. Neste contexto, torna-se óbvia a necessidade de institucionalização de uma rede de referência em oncologia e, bem assim, de dotar alguns hospitais de serviços ou unidades de oncologia médica.

O ritmo acelerado dos progressos científicos e técnicos têm-se repercutido a nível dos custos dos equipamentos e dos tratamentos e da maior especialização dos recursos humanos.

As decisões terapêuticas são multidisciplinares e as instituições de saúde, no seu conjunto, são responsáveis por cuidar do doente oncológico em todas as fases da doença, factos estes que, necessariamente, levam as instituições a interagirem por forma a obter-se uma complementaridade dos cuidados.

Constituem objectivos prioritários nesta área:

1) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados — a alcançar através da implementação das seguintes medidas estratégicas:

- a) Criar condições para padronização dos procedimentos de diagnóstico, tratamento e seguimento dos doentes;
- b) Implementar mecanismos facilitadores da comunicação entre as instituições responsáveis pelos cuidados oncológicos a nível local;
- c) Desenvolver mecanismos objectivos de avaliação do desempenho;
- d) Instalar novos equipamentos e actualizar adequadamente os equipamentos existentes;
- e) Melhorar a acessibilidade;
- f) Melhorar a eficiência;
- g) Criar uma organização em que a investigação clínica faça parte da actividade corrente e onde a investigação laboratorial seja progressivamente introduzida;
- h) Melhorar a formação profissional através da avaliação das acções tendo como população alvo todos os intervenientes no processo;
- i) Criar condições para que os centros regionais do IPOFG e alguns hospitais centrais possam desempenhar cabalmente as suas funções como centros de referência oncológica;

2) Criar a Rede de Referência Hospitalar em Oncologia — uma rede de referência hospitalar em oncologia define-se como um sistema que integra diferentes tipos de instituições, que se articulam entre si para prestarem cuidados especializados em oncologia, numa perspectiva integrada e globalizante, tendo subjacente a optimização dos recursos humanos, dos procedimentos e dos equipamentos.

A rede deverá englobar:

- Hospitais distritais;
- Hospitais centrais;
- Hospitais especializados;
- Os centros regionais do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil;
- Alguns prestadores privados que trabalham em complementaridade com o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Os centros de saúde, os hospitais de nível I e os outros hospitais que não entrem na rede devem articular-se com as instituições que a integram.

Definem-se desde já os seguintes critérios que deverão estar subjacentes à definição da rede:

- 1) A base populacional para a delimitação dos serviços ou unidades de oncologia médica da rede de referência, deverá ser de cerca de 300 000 habitantes, ponderando-se acessibilidades e capacidades instaladas por insuficiência ou excesso;
- 2) Os novos serviços ou unidades de oncologia médica da rede de referência deverão ter em atenção as necessidades para uma prestação de cuidados ao doente oncológico em todas as fases da doença, o que implica a complementaridade de cuidados, tendo em atenção as suas necessidades e o seu conforto;
- 3) Os elevados custos que a oncologia envolve, quer no que respeita ao diagnóstico, quer no que respeita ao tratamento, conduz à necessidade de estabelecimento de diferentes plataformas para o diagnóstico e para o tratamento dos doentes, com meios idênticos para a prestação de cuidados em cada plataforma;
- 4) A definição das plataformas deverá ter por base a incidência da doença e o desempenho das instituições. Esta nova organização reger-se-á por critérios de qualidade e de optimização dos recursos numa perspectiva integrada. A classificação dos hospitais por plataformas é da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde e far-se-á sob proposta das administrações regionais de saúde, ouvidas as comissões oncológicas regionais;
- 5) Nos hospitais que integram a rede devem existir, como condições mínimas de funcionamento, um conjunto de especialidades. Estão nestas condições as especialidades de oncologia médica, cirurgia geral, urologia, ginecologia, pneumologia, gastroenterologia, dermatologia, imagiologia, patologia morfológica e patologia clínica. Caso as referidas especialidades não existam na instituição o acesso às mesmas em tempo útil deve ser previamente garantido.

Consideram-se ainda incluídos nas condições mínimas de funcionamento da especialidade os seguintes requisitos:

- a) Existência de comissão de coordenação oncológica activa e actuante, responsável pela coordenação de toda a actividade oncológica no respectivo hospital, incluindo o registo oncológico;
- b) Os departamentos, serviços ou unidades de oncologia médica da rede devem integrar diversas áreas nomeadamente internamento, consultas externas, hospital de dia e atendimento não programado;
- c) Participação na definição de protocolos de diagnóstico e de terapêutica em colaboração com os hospitais centrais de referência ou com os centros regionais de oncologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, aos quais cabe a sua dinamização, permitindo, assim, uma maior qualidade e equidade dos cuidados;
- d) Participação nas consultas multidisciplinares de decisão terapêutica;
- e) Participação na prestação de cuidados paliativos;
- f) Promoção da investigação clínica.

Após a criação da rede, a enumeração e a indigitação dos hospitais que a irão integrar devem ser tidas em consideração as seguintes referências organizacionais e técnicas:

Do ponto de vista organizacional:

- 1) As administrações regionais de saúde são as responsáveis pela implementação da rede de referência oncológica ouvidas as comissões oncológicas regionais;
- 2) As comissões oncológicas regionais, na área da sua actuação, e a Direcção-Geral da Saúde deverão promover a divulgação das estruturas da rede nas respectivas áreas, de modo que o encaminhamento dos doentes seja eficaz;
- 3) Nos hospitais serão as comissões de coordenação oncológica as entidades responsáveis, junto das direcções clínicas e dos conselhos de administração, pelo bom desempenho da instituição na respectiva rede;
- 4) A avaliação do funcionamento da rede é da responsabilidade das comissões oncológicas regionais, que deverão anualmente apresentar um relatório ao Conselho Nacional de Oncologia.

Do ponto de vista técnico:

- 1) As comissões de coordenação oncológica de cada unidade hospitalar deverão providenciar, junto dos serviços envolvidos, no sentido de serem adoptados protocolos interdisciplinares de diagnóstico, tratamento e seguimento dos doentes. Tais protocolos deverão ser do conhecimento das comissões oncológicas regionais;
- 2) As comissões de coordenação oncológica dos hospitais deverão promover reuniões de decisão terapêutica, de âmbito multidisciplinar;
- 3) As comissões de coordenação oncológica dos hospitais deverão divulgar anualmente os resultados obtidos no âmbito das actividades desenvolvidas.

CAPÍTULO VII

Radioterapia

Os hospitais que tratam doentes do foro oncológico e não possuam radioterapia terão de estar articulados, por protocolo, com um departamento, serviço ou unidade de radioterapia instalada no sector público ou privado.

Atenta a realidade do país em recursos humanos, técnicos e económicos, apontam-se como objectivos nesta área:

- 1) Atingir o rácio de um aparelho de irradiação para 200 000 habitantes ou para 350 doentes/ano;
- 2) Programar à escala nacional a existência de 15 departamentos, serviços ou unidades de radioterapia, públicas ou privadas;
- 3) Renovar e modernizar os equipamentos desactualizados de radioterapia com prioridade para os centros regionais de oncologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil;
- 4) Limitar as unidades públicas de braquiterapia intracavitária, braquiterapia intersticial e de radioterapia intra-operatória às já existentes. A

sua instalação noutros serviços públicos só poderá fazer-se em casos excepcionais, dependendo do parecer fundamentado do Conselho Nacional de Oncologia;

- 5) A instalação de novos departamentos, serviços ou unidades de radioterapia, públicos ou privados, deve obedecer a critérios de epidemiologia oncológica e a padrões de qualidade. Deve ainda pautar-se pela multidisciplinaridade da radioterapia oncológica e garantir a continuidade de cuidados ao doente oncológico.

CAPÍTULO VIII

Cuidados paliativos

Quando os tratamentos específicos, dirigidos à doença, deixam de ter lugar, as necessidades do doente e da família continuam a exigir um apoio humanizado e eficaz. Apesar dos avanços no rastreio e no tratamento dos doentes, as estimativas apontam para que, mesmo assim, cerca de metade dos doentes oncológicos virão a morrer desta doença.

Ao longo de toda a doença oncológica devem coexistir as terapêuticas antineoplásicas e as paliativas predominando, as primeiras, no início da doença e intensificando-se, as segundas, na sua fase terminal.

Na maioria dos doentes com cancro o período de maior sofrimento, pela intensidade, complexidade e rápida variação das perturbações físicas, psíquicas, sociais e existenciais, é a fase terminal da doença em que à exacerbação do sofrimento corresponde, entre nós, um progressivo vazio de apoio qualificado.

Daí que os objectivos apontados para esta área da prestação de cuidados, ainda tão incipiente e com tão baixa taxa de população abrangida, passem por apoiar todos os projectos que, neste domínio, possam despontar com credibilidade e reunindo as necessárias garantias de qualidade.

Mais concretamente poderemos dizer que os objectivos passam por:

- 1) Formar equipas de cuidados paliativos e avaliar essa formação periodicamente;
- 2) Estabelecer, a nível nacional, critérios de qualidade das unidades de cuidados paliativos, os quais devem ser verificados periodicamente por comissões técnicas devidamente reconhecidas;
- 3) Estudar as necessidades e planear, em conformidade, a distribuição geográfica pelo território nacional das unidades de cuidados paliativos, de modo a chegar o mais perto possível da residência dos doentes, dando-lhes preferencialmente apoio qualificado no domicílio;
- 4) Definir os requisitos de qualidade, regras de articulação e mecanismos de avaliação da actividade das unidades de cuidados paliativos.

E serão concretizados através das seguintes medidas estratégicas:

- 1) Criação de equipas hospitalares de cuidados paliativos;
- 2) Incremento da actividade dos cuidados paliativos nos hospitais centrais de referência e nos centros de oncologia do IPOFG não só no domínio da formação específica regular como na criação de formas estruturadas de os prestar;

- 3) Introdução da área de cuidados paliativos na formação dos especialistas em oncologia, nomeadamente tratamento da dor e outros sintomas, comunicação com o doente e família, apoio psicossocial e ética médica. O programa de formação dos especialistas oncológicos deverá incluir três meses de estágio numa unidade de referência em cuidados paliativos;
- 4) Criação de unidades de cuidados paliativos, centradas na comunidade, com ênfase na articulação entre equipas domiciliárias e unidades de internamento. As unidades comunitárias deverão relacionar-se funcionalmente com hospitais, centros de saúde, instituições privadas de solidariedade social, com destaque para as misericórdias e Liga Portuguesa contra o Cancro. As equipas devem ter composição multidisciplinar — médicos, enfermeiros, assistentes sociais, apoiantes espirituais e voluntários — e efectuar uma abordagem interdisciplinar no seguimento dos doentes;
- 5) Incentivos à formação regular dos médicos de família em cuidados paliativos.

CAPÍTULO IX

Ensino, formação e investigação

No que respeita ao ensino, à formação e à investigação, apontam-se como principais referências:

1) A nível do ensino pré-graduado nas universidades entende-se que:

- a) As universidades deverão direccionar o ensino pré-graduado da oncologia para as licenciaturas em Medicina e Medicina Dentária;
- b) Os centros regionais de oncologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil deverão participar no ensino, mediante articulação a estabelecer com as universidades;
- c) O ensino pré-graduado deverá orientar-se pelos princípios propostos pela União Europeia e pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC);
- d) O ensino pré-graduado da oncologia nas universidades deverá dar particular ênfase à prevenção, ao diagnóstico precoce, aos cuidados paliativos, bem como ao estado da arte relativo às técnicas de tratamento;
- e) É indispensável proceder à coordenação do ensino da oncologia já que é ministrado em várias disciplinas. Assim, é aconselhada a sua individualização no último ano da licenciatura em Medicina;
- f) No que concerne ao ensino da oncologia na licenciatura em Medicina Dentária, deverá ser dado particular relevo ao cancro da cavidade oral e à importância do médico dentista na prevenção e diagnóstico precoce.

2) A nível do ensino pré-graduado nas escolas de enfermagem entende-se que:

- a) No âmbito da formação genérica na área da enfermagem oncológica, dever-se-á considerar que a prevenção, ensino e assistência ao doente oncológico cabem nas competências dos profissionais da enfermagem;

- b) Com as necessárias adaptações, as recomendações para o ensino pré-graduado da oncologia são semelhantes, quer se trate de escolas de enfermagem quer se trate de escolas médicas.

3) A nível do ensino médico pós-graduado deve ter-se em consideração que:

- a) Nas especialidades de oncologia médica e radioterapia os internatos deverão decorrer conforme orientação do Ministério da Saúde e Ordem dos Médicos. Torna-se indispensável fazer um estudo das necessidades nacionais, relativamente a estas especialidades, por forma a garantir a correspondente capacidade formativa;
- b) Os internatos deverão ter lugar nos centros regionais do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil e nos serviços hospitalares com idoneidade reconhecida pelo Ministério da Saúde e Ordem dos Médicos;
- c) Os ciclos de estudos especiais na área oncológica deverão prosseguir e serem considerados como estudos avançados e como forma de treino específico no âmbito de algumas especialidades existentes ou de criação previsível. Os seus principais impulsionadores são os centros regionais de oncologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, bem como os hospitais centrais com idoneidade reconhecida para esta formação;
- d) O internato da especialidade de medicina geral e familiar deverá incluir um programa de formação com ênfase especial na área dos cuidados oncológicos, a ter lugar num departamento, serviço ou unidade de oncologia, a definir pelo Ministério da Saúde e Ordem dos Médicos;
- e) Os internatos de especialidades com grande vocação para a patologia tumoral maligna deverão incluir um programa de formação específica na área da oncologia, a definir pelo Ministério da Saúde e Ordem dos Médicos.

4) A nível dos mestrados e doutoramentos, as universidades deverão estimular a criação de mestrados e áreas de doutoramento em oncologia, como forma de estudos avançados, que contribuam para a valorização profissional bem como para o progresso da investigação básica e clínica.

5) A nível da enfermagem oncológica, as escolas de enfermagem, em colaboração com os centros regionais de oncologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil e outras estruturas hospitalares de reconhecida idoneidade, deverão criar a especialidade ou a pós-graduação em Enfermagem Oncológica, tendo por base o *core curriculum* da European Oncology Nursing Society (EONS).

6) No que respeita aos técnicos de saúde as recomendações vão no sentido das escolas superiores de tecnologia da saúde prosseguirem na formação, entre outros, de técnicos de anatomia patológica, de imagiologia, radioterapia, medicina nuclear e de medicina física e reabilitação, de molde a garantir os recursos humanos necessários à expansão dos serviços com actividade na área da oncologia.

7) A base do registo oncológico é a unidade assistencial, cujo funcionamento técnico é da integral responsabilidade do médico. Para apoiar e facilitar o referido registo deverão ser criados e incentivados cursos

de formação dirigidos a técnicos da carreira administrativa dos hospitais.

8) Deverão também ser criados protocolos entre as universidades, institutos politécnicos e os centros regionais de oncologia do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil e outros serviços ou instituições devidamente credenciadas para o ensino pré e pós-graduado da oncologia.

9) A investigação oncológica, tanto básica como clínica, deverá ser incentivada através de mecanismos de financiamento específicos, com relevo particular para a Fundação para a Ciência e a Tecnologia e para os programas sectoriais dos quadros comunitários de apoio da União Europeia.

CAPÍTULO X

Qualidade

O presente documento estabelece também como missão da rede oncológica nacional a melhoria do acesso a cuidados de qualidade na área da oncologia.

Este grande objectivo passa pela introdução de mecanismos de avaliação e melhoria contínua da prestação dos actos terapêuticos ministrados aos doentes. As acções a realizar envolverão o Instituto da Qualidade em Saúde.

1) Ao nível da gestão da rede oncológica nacional do SNS torna-se fundamental:

- a) Reorganizar e aumentar a capacidade de resposta dos serviços;
- b) Promover a formação contínua dos profissionais e partilhar experiências com os vários parceiros que actuam na rede bem como com parceiros internacionais privilegiados, nomeadamente ao nível da União Europeia — Programa Europa contra o Cancro;
- c) Desenvolver as tecnologias da informação e comunicação e colocá-las ao serviço da rede oncológica;
- d) Actualizar o registo oncológico e proceder a estudos epidemiológicos da população com vista a um planeamento adequado da instalação da tecnologia pesada e das necessidades em recursos humanos;
- e) Obter ganhos em eficiência, efectividade e equidade;
- f) Obter ganhos em saúde e contribuir para uma significativa melhoria da qualidade de vida das populações.

2) Caberá à gestão das instituições pertencentes à rede oncológica nacional:

- a) Implementar o princípio da referenciação hospitalar como facilitadora do acesso;
- b) Eliminar eventuais listas de espera;
- c) Elaborar planos de intervenção ao nível dos processos e da estrutura com vista à melhoria da qualidade;
- d) Aumentar os índices de satisfação dos utilizadores;
- e) Aumentar os índices de satisfação dos profissionais;
- f) Obter ganhos em eficiência;

- g) Proceder à avaliação e medição dos resultados em termos de anos de vida ganhos, qualidade de vida e grau de satisfação dos utilizadores da rede.

A operacionalização destes objectivos far-se-á através da:

- 1) Adesão a um sistema formal de melhoria contínua da qualidade, que pressupõe:
 - a) Um envolvimento claro e inequívoco das lideranças institucionais e dos vários actores que directa ou indirectamente prestam cuidados;
 - b) O reconhecimento de que só ele proporciona a confiança de que o nível de qualidade que está a ser fornecido ao cliente é mantido e constantemente melhorado;
 - c) A utilização de instrumentos específicos dos quais se destacam as normas de programas de acreditação já testadas e em aplicação em Portugal ou noutros países;
 - d) O estabelecimento de um conjunto de critérios e padrões, previamente estabelecidos por organizações profissionais e de consumidores, com base nos quais se fará a pesquisa da conformidade do que é realizado em determinada instituição;
 - e) Os critérios deverão ter como características intrínsecas a aceitabilidade, a mensurabilidade e a atingibilidade e serem susceptíveis de concretização quantificável, a fim de garantirem uma aplicação consensualmente aceite por todos os operadores da rede;
- 2) Constituição de equipas multidisciplinares responsáveis por:
 - a) A nível do processo e na vertente da prestação técnica, desenvolver e implementar protocolos clínicos na área oncológica, suficientemente validados em todas as instituições pertencentes à rede;
 - b) A nível do processo mas na vertente organizacional, listar as principais fontes de informação a implementar e imprescindíveis a uma célere e fiável circulação da informação, elaborar o processo clínico «tipo», definir o percurso do doente oncológico de acordo com o princípio da referenciação e definir uma estrutura de responsabilidades e competências aos vários níveis da prestação de cuidados que se constituam como uma rede de referência oncológica nacional;
 - c) Ao nível da estrutura, elaborar uma carta de equipamentos e sua localização geográfica e institucional, pertinentes para a rede, por região de saúde e sua revisão sistemática, com vista à optimização dos recursos existentes;
 - d) Finalmente, ao nível dos resultados, constituir um observatório para a monitorização dos níveis de qualidade estabelecidos pelos padrões e critérios adoptados.