CENTRO DE ONCOLOGIA DOS AÇORES
PROF. DOUTOR JOSÉ CONDE

RELATÓRIO DE ATIVIDADES - 2016

- CCCDOA
- RORA
- rocma
- rocca
- roccra
- PICCA
- PPCTA
- RASTREIO OPORTUNÍSTICO
- EXAMES IMAGIOLÓGICOS DE DIAGNÓSTICO

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 3
1.1 MISSÃO 3
1.2 MODELO ORGANIZACIONAL 4
1.2.1 ORGANOGRAMA 5
1.3 PRINCIPAIS RESPONSÁVEIS 6
1.4 ENQUADRAMENTO LEGAL E REGULAMENTAÇÃO INTERNA 6
2. RECURSOS UTILIZADOS 7
2.1 RECURSOS HUMANOS 7
2.1.1 A TEMPO INTEIRO 7
2.1.2 A TEMPO PARCIAL 8
2.1.3 CCCDOA 8
2.2 RECURSOS FINANCEIROS 9
2.3 RECURSOS TECNOLÓGICOS 10
2.4 RECURSOS FÍSICOS 10
2.5 PARCERIAS 11
3. DESTINATÁRIOS DA MISSÃO DO COA 12
4. AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DO PLANO DE ATIVIDADES 2016 12
4.1 SERVIÇOS PRESTADOS 13
4.2 EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS E AÇÕES 14
4.2.1 APOIO INSTRUMENTAL 16
4.3 CUSTOS POR PROGRAMA 16
5. CONSELHO CONSULTIVO DE COMBATE À DOENÇA ONCOLÓGICA NOS AÇORES (CCCDOA)... 18
6. AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO PLANO DE ATIVIDADES 2016 22
6.1 REGISTO ONCOLÓGICO REGIONAL DOS AÇORES (RORA) 22
6.2 PROGRAMAS ORGANIZADOS DE RASTREIO DE BASE POPULACIONAL 23
6.2.1 – RASTREIO DE CANCRO DE MAMA (ROCMA) 23
6.2.2 – RASTREIO DE CANCRO DO COLO DO UTERO (ROCCA) 26
6.2.3 – RASTREIO DE CANCRO DO CÓLON E RETO (ROCCRA) 31
6.2.4 - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DO CANCRO NA CAVIDADE ORAL NOS AÇORES (PICCOA) 36
6.3 PROGRAMA DE PREVENÇÃO E COMBATE AO TABAGISMO NOS AÇORES (PPCTA) 37
6.4 RASTREIO OPORTUNÍSTICO 37
6.5 EXAMES IMAGIOLOGICOS DE DIAGNÓSTICO 38
7. CONCLUSÕES 42

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

1.1 MISSÃO

O COA tem as seguintes atribuições (artigo 3.º do Decreto Regulamentar Regional nº 1/2007/A, de 24 de janeiro):

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

Fomentar as atividades de vigilância epidemiológica de investigação, de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e da avaliação dos resultados da sua atividade.

Executar e coordenar o Registo Oncológico na Região Autónoma dos Açores (RORA).

1.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

O Conselho de Administração (CA) é constituído por um presidente por um vogal administrativo e por um vogal de enfermagem.

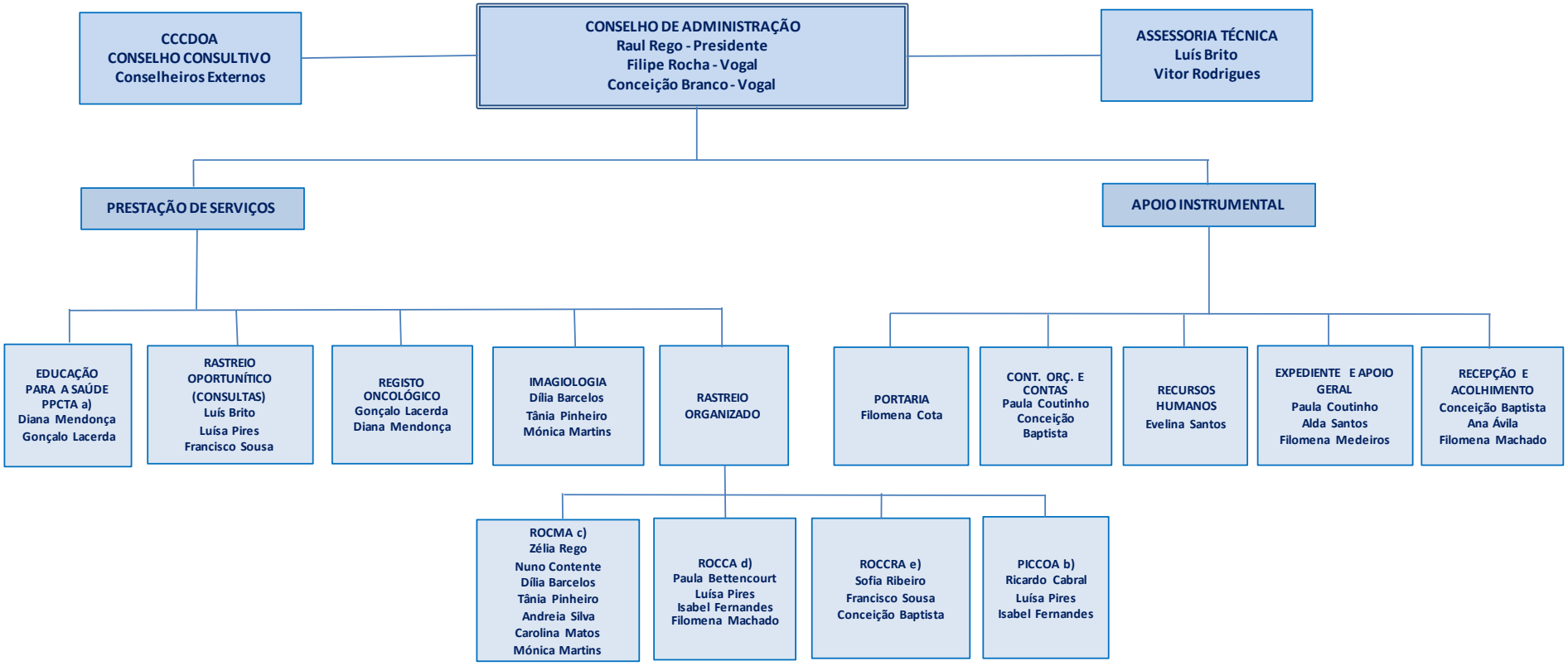
O organograma inclui dois núcleos. Um executivo e outro instrumental.

Ao primeiro compete a prestação de serviços e ao segundo as atividades complementares relacionadas com essa prestação de serviços e atendimento geral, conforme se apresenta no organograma.

Identifica-se a afetação dos funcionários, por unidade orgânica, em 2016.

1.2.1 ORGANOGRAMA

CENTRO DE ONCOLOGIA DOS AÇORES PROF. DOUTOR JOSÉ CONDE



a) Programa de prevenção e combate ao tabagismo nos Açores
b) Programa de intervenção no cancro da cavidade oral nos Açores. Embora o programa envolva também, a população de risco, inclui-se no rastreio organizado.
c) Rastreio organizado de cancro de mama nos Açores
d) Rastreio organizado de cancro cervical nos Açores
e) Rastreio organizado de cancro do cólon e reto nos Açores

(Atualizado em janeiro de 2017)

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".

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

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

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

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

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

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

2. RECURSOS UTILIZADOS

Para executar o seu Plano Atividades de 2016, 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 – Assistente graduado sénior (Saúde Pública) e assessor do CA

Luísa Pires – Enfermeira

Francisco Sousa - Enfermeiro

Dília Barcelos – Técnica de Diagnóstico e Terapêutica

Tânia Pinheiro – Técnica de Diagnóstico e Terapêutica

Andreia Silva – Técnica de Diagnóstico e Terapêutica

Carolina Matos – Técnica de Diagnóstico e Terapêutica

Mónica Martins – Técnica de Diagnóstico e Terapêutica

Diana Mendonça – Técnica de Diagnóstico e Terapêutica e mestre em Saúde Pública (Estagiar L)

Gonçalo Lacerda – Técnico Superior

Evelina Teles – Técnica Superior

Conceição Baptista – Assistente Técnica

Filomena Machado – Assistente Técnica

Paula Coutinho – Assistente Técnica

Isabel Fernandes – Assistente Técnica

Ana Ávila – Assistente Técnica

Margarete Inácio (Programa Recuperar)

Evandro Meneses (Programa Recuperar)

Nuno Contente – Operador de Informática

Filomena Cota – Assistente Operacional

Alda Santos – Assistente Operacional

Filomena Medeiros – Assistente Operacional

2.1.2 RECURSOS HUMANOS A TEMPO PARCIAL

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

Álvaro Gregório – Internista, rastreio oportunístico;

Paula Bettencourt – Ginecologista, Diretora Técnica do ROCCA;

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

Sofia Ribeiro – Gastroenterologista, Diretora Técnica do ROCCRA;

Eva Garcia – Radiologista, leitora do ROCMA;

Lourdes Ferreira – Dermatologista, rastreio oportunístico;

Jorge Brito – Radiologista leitor do ROCMA;

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

Paula Carneiro – Radiologista, leitora do ROCMA;

Isabel Bastos – Radiologista, leitora do ROCMA;

Rui Teixeira – Radiologista, leitor do ROCMA.

2.1.3 CONSELHO CONSULTIVO PARA O COMBATE À DOENÇA ONCOLÓGICA NOS AÇORES - CCCDOA

Vitor Rodrigues – Epidemiologista;

Rui SanBento – Oncologista;

Jorge Câmara – Oncologista;

Ricardo Cabral – Médico Dentista;

João Fontes e Sousa – Medicina Geral e Familiar;

Marisa Lobão – Radioncologista;

Oscar Reis – Cirurgião;

Gonçalo Lacerda – Veterinário;

Raul Rego – Economista.

2.2 RECURSOS FINANCEIROS

As receitas (emitidas e cobradas) e as despesas (processadas e pagas) para o ano de 2016, homologamente comparadas com as de 2015, apresentam-se nos mapas seguintes:

	RECEITAS			
	2015		2016	
	Emitidas	***Cobradas***	***Emitidas***	***Cobradas***
Subs. Investimento	6.332,87 €	6.332,87 €	Ø	Ø
Subs. Exploração	1.253.874,00 €	1.253.874,00 €	1.070.000,00 €	1.070.000,00 €
Receitas Próprias	7.159,90 €	34.934,69 €	8.878,00 €	31.323,00 €
Outras	Ø	Ø	186 €	186 €
Total	**1.267.366,77 €**	**1.295.141.56 €**	**1.079.064,00 €**	**1.101.509.00 €**

	DESPESAS			
	2015		2016	
	Processadas	***Pagas***	***Processadas***	***Pagas***
Compras	29.496,58 €	29.331,16 €	59.527,00 €	59.527,00 €
Investimento	190.906,42 €	190.906,42 €	26.520,00 €	26.520,00 €
Aquis. Serviços	415.107,69 €	411.997,02 €	531.155,00 €	522.756,00 €
Pessoal	603.754,59 €	603.754,59 €	564.625,00 €	564.625,00 €
Outras	185,00 €	185,00 €	13,00 €	13,00 €
Total	**1.239.450,28 €**	**1.236.174,19 €**	**1.181.840,00 €**	**1.173.441,00 €**

As receitas próprias do COA são muito reduzidas e provêm da cobrança de taxas moderadoras.

Não ocorreu qualquer financiamento para investimento.

Destaca-se um decréscimo acentuado no total das receitas em relação a 2015 (15%).

Quanto às despesas verificou-se:

- Um acréscimo na rubrica compras devido à reposição de stock de kit's ROCCA (27 675€) em 2016, não tendo ocorrido compra de kit's em 2015;
- Substancial redução em investimentos porque, em 2015, ocorreu um forte investimento (reposição de um mamógrafo "acidentado");
- Aumento nas aquisições de serviço pelos seguintes motivos:
- Acréscimo de remuneração do pessoal médico reformado contratado, por força de dispositivo legal;
- Maior volume de leituras mamográficas em ano par (2016) em relação a ano ímpar (2015);

- Maior gasto em correios e deslocações relacionado com o arranque do ROCCRA em São Miguel e Santa Maria e com a preparação do arranque do PICCOA em todas as ilhas;
- Decréscimo nas despesas com pessoal.

Ocorreu, mesmo assim, um decréscimo global de 4,4% na despesa em relação a 2015.

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;

2.4 RECURSOS FÍSICOS

O COA desenvolveu a sua atividade nas seguintes instalações:

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

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 (Hospital do Divino Espírito Santo – 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 e para o ROCCRA e posterior tratamento/acompanhamento;
- Contrato de prestação de serviços com laboratório de anatomia patológica para o processamento das citologias ginecológicas e determinação de HPV para as situações diagnosticadas como ASCUS, no âmbito do ROCCA;
- Acordo com a LPCC, Núcleo dos Açores, envolvendo a cedência ao COA do edifício sede, mediante contrapartida de obras de beneficiação/ampliação e manutenção. Envolve, também, a colaboração do Núcleo em tarefas de divulgação, mobilização e convocação complementar para os programas e campanhas de rastreio de cancro;
- Contratos de prestação de serviço para as áreas do rastreio prescritivo/oportunístico, bem como para as leituras do ROCMA e direções técnicas dos programas de rastreio.
- Contrato de prestação de serviços para assessoria técnica ao CA e equipes coordenadoras dos programas de rastreio e RORA.
- Contratos, em regime de convenção, na área de análises clínicas, dermatologia e imagiologia.

3. IDENTIFICAÇÃO DOS DESTINATÁRIOS DA MISSÃO DO COA

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

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

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

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

O ROCMA tem como população alvo as mulheres na faixa etária 45/74 anos; o ROCCA as mulheres na faixa 25/64 anos e o ROCCRA, os homens e mulheres com idade entre os 50 e os 74 anos.

4. AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DO PLANO DE ATIVIDADES 2016

O COA desenvolveu a sua atividade em 8 grandes programas, que mobilizaram todos os seus recursos humanos, financeiros, materiais, tecnológicos e parcerias disponíveis, a saber:

- Registo Oncológico da Região Açores (RORA);
- 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);
- Programa de prevenção e combate ao tabagismo nos Açores (PPCTA);
- Rastreio prescritivo/oportunístico;
- Produção de exames imagiológicos *(mamografias e ecografias)* em regime extraordinário de convenção.

Nos mapas seguintes identificam-se e quantificam-se os serviços prestados (2014; 2015 e 2016) e os programas e ações que foram desenvolvidos em 2016 com a respetiva taxa de execução:

4.1 SERVIÇOS PRESTADOS

Designação	2014	2015	2016
1. Consultas	**11 176**	**5 964**	**6 468**
1.1 Médicas	*5 355*	*4 088*	*4 402*
1.1.1 Clínica médica	4 109	3 313	3 260
1.1.1.1 Medicina	3 360	2 836	2 717
1.1.1.2 Radiologia - Observações da mama	749	477	543
1.1.2 Clinica Médico-cirúrgica		775	1 142
1.1.2.1 Ginecologia	668	65 b)	-
1.1.2.2 Dermatologia	578	710	1 142
1.2 De Enfermagem	*5 483*	*1 876 c)*	*2 066*
2. Atos de diagnóstico	**55 623**	**43 632**	**65 585**
2.1 Citologias - De rastreio (ROCCA)	7 145	6 450	11 466
2.2 Ecografias	5 010	762 d)	707 a)
2.3 Mamografias - De diagnóstico	749	453	543
- De rastreio (ROCMA)	13 888	11 509	17 230
- Leituras rastreio (ROCMA)	28 332	24 170	35 180 b)
2.4 RX (leituras)	68	29	-
2.5 Biópsias	280	229	459 c)
3. Atos de terapêutica	**308**	**393**	**876**
3.1 Pequenas cirurgias	290	213	528
3.2 Outros atos de terapêutica	18	110	348

a) Das quais 551 internas (eco mamária) e 156 requisitadas a entidade externa (regime de convenção).

b) Por força da programação do ROCMA, o volume de mamografias de rastreio e consequentes leituras é maior nos anos par.

c) Das quais 22 da radiologia e 437 da dermatologia.

4.2 PROGRAMAS E AÇÕES DE 2016. TAXA DE EXECUÇÃO

Cod.	Programa	Cod.	Ações	Data
1	RORA	1.1	Publicação da incidência no triénio 2012-2014 e sua disponibilização nos Portais do Governo Regional dos Açores e no European Cancer Observatory	0% **a)**
		1.2	Apuramento da incidência no período 1990-1996, alargando a abrangência temporal do RORA em mais 7 anos	0% **a)**
		1.3	Publicação de quatro "Comunicados" alusivos, respectivamente, aos cancros do cólon e recto, ao tabagismo, ao cancro de mama e ao cancro do pulmão	100%
		1.4	Formação, em registo oncológico, aos colaboradores do RORA das Unidades de Saúde	0% **b)**
		1.5	Publicação de folhetos informativos sobre estilos de vida saudável, alimentação e tabagismo	25%
		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 e ROCCRA.	100%
		1.8	Colaboração no programa regional de prevenção e combate ao tabagismo	100%
2	ROCMA	2.1	Programação/execução da 2.ª metade da 4.ª volta, por concelho/freguesia	100%
		2.2	Contratualização de serviços	100%
		2.3	Revisão, assinatura e homologação dos protocolos de colaboração com os hospitais e USI	100%
		2.4	Facultar, em cada reunião do CCCDOA, informação atualizada do ROCMA	100%
		2.5	Campanha de divulgação na RTP Açores	100%
		2.6	Envolvimento das juntas de freguesia, paróquias e farmácias, no processo de mobilização	100%
		2.7	Aperfeiçoamento, junto das USI e Saudaçor, das listagens de utentes	100%
		2.8	Controlo de qualidade dos mamógrafos e estações de leitura	100%
		2.9	Ensaio/ instalação de uma nova plataforma informática	50% **c)**
		2.10	Redução da demora média na etapa leitura/ aferição hospitalar	40% **d)**
		2.11	Reforço da celeridade e segurança, nas leituras dos exames	50%
		2.12	Atualização/ divulgação do manual executivo	0% **e)**
		2.13	Articulação com a Saudaçor, na elaboração dos contratos programa/metas quantificadas ROCMA	100%
3	ROCCA	3.1	Avaliação do 2.º ano da 2.ª volta	100%
		3.2	Programação/ execução do 3º ano da 2ª volta	100%
		3.3	Facultar, em cada reunião do CCCDOA, informação atualizada do ROCCA	100%
		3.4	Instalação de uma nova plataforma informática	100%
		3.5	Atualização dos protocolos de colaboração com os hospitais e USI do SRS	80%
		3.6	Atualização do manual executivo	20% **f)**
		3.7	Transferência do processamento laboratorial para o serviço de anatomapatologia do HSEIT	0% **g)**
		3.8	Pugnar por um maior envolvimento dos CA das USI, bem como suas equipas ROCCA	100%
		3.9	Avaliação, concelho a concelho, do processo de colheita para citologia e respetiva reorganização.	100%
		3.10	Articulação com a Saudaçor na definição/ quantificação das metas a atingir no âmbito dos contratos programa.	100%
		3.11	Apuramento, trimestral, dos principais indicadores do programa.	50%

(Continua)

(Continuação)

Cod.	Programa	Cod.	Ações	Data
4	ROCCRA	4.1	Facultar, em cada reunião do CCCDOA, informação atualizada do ROCCRA	100%
		4.2	Programação do rastreio em 2016, quer das tarefas a montante (USI), quer a jusante (hospitais), por freguesia	100%
		4.3	Campanha de informação/ mobilização (infomail; spot televisivo; cartaz; desdobrável)	100%
		4.4	Envolvimento nas tarefas de mobilização das juntas de freguesia, paróquias e farmácias	Adiado **h)**
		4.5	Articulação com a Saudaçor na definição quantitativa de metas a atingir, no âmbito dos contratos programa	100%
		4.6	Preparação/ celebração/ homologação dos protocolos de colaboração com os hospitais e USI do SRS	100%
		4.7	Instalação da plataforma informática em cada hospital e USI e respetiva formação	100%
		4.8	Instalação de dois equipamentos (no HSEIT e HDES) analisadores automáticos das amostras	100%
		4.9	Início do programa nas Ilhas Terceira, São Jorge e Graciosa	0%
		4.10	Atualização do manual executivo provisório	100%
5	PICCOA	5.1	Apreciação/aprovação em Conselho Consultivo da proposta do programa	100%
		5.2	Facultar, em cada reunião do CCCDOA, informação atualizada do PICCOA	100%
		5.3	Aprovação/publicação pelo Secretário Regional da Saúde	100%
		5.4	Criação de grupo coordenador	100%
		5.5	Elaboração de orçamento	100%
		5.6	Obtenção de plataforma informática	100%
		5.7	Preparação de campanha de informação/sensibilização	100%
		5.8	Celebração de protocolos de colaboração com Hospitais e USI	100%
		5.9	Arranque do programa	Adiado **i)**
6	PPCTA	6.1	Elaboração da proposta de programa e dos projetos	100%
		6.2	Apresentação/ debate com a DRS	100%
		6.3	Aprovação do programa pelo Governo Regional	0% **j)**
		6.4	Participação no projeto "prevenção do consumo de tabaco na comunidade escolar 2º ciclo" e no projeto "reavaliação do quadro legal sobre tabagismo nos Açores"	0% **j)**
		6.5	Coordenação/ dinamização do projeto "Campanha antitabaco"	100%
		6.6	Elaboração de orçamento	100%
		6.7	Conceção/ produção das peças publicitárias – autocolantes; cartazes; outdoors; panfletos	100%
		6.8	Spot televisivo	100%
7	RASTREIO OPORTUNISTA	7.1	Medicina (3 250 consultas)	84%
		7.2	Dermatologia (750 consultas)	95%
		7.3	Imagiologia (600 consultas)	80%
		7.4	Enfermagem (5 500 consultas)	34%
8	EXAMES IMAGIOLÓGICOS E BIÓPSIAS	8.1	Mamografias de diagnóstico (600)	76%
		8.2	Ecografias mamárias (300)	100%
		8.3	Ecografias outras (50)	100%
		8.4	Biópsias (250)	92%

a) Não executado devido ao não fornecimento do HSEIT da informação solicitada.
b) Execução dependente da nova realidade provocada pelas alterações legislativas entretanto ocorridas.
c) Ocorreu atraso na conclusão dos trabalhos com a Liga Portuguesa da Luta Contra o Cancro (LPLCC). Todavia foi assinado o protocolo de colaboração entre o COA e a LPLCC assegurando o usufruto desta nova plataforma informática, adiando-se a instalação para início de 2017.
d) Obtiveram-se ganhos na aferição no HSEIT, mantendo-se os prazos no HDES e HH.
e) As alterações, substantivas, que a nova plataforma informática trará, aconselharam o adiamento desta ação.
f) Dependente da conclusão dos processos relativos ao processamento laboratorial e novos protocolos de colaboração com as USI.
g) Realizadas várias reuniões entre os Conselhos de Administração do HSEIT e COA, trocados vários emails e proposto protocolo de colaboração. O HSEIT não dispôs de condições para concretizar o processo. Decorre solução alternativa.
h) Adiado para 2017. A eficácia desta ação depende da estabilização da resposta a jusante.
i) Adiado para janeiro de 2017.
j) Proposta apresentada. Aguarda desenvolvimento.

4.2.1 APOIO INSTRUMENTAL

- Foi assegurada a gestão dos recursos humanos e da contratualização de serviços;
- Elaborada a conta gerência, o orçamento e respetivas alterações orçamentais e assegurada a execução e o controlo orçamental, bem como o registo contabilístico;
- Foi assegurada a gestão e conservação do património.
- Assegurada a manutenção, limpeza e higiene das instalações;
- Assegurada a manutenção dos equipamentos;
- Elaborado o plano e o relatório de atividades;
- Atualizado o regulamento interno;
- Assegurado o controlo de qualidade;
- Respondidas, em articulação com o gabinete do SRS, as solicitações da comunicação social e suscitado o seu envolvimento nas ações de informação/sensibilização, nomeadamente, pela emissão de comunicados por altura de efemérides relativas à patologia oncológica.

4.3 CUSTOS POR PROGRAMA

Os custos, repartidos pelos programas, foram:

Programas	Pessoal	Outros Custos a)		Total
		Diretos	Indiretos	
R. Oportunístico	73.888,01	145.595,01	12.321,46	**231.804,48**
ROCMA	153.898,18	290.487,89	18.755,89	**463.141,96**
ROCCA	100.389,91	96.384,40	10.944,86	**207.719,17**
ROCCRA	120.444,16	29.890,29	8.557,80	**158.892,25**
RORA	36.480,93	2.808,66	2.890,61	**42.180,20**
Imagiologia	12.963,81	39.457,83	3.257,79	**55.679,43**
PPCTA	46.590,11	18.867,42	4.236,54	**69.694,07**
PICCOA	24.969,34	16.420,17	2.999,28	**44.388,79**
Total	**569.624,45**	**639.911,67**	**63.964,24**	**1 273.500,36**

a) Inclui amortizações.

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

CUSTOS POR PROGRAMA PREVISTO/ EXECUTADO 2016								
Programas	PESSOAL		DIRETOS		INDIRETOS		TOTAL	
	Previsto	Executado	Previsto	Executado	Previsto	Executado	Previsto	Executado
R. Oport.	89.585,85	73.888,01	90.000,00	145.595,01	22.970,00	12.321,46	202.555,85	231.804,48
ROCMA	148.318,31	153.898,18	230.000,00	290.487,89	30.000,00	18.755,89	408.318,31	463.141,96
ROCCA	107.260,97	100.389,91	50.000,00	96.384,40	13.000,00	10.944,86	170.260,97	207.719,17
ROCCRA	129.017,70	120.444,16	44.000,00	29.890,29	18.000,00	8.557,80	191.017,70	158.892,25
RORA	43.381,12	36.480,93	3.300,00	2.808,66	1.000,00	2.890,61	47.681,12	42.180,20
Imagiologia	12.739,32	12.963,81	50.000,00	39.457,83	10.000,00	3.257,79	72.739,32	55.679,43
PPCTA	58.707,52	46.590,11	80.000,00	18.867,42	2.500,00	4.236,54	141.207,52	69.694,07
PICCOA	40.919,21	24.969,34	10.000,00	16.420,17	1.000,00	2.999,28	51.919,21	44.388,79
Total	**629.930,00**	**569.624,45**	**557.300,00**	**639.911,67**	**98.470,00**	**63.964,24**	**1 285.700,00**	**1 273.500,36**

O executado está muito próximo do orçamento (apenas menos 12.200€).

Ocorreu execução acima da previsão no rastreio oportunístico devido ao reforço da oferta de serviço na dermatologia e, também, no ROCMA, devido ao maior volume de exames mamográficos efetuados (ano par). Nos restantes 6 programas registam-se redução de custos em relação a 2015.

Quanto aos custos por programa ocorreu um acréscimo em 2016 em relação a 2015 de cerca de 123 000€ pelas mesmas razões e ainda devido à reposição do stock de Kit's de processamento laboratorial para o ROCCA, do arranque do ROCCRA em São Miguel e Santa Maria e, também, da preparação do arranque do PICCOA, programada para o mês de janeiro de 2017.

CUSTOS POR PROGRAMA/COMPARAÇÃO 2015/2016								
Programas	**PESSOAL**		**DIRETOS**		**INDIRETOS**		**TOTAL**	
	2015	**2016**	**2015**	**2016**	**2015**	**2016**	**2015**	**2016**
R. Oport.	105.404	73.888,01	88.019	145.595,01	16.251	12.321,46	209.676	**231.804,48**
ROCMA	144.263	153.898,18	198.498	290.487,89	28.798	18.755,89	371.560	**463.141,96**
ROCCA	96.466	100.389,91	75.134	96.384,40	14.417	10.944,86	186.018	**207.719,17**
ROCCRA	115.258	120.444,16	19.740	29.890,29	11.342	8.557,80	146.341	**158.892,25**
RORA	43.411	36.480,93	12.185	2.808,66	4.671	2.890,61	60.268	**42.180,20**
Imagiologia	12.679	12.963,81	43.913	39.457,83	4.754	3.257,79	61.348	**55.679,43**
PPCTA	58.190	46.590,11	17.815	18.867,42	6.385	4.236,54	82.392	**69.694,07**
PICCOA	29.921	24.969,34		16.420,17	2.513	2.999,28	32.435	**44.388,79**
Total	**605.595**	**569.624,45**	**455.309**	**639.911,67**	**89.136**	**63.964,24**	**1.150.040**	**1 273.500,36**

5. 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. Em 12 de outubro desse mesmo ano, por despacho do Exmo. Secretário da Saúde, foram nomeados os seus membros.

A sua primeira reunião ocorreu em 11 de novembro de 2015. A segunda ocorreu cerca de 3,5 meses depois (4 de março de 2016), no COA, em Angra do Heroísmo e a terceira reunião realizou-se 4 meses depois (30 de junho de 2016), em Ponta Delgada.

A 4.ª reunião só se realizou 6 meses depois (4 de janeiro de 2017) em Ponta Delgada. O 2.º semestre de 2016 coincidiu com nova legislatura, com consequente mudança de titulares no setor da saúde, facto que condicionou o intervalo de tempo entre as 4.ª e a 5.ª reuniões.

Os assuntos e as deliberações mais relevantes em 2016 foram:

a) **Funcionamento do CCCDOA:**

Propor a incorporação na equipa do CCCDOA de um cirurgião (Dr. Oscar Reis) e de um radioncologista (Dr.ª Marisa Lobão);

b) **Programas de rastreio organizado de cancro.**

Acompanhar e avaliar os mapas de execução relativos a cada programa de rastreio.

Pese embora uma boa participação da população alvo no ROCMA evidenciou-se a necessidade de melhorar os indicadores relativos à demora média entre resultado das leituras e a execução da aferição. Propósito, aliás, extensível aos outros programas de rastreio.

O ROCCRA registou um bom arranque em 2016, nas ilhas de São Miguel e Santa Maria. Importa reforçar a participação.

O ROCCA registou em 2016, acentuada melhoria na participação das utentes evidenciado, todavia, atraso na execução das aferições e registo do respetivo resultado na plataforma informática.

Após 8 anos de experiência nos Açores com os programas organizados de rastreio de cancro de base populacional, apura-se a necessidade de prosseguir esta missão introduzindo melhorias no que respeita ao seu controlo, avaliação e monotorização, devendo ser reforçados os meios e os instrumentos que assegurem esse propósito.

c) **Campanha anti-tabaco.**

Quanto ao tabagismo apreciou-se e validou-se o Programa de Prevenção e Combate ao Tabagismo nos Açores, constituído por 3 projetos – Atuação, pelas escolas, sobre a população adolescente; rever a aplicação e fiscalização da lei do tabaco nos Açores e

promover uma mega campanha anti-tabaco, com cartazes de rua, de interiores, panfleto e spot televisivo. Foi aprovada uma proposta/recomendação ao Governo, no sentido de se equiparar o preço do tabaco praticado na Região ao preço praticado no Continente, no pressuposto que a atuação sobre o preço do tabaco, constitui um importante instrumento para a redução da taxa de tabagismo.

Mais se referiu que a campanha deveria ser prosseguida, optando por uma linguagem pela positiva, evidenciando mais os benefícios por não se fumar do que os malefícios por se fumar.

d) Programa de Intervenção de Cancro na Cavidade Oral nos Açores (PICCOA).

Foi discutido e aprovado o documento conceptual, com várias recomendações, a saber:

- Os profissionais médicos de medicina geral e dentária devem obter formação para o reconhecimento e referenciação de lesões pré-malignas;
- Deve, igualmente, ser ministrada formação aos médicos dentistas e estomatologistas que facilite o seu desempenho no âmbito do PICCOA;
- Deverão convidar-se os formadores envolvidos em homóloga formação no programa nacional;
- Implementar uma plataforma informática eficaz;
- Priorizar no acesso ao rastreio a lista de utentes de maior risco;
- O processo de referenciação deverá ter um circuito específico e rápido (medicina geral/médico dentista/estomatologista);
- Em cada hospital deverá constituir-se uma equipa multidisciplinar, cabendo ao estomatologista a execução da aferição/biópsia e da gestão/acompanhamento hospitalar de cada caso;
- Deverá elaborar-se proposta de despacho ao Secretário Regional da Saúde, para aprovação do PICCOA pelo Governo, que dará lugar aos protocolos de colaboração entre o COA e as Unidades de Saúde (USI a montante e hospitais regionais a jusante).

e) Registo Oncológico Regional.

Foi evidenciada a necessidade e urgência em obter a informação do HSEIT dos serviços de Oncologia Médica e Anatomia Patológica relativa aos anos 2012; 2013; 2014 e 2015 a fim de atualizar o RORA, devendo o COA promover todas as diligências junto da tutela para obtenção da referida informação tendo em conta tratar-se de uma ilegalidade reincidente.

Foi apresentado, corrigido e aprovado o Regulamento Interno do Registo Oncológico Regional dos Açores.

Foi, igualmente, apresentada e aprovada uma proposta de uma nova Portaria para o RORA, visando a revogação da Portaria n.º 36/93, de 15 de julho.

O CCCDOA tomou conhecimento de uma proposta nacional para o registo oncológico que preconiza a sua centralização, passando os registos regionais a dispor de competências subsidiárias. Manifestou o seu desagrado pelo facto de não ter sido chamado a pronunciar-se sobre a referida proposta de diploma.

f) Petição Pública sobre situação Oncológica na Região.

Na sequência de solicitação de parecer do Sr. Secretário Regional da Saúde foi consensualizado que:

- O aumento da incidência do cancro tem ocorrido por todo o mundo, sem que os Açores representem uma exceção, conforme se pode demonstrar com os dados de incidência do RORA, bem como relativos à mortalidade.
- Importa considerar os fatores associados à patologia oncológica (tabagismo; ambientais e genéticos).
- A taxa de mortalidade do cancro do pulmão nos Açores é, desde a década de 80, sempre superior à nacional, devido à maior taxa de tabagismo nos Açores. Ocorreu um crescimento brutal na incidência do cancro do cólon e reto; uma diminuição no cancro do colo do útero (o que é de estranhar devido ao arranque do rastreio em 2010).
- Importa estudar dados da longevidade nos últimos 30 anos, nomeadamente no que respeita ao cancro da próstata;
- Foi referida a possibilidade de ligar a Universidade dos Açores à faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para estudo independente;
- Os dados publicados, em artigo, pelo jornal “Diário dos Açores” não foram considerados válidos, não coincidindo com os dados do RORA;
- Foi proposto o COA elaborar um comunicado em resposta à petição pública. Todavia, dado que o assunto decorre no âmbito do Parlamento Açoriano foi, superiormente entendido não ser conveniente tomar essa iniciativa.

g) Rastreio de cancro de pele.

Na sequência de orientação do Sr. Secretário Regional da Saúde foi o COA incumbido de articular com o Sr. Dr. Miguel Correia, Dermatologista, no sentido de se “abrir uma nova frente” de rastreio. Desta vez ao cancro de pele, que conta com o apoio da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e da Associação Portuguesa do Cancro Cutâneo.

Foi submetido à consideração do CCCDOA, um documento/proposta de modelo de rastreio de cancro de pele para a Região Açores, elaborada pelo Dr. Miguel Correia, dirigido à

“população açoriana com risco acrescido de cancros de pele ou com suspeita clínica dos mesmos”. “Com esta ação pretende-se concretizar o tratamento das situações pré-malignas que sejam despistadas, bem como das malignas que afetem exclusivamente o órgão de pele e que sejam exequíveis em ambiente ambulatório …”.

“Os casos em que se detete cancro de pele avançado serão referenciados para as unidades de tratamento do SRS ou IPOs”.

A opinião, consensual, dos conselheiros foi a de que, a proposta carece de uma maior fundamentação e estudo, sendo certo que a capacidade de resposta disponível no SRS a jusante (aferição hospitalar pela dermatologia) não tem possibilidade de acolher a volumosa e abrupta referenciação previsível. Afinal, a proposta pretende uma cobertura populacional a 100%, à semelhança dos programas organizados de rastreio de cancro. Ademais, a inexistência de uma plataforma informática concebida e testada para um programa desta natureza desaconselha, só por si, o arranque da iniciativa. Trata-se de um instrumento imprescindível ao modelo operacional.

Por fim, o envolvimento institucional e profissional, devidamente formalizado, neste tipo de programas, quer das Unidades de Saúde de Ilha, quer dos Hospitais Regionais, quer dos recursos humanos, constitui uma condição prévia que, de forma alguma, deverá ser esquecida e/ou protelada, sob pena de perigar a sua exequibilidade.

Finalmente, perante uma proposta do COA de lançamento de um panfleto relativo ao cancro de pele, o CCCDOA desaconselhou tal procedimento, pelas razões atrás referidas – insuficiente capacidade de resposta hospitalar.

6. AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO PLANO DE ATIVIDADES DE 2016

6.1 REGISTO ONCOLÓGICO REGIONAL DOS AÇORES (RORA)

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. Ambos os comunicados estão disponíveis no Portal do Governo dos Açores (**www.azores.gov.pt/**).

Foi, também, publicado o Registo Oncológico Nacional 2010 (disponível em **www.roreno.com.pt/**), que resulta de uma colaboração conjunta dos quatro registos oncológicos Portugueses (ROR-SUL, RORENO, ROR-CENTRO e RORA). Foram prestadas informações e emitidos pareceres ao Ex.mo Secretário Regional da Saúde relativos à Proposta de Lei n.º 33/XIII, que visa criar e regular o Registo Oncológico Nacional.

A nível internacional, destaca-se a participação do Dr. Gonçalo Forjaz, Responsável Técnico e Operacional do RORA, no curso "CanReg5 – Train the Trainers Workshop", organizado pela International Agency for Research on Cancer e decorrido entre 18 e 22 de janeiro em Lyon, França. O CanReg5 é um programa especificamente concebido para registos de cancro de base populacional e é usado pelo RORA desde 2012. Em abril 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 casos com diagnóstico entre 2000 e 2014 (5 947 do sexo masculino e 4 321 do sexo feminino). O follow-up estava completo em 97% dos casos. Os primeiros resultados do CONCORD-3 são esperados no final de 2017.

No âmbito da assistência em registo de cancro aos PALOP, o Dr. Gonçalo Forjaz deslocou-se a Cabo Verde na semana de 29 de fevereiro a 4 de março para fins de realização de curso de formação aos futuros técnicos de registo. Esta formação teve o patrocínio da African Cancer Registry Network e foi organizada pelo Programa de Prevenção e Rastreio de Cancros da Direção Nacional de Saúde de Cabo Verde

Foi mantida a colaboração do RORA com os órgãos de comunicação social e com os investigadores que se dedicam ao estudo do cancro, sempre que solicitado.

Não foi possível cumprir as ações 1.1 “Publicação da incidência no triénio 2012/2014” e 1.2 “Apuramento da incidência no período 1990/1996”, previstas no Plano de Atividades 2016, por não ter sido facultada, pelo HSEIT, a necessária informação.

6.2 PROGRAMAS ORGANIZADOS DE RASTREIO DE BASE POPULACIONAL

Em novembro de 2008, iniciou-se o 1.º programa de rastreio, – ROCMA (programa de rastreio organizado de cancro de mama nos Açores), na faixa etária 45/74 anos, envolvendo 38 230 mulheres, com cobertura geográfica de 100%.

Em abril de 2010 deu-se início ao 2.º programa, com homóloga cobertura geográfica – ROCCA (programa de rastreio organizado de cancro cervical nos Açores), na faixa etária 25/64 anos, envolvendo 77 243 mulheres.

Ao longo dos anos de 2011, 2012 e 2013 decorreram várias etapas dos trabalhos preparatórios para a conceção/ arranque do ROCCRA, abrangendo homens e mulheres na faixa etária 50/69 anos (a partir de 2015 50/74 anos) envolvendo o COA, a COR e os diretores de serviço de gastrenterologia dos 3 hospitais regionais. Em 2014 iniciou-se o ROCCRA, em experiência piloto, na ilha do Faial.

A população alvo cifra-se em 66 662 homens e mulheres.

Durante o ano 2016 foram promovidas muitas diligências relevantes para preparar o arranque do PICCOA, logo no início de 2017. Todas as ações programadas no PA foram executadas a 100%. No final do ano o Presidente do COA e o Diretor Técnico do PICCOA, Dr. Ricardo Cabral, reuniram com todas as USI e com os três Hospitais para apresentação e desenvolvimento do programa.

6.2.1 RASTREIO DE CANCRO DE MAMA (ROCMA)

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

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

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

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

Concluída a 4.ª volta (31 de dezembro de 2016) apurou-se, uma taxa de participação de 75,5%.

No ano de 2016 (mapa anexo) essa taxa foi de 76,3% e a taxa de aferição em 3% (521 mulheres), conforme se verifica pelo respetivo mapa de execução:

Execução em 2016

Ilha / Concelho	Mulheres de 45 a 74 anos: Rastreadas (1)	Convocadas (2)	Convocáveis (3)	Taxa Participação (4)	Consulta Aferição	Taxa C. Aferição (5)
Santa Maria						
São Miguel	7 629	12 767	11 197	68,1%	281	3,7%
Lagoa	4	4	4	100,0%		
Nordeste						
Ponta Delgada	5 272	9 070	7 938	66,4%	198	3,8%
Povoação						
Ribeira Grande	2 352	3 692	3 254	72,3%	82	3,5%
Vila Franca do Campo	1	1	1	100,0%	1	100,0%
Terceira	4 038	6 190	5 260	76,8%	90	2,2%
Angra do Heroísmo	2 763	4 236	3 639	75,9%	69	2,5%
Praia da Vitória	1 275	1 954	1 621	78,7%	21	1,6%
Graciosa						
São Jorge	1 288	1 819	1 450	88,8%	45	3,5%
Calheta	553	798	616	89,8%	23	4,2%
Velas	735	1 021	834	88,1%	22	3,0%
Pico	2 229	2 775	2 317	96,2%	64	2,9%
Lajes do Pico	781	933	807	96,8%	17	2,2%
Madalena	921	1 167	976	94,4%	29	3,1%
São Roque do Pico	527	675	534	98,7%	18	3,4%
Faial	2 046	3 005	2 371	86,3%	41	2,0%
Flores						
Lajes das Flores						
Santa Cruz das Flores						
Corvo						
Total	17 230	26 556	22 595	76,3%	521	3,0%

(1) - Mulheres efetivamente rastreadas
(2) - Mulheres convocadas
(3) - Mulheres convocadas menos as que não deveriam ter sido convocadas (falecimento, emigradas, em controlo, etc)
(4) - Taxa de participação. (M.rastreadas/M.convocáveis)
(5) - Taxa de consulta de aferição. ((R3+R4+R5)/M.rastreadas)

Os resultados, consistentes, da 1.ª volta a que acresceram algumas medidas de melhoria no processo de convocação/mobilização (reforço da credibilização perante a população alvo e perante os profissionais de saúde; permanente empenho dos colaboradores; melhoria, gradual, do modelo operacional e da aplicação informática; circular normativa da Direção Regional de Saúde relativa à prescrição no SRS de exames mamográficos; inclusão, nas metas a atingir, nos contratos-programa para o abastecimento financeiro das USI, por parte da Saudaçor; reforço dos contatos personalizados; 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 unidade móvel 1 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 ocorrerá em março de 2017 (3 meses de atraso, a recuperar na 5.ª volta).

No mapa seguinte regista-se a evolução, sempre crescente da participação e decrescente na aferição, revelando coerência no programa:

ROCMA – EVOLUÇÃO 2009/2016

VOLTAS	PARTICIPAÇÃO		AFERIÇÃO		CANCROS DETETADOS
	N.º Mulheres	Taxa	N.º Mulheres	taxa	
1.ª Volta (2009/2010)	19 129	51,4%	1 822	9,7%	73
2.ª volta (2011/2012)	23 691	62,3%	1 325	5,6%	67
3.ª volta (2013/2014)	27 299	71,6%	834	3,1%	90
4.ª volta (2015/2016)	28 179	75,5%	899	3,2%	74 a)
ANO 2016	17 230	76,3%	521	3,0%	–

a) Dados provisórios.

Durante 2016 promoveram-se várias diligências com vista à instalação/formação de uma nova plataforma informática (SIRCM 2) para o ROCMA, em parceria com a Liga Portuguesa de Luta Contra o Cancro. Este novo instrumento trará um contributo relevante no apuramento estatístico do programa com perspetivas de melhoria do seu acompanhamento, avaliação, monitorização.

As duas dificuldades mais relevantes atuais do ROCMA são:

- Redução da demora média no período que decorre entre a leitura final e a aferição e entre esta e o tratamento, tarefas que ocorrem a jusante no âmbito da atividade hospitalar.
- Substituição do processador do mamógrafo da unidade móvel 2 para as dimensões 24/30 cm das imagens mamográficas em vez das atuais dimensões 18x24 cm. Nos casos de mama mais volumosa torna-se necessário aumentar o n.º de incidências.

6.2.2 RASTREIO DE CANCRO DO COLO DO UTERO (ROCCA)

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 equipe coordenadora, relativamente ao registo de situações de utentes que não fizeram o rastreio (emigradas; mudanças de residência; histerectomia; que fazem o seu próprio controlo; etc), traduzem-se na melhoria da taxa de participação do programa. Em 2013 foram rastreadas 5 563 mulheres concluindo-se a 1.ª volta do ROCCA com uma taxa global de participação de 41,86%.

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

Num balanço, sumário, da 1.ª volta do ROCCA poderemos concluir que, face às dificuldades detetadas havíamos fixado a meta nos 40% de taxa de participação. Embora tenhamos ultrapassado essa meta, o resultado está aquém do desejado, fruto do insuficiente desempenho, sobretudo, dos concelhos de Ribeira Grande (23,66%), Angra do Heroísmo (27,42%), Lagoa (29,30%) e ilha de Flores (26,18%). De realçar o excelente desempenho da ilha do Pico (89,42%), de Santa Maria (100%), Graciosa (68,29%) e concelho de Praia da Vitória (82,32%).

Ainda no âmbito da 1ª volta, de realçar, também, o bom desempenho do concelho de Ponta Delgada nos últimos 18 meses, (junho 2012 a dezembro de 2013), sobretudo devido à colaboração direta dos enfermeiros especialistas em saúde materna, depois da circular emitida pela Direção Regional de Saúde que viabilizou esse envolvimento. A ilha do Corvo,

embora não envolvida no programa, por opção clínica, tem a situação das 92 mulheres população alvo, totalmente controlada (57 fizeram citologia pela USI; 7 o autocontrolo; 2 histerectomia e as restantes 26 recusaram).

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

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

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

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

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

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

Ao fim da 2.ª volta (2014, 2015 e 2016) foram rastreadas 24 355 mulheres (taxa de participação de 35,4%) ficando aquém da meta definida e contratualizada no âmbito dos contratos programa (55%). Desse universo identificaram-se 17 473 casos com resultado normal (71,7%); 5890 casos sem patologia oncológica, mas com recomendação para ato clínico (24,2%); 408 casos para repetição de colheita (1,7%) e 584 casos para consulta de aferição (2,4%).

A evolução dos indicadores nas duas voltas ocorridas (2010 a 2016) foi:

ROCCA – EVOLUÇÃO 2010/2016

INDICADORES	1ª VOLTA (2010/2013)	2ª VOLTA (2014/2016)	ANO DE 2016
- População alvo rastreável	57 411	68 875	19 029
- Mulheres Convocadas	-	34 469	16 590
- Mulheres Rastreadas	24 032	24 355	11 466
- Taxa de Participação a)	41,9%	35,4%	60,3%
- Taxa de Adesão b)	-	70,7%	69,1%
- Consultas de Aferição	619	584	330
- Taxa de Aferição	2,6%	2,4%	2,9%
- Execução HPV	56	56	-
- Taxa HPV	0,2%	0,2%	-
- Cancros Detetados	20 c)	d)	-

a) Quociente rastreadas/rastreáveis.
b) Quociente rastreadas/convocadas.
c) Dos quais 6 invasivos e 14 in situ.
d) Apuramento em curso.

Embora a taxa de participação tenha registado um decréscimo na 2.ª volta em relação à 1.ª, o ano de 2016 registou o melhor resultado de sempre (60,3%) fruto, sobretudo, das melhorias operacionais induzidas pela nova plataforma informática, conforme se verifica pelo respetivo mapa de execução:

ROCCA - Execução em 2016

Unidade Saúde de Ilha Centro de Saúde	Mulheres 25 a 64 anos					
	Utentes Inscritas (1)	Situações (2)	Utentes Rastreáveis (3)	Utentes Convocadas	Utentes Rastreadas	Taxa de Participação (4)
USI Corvo/CS Corvo	90	42	48	42	26	54,2%
USI Faial/CS Horta	1 552	329	1 223	702	509	41,6%
USI Flores/CS Sta. Cruz das Flores	441	229	212	212	212	100,0%
USI Graciosa/CS Sta. Cruz Graciosa	565	215	350	350	350	100,0%
USI Pico	1 623	691	932	932	717	76,9%
CS Lajes do Pico **a)**	426	207	219	219	11	5,0%
CS Madalena	813	279	534	534	534	100,0%
CS São Roque	384	205	179	179	172	96,1%
USI Santa Maria/CS Vila do Porto	585	330	255	239	182	71,4%
USI São Jorge	960	120	840	749	363	43,2%
CS Calheta	407	12	395	395	89	22,5%
CS Velas	553	108	445	354	274	61,5%
USI São Miguel	14 341	3 875	10 466	10 420	6 971	66,6%
CS Nordeste	601	187	414	414	414	100,0%
CS Ponta Delgada	8 921	2 593	6 328	6 328	4 021	63,5%
CS Povoação	667	174	493	493	338	68,6%
CS Ribeira Grande	3 005	800	2 205	2 205	1 747	79,2%
CS Vila Franca do Campo	1 147	121	1 026	980	451	44,0%
USI Terceira	5 831	1 128	4 703	2 944	2 136	45,4%
CS Angra do Heroísmo	3 635	559	3 076	1 832	1 464	47,6%
CS Praia da Vitória	2 196	569	1 627	1 112	672	41,3%
Total Açores	25 988	6 959	19 029	16 590	11 466	60,3%

(1) População alvo anual
(2) População excluida por motivos clínicos
(3) População alvo (1) menos população excluída (2)
(4) Quociente utentes rastreadas/utentes rastreáveis. Designa-se taxa de rastreio populacional anual ou taxa de participação

6.2.3 RASTREIO DE CANCRO DO CÓLON E RETO (ROCCRA)

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

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

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

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

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

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

Em 2014 ocorreu o arranque do novo programa de rastreio organizado, de base populacional, de Cancro do Cólon e Reto nos Açores. Iniciou-se na ilha do Faial, em experiência piloto.

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

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

Estiveram sob observação os seguintes aspetos:

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

E, os resultados foram;

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

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

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

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

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

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

  Pelo despacho n.º 129/2015, de 21 de janeiro foi, formalmente, determinado que as consultas de aferição dos programas de rastreio de base populacional cabe 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.

O grupo central iniciou as colheitas pela ilha Graciosa. 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 é 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 desenvolvimento do programa.

O processo começou pelos concelhos de Nordeste e Povoação já no último trimestre de 2015 e desenvolveu-se em 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.

No Faial efetuou-se o rastreio à população alvo na faixa etária 69/74 anos (em 2014 executou-se a faixa 50/69 anos).

O rastreio do Pico foi executado em 2015. Mas, uma dificuldade no HH, originou uma suspensão das consultas de aferição (121 colonoscopias) no 2.º semestre, transferindo a sua execução para o 1.º trimestre de 2016.

Em 2016 o programa decorreu nas ilhas de São Miguel, Santa Maria, Flores e Corvo.

No mapa seguinte identificam-se os dados relativos a 2016, bem como os resultados acumulados relativos às ilhas do Faial e Pico:

Execução

Unidade Saúde de Ilha Centro de Saúde	População 50 a 74 anos							
	Utentes Inscritos (1)	Excluídos (2)	Utentes Rastreáveis (3)	Utentes Convidados	Consentimento Utentes (4)	%	Utentes Rastreados (5)	Taxa de Participação (6)
USI Corvo/CS Corvo (2015-2016)	107	24	83	83	16	19,3%	15	18,1%
USI Faial/CS Horta (2014-2015)	4 466	419	4 047	4 047	2 264	55,9%	1 891	46,7%
USI Flores/CS Sta. Cruz das Flores (2015-2016)	1 259	62	1 197	1 195	364	30,5%	251	21,0%
USI Graciosa/CS Sta. Cruz Graciosa								
USI Pico (2014-2015)	4 764	255	4 509	4 508	2 592	57,5%	2 185	48,5%
CS Lajes do Pico	1 575	78	1 497	1 497	957	63,9%	783	52,3%
CS Madalena	1 912	93	1 819	1 818	1 031	56,7%	902	49,6%
CS São Roque	1 277	84	1 193	1 193	604	50,6%	500	41,9%
USI Santa Maria/CS Vila do Porto (2015-2016)	1 756	96	1 660	1 659	882	53,2%	691	41,7%
USI São Jorge								
CS Calheta								
CS Velas								
USI São Miguel (2015-2016)	13 792	597	13 195	13 110	4 819	36,8%	4 108	31,3%
CS Nordeste	1 452	118	1 334	1 329	773	58,2%	669	50,3%
CS Ponta Delgada								
CS Povoação	2 009	275	1 734	1 706	787	46,1%	691	40,5%
CS Ribeira Grande	7 304	172	7 132	7 098	2 224	31,3%	1 876	26,4%
CS Vila Franca do Campo	3 027	32	2 995	2 977	1 035	34,8%	872	29,3%
USI Terceira								
CS Angra do Heroísmo								
CS Praia da Vitória								
Total Açores	26 144	1 453	24 691	24 602	10 937	44,5%	9 141	37,2%

(1) População alvo anual
(2) População excluida por motivos clínicos
(3) =(1) - (2)
(4) Utentes que devolveram consentimento informado a quem foi remetido Kit de colheita
(5) Utentes que remeteram amostra com resultado laboratorial
(6) = (5) / (3)

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

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

Pelo Decreto Regulamentar Reg. N.º 9/2015/A, de 24 de abril, de 2015, foi aprovada a nova orgânica do COA. Nesse diploma foi criado o Conselho Consultivo para o Combate à Doença Oncológica nos Açores (CCCDOA) visando assessorar o desenvolvimento da atividade do COA.

Pelo despacho n.º 2323/2015, de 12 de outubro, do Secretário Regional da Saúde, foi constituído o CCCDOA e a sua primeira reunião ocorreu a 13.11.2015.

A proposta de conceção para este programa foi apresentada, apreciada, alterada e aprovada nessa reunião, para ser submetida a aprovação à tutela em 2016.

Tratando-se de uma matéria nova no Serviço Regional de Saúde, entendeu-se que a metodologia mais adequada seria submeter à equipe de conselheiros peritos, 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 terá 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+).

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.

6.3 PROGRAMA DE PREVENÇÃO E COMBATE AO TABAGISMO NOS AÇORES (PPCTA)

No âmbito da promoção da saúde e prevenção primária da patologia oncológica foram definidas estratégias de combate ao tabagismo nos Açores, plasmadas no Programa de Prevenção e Combate ao Tabagismo nos Açores (PPCTA), elaborado pelo COA e apresentado à tutela em março de 2015. Este programa é composto por três projetos dirigidos a públicos-alvo distintos. O primeiro projeto consiste na prevenção do consumo de tabaco na comunidade escolar, mais concretamente, no 2.º ciclo. O segundo projeto consiste na promoção de uma campanha antitabágica que foi planeada e concebida sob o lema "Viver Melhor Sem Tabaco", tendo sido divulgada em *outdoors* para exteriores (8 x 3 metros) e cartazes de interiores em todas as ilhas. O terceiro projeto consiste numa proposta de reavaliação do quadro legal sobre o tabagismo na Região.

6.4 RASTREIO OPORTUNÍSTICO/PRESCRITIVO

Desde o início da sua atividade (há 36 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 9 anos, vimos desenvolvendo o rastreio organizado, de base populacional, envolvendo as 9 ilhas dos Açores, ocorrendo uma redução do rastreio oportunístico/ prescritivo, conforme política definida pelo Plano Regional de Saúde.

Em 2014, o COA executou 11 176 atos de consulta, valor próximo do executado em 2013 (11 833). As consultas repartem-se por 5 355 atos médicos*; por 5 483 atos de enfermagem e por 338 consultas de nutrição*.

Em 2015 executaram-se 5 964 atos de consulta, dos quais 4 088 médicos e 1 876 de enfermagem e, em 2016, ocorreu um acréscimo (6 468 consultas) devido, sobretudo, a um aumento da dermatologia.

No âmbito do rastreio oportunístico detetaram-se, em 2015, 23 cancros de pele (3 melanomas; 1 lentigo maligno; 1 carcinoma in sito e 18 outros) e, em 2016, foram identificados 28 novos casos de cancro de pele (21 baso celulares; 5 pavimento celular; 1 sarcoma kaposi e 1 melanoma).

COA – Cancros de pele detetados no último triénio

Cancros	2014	2015	2016
Melanoma	3	4	1
Não Melanoma	13	19	27
Total	16	23	28

6.5 EXAMES IMAGIOLÓGICOS DE DIAGNÓSTICO

A Secretaria Regional da Saúde, através da Saudaçor, 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), 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).

No mapa seguinte quantifica-se esta situação (ecografias):

ENTIDADES REQUISITANTES	ECOGRAFIAS							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
· COA - REQ.INTERNAS	1389	925	1063	1034	954	1004	424	640 a)
- ROCMA - SEGUIMEMTO		22	63	38				
- ROCMA - AFERIÇÕES	177	290	190	145				
· HOSPITAL SEIT	368	1060	1429	1130	366			-
. USI TERCEIRA:								
· C.S. ANGRA DO HEROÍSMO	834	1640	1598	1498	1859	2239	1	
· C.S. PRAIA DA VITORIA	540	774	865	969	1194	1623		-
· U.S. ILHA GRACIOSA	278	321	250	116	98	125	36	59
· U.S. ILHA 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		-
- CLINICA DA PRAIA	90	40	44					-
- CONSULTÓRIOS	109	124	296					-
- TRICARE				9	24			-
- OUTRAS	49	8						-
TOTAL	**3878**	**5253**	**5834**	**4962**	**4507**	**5010**	**475**	**707**

a) Das quais 156 requisitadas a entidade externa, pelo regime de convenção e 551 produzidas internamente (ecos mamárias).

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

Dada a inexistência, no mercado local, de oferta de exames mamográficos, ocorreu uma forte e crescente "pressão" sobre os nossos serviços que se viram forçados a acolher referenciações de médicos da USI Terceira, do setor privado e do próprio HSEIT, pese embora os protocolos com essas entidades não terem sido renovados.

No mapa abaixo quantificam-se os serviços prestados em 2016:

COA 2016/IMAGIOLOGIA - CLIENTES E SERVIÇOS POR ENTIDADES REQUISITANTES

ENTIDADES REQUISITANTES	MAMOGRAFIAS	OBS.MAMA	PUNÇÕES	BIÓPSIAS	ECOGRAFIAS MAMÁRIAS
- COA	478	478	3	12	484
- U.S.I GRACIOSA	57	57	-	4	59
- U.S.I SÃO JORGE	5	5	-	3	6
- U.S.I FLORES	3	3	-	-	2
TOTAL	**543**	**543**	**3**	**19**	**551**

BIÓPSIAS POSITIVAS 11

Em 2016 foram detetados 11 novos casos de cancro, referenciados para o HSEIT.

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).

Desde então foram identificados, no COA, 156 novos casos de cancro de mama feminina.

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

COA - MAMOGRAFIAS DE DIAGNÓSTICO. CANCROS DETETADOS

Idade	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
25 a 29				1			1			**2**
30 a 34					1	1				**2**
35 a 39			2	1	2	2	2	1	1	**11**
40 a 44		1		2	2	2	4	2		**13**
45 a 49	4	3	3	2	1	1	1		1	**16**
50 a 54	1	6	4		3	2				**16**
55 a 59	3	3	2	2	2	1			1	**14**
60 a 64	5	1		2				2	3	**13**
65 a 69	6	4	2		2		3		1	**18**
70 a 74		6	1	4					1	**12**
75 a 79	2	1	1	2	2	1		1	1	**11**
>80	3	2	2	2	5	3	7	2	2	**26**
TOTAL	**24**	**27**	**17**	**18**	**20**	**13**	**18**	**8**	**11**	**156**

7. CONCLUSÕES

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

Em 2016 releva-se:

- A preciosa ajuda prestada pelo CCCDOA (Conselho Consultivo de Combate à Doença Oncológica nos Açores) na atividade do COA;
- O crescimento da participação das mulheres açorianas no programa ROCMA, ultrapassando 75% da população alvo elegível;
- A acentuada melhoria da participação no ROCCA atingindo a fasquia dos 60% das mulheres rastreáveis;
- O desenvolvimento, com bons resultados, do programa de rastreio ROCCRA, nas ilhas de São Miguel e Santa Maria;
- O adiamento do arranque do ROCCRA, nas ilhas Terceira, São Jorge e Graciosa;
- A criação de todas as condições para o início de um novo programa de saúde pública PICCOA, com o manual executivo concluído, com uma nova plataforma informática instalada e com protocolos de colaboração celebrados com todas as USI e hospitais regionais;
- Impacto positivo na sociedade açoriana, da mega campanha “Viver mais e melhor sem tabaco”;
- A participação dos Açores no estudo internacional concord 3 para a determinação do indicador sobrevida, num período de 15 anos (2000/2014);
- A não determinação do indicador de incidência de cancro no triénio 2012/2014. A este propósito ocorreram diligências conjuntas entre o COA e o HSEIT que perspetivam melhorias a partir de 2017.

Para 2017 as principais perspetivas são:

- Reforço do papel do CCCDOA;
- Cobertura geográfica a 100% para o ROCCRA;
- Melhoria nos processos de acompanhamento/monitorização dos programas organizados de rastreio, nomeadamente no ROCMA, com a nova plataforma informática SIRCM2;
- Regularização do processo de obtenção de informação para o RORA, visando a determinação atualizada dos indicadores;

- Desenvolvimento, sustentado, do PICCOA;
- Integrar os programas de rastreio dos Açores no relatório nacional dos programas homólogos.

O CA e os colaboradores do COA, encaram o futuro com esperança, sentindo-se mobilizados para a sua Missão.

Angra do Heroísmo, 24 de abril de 2017

O Presidente do Conselho de Administração

Raul Rego