



GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
*Secretaria da Saúde*

**Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção a Saúde  
Gerência de Regulação e Ordenação do Sistema de Saúde  
Núcleo Especial de Atenção Especializada  
Rede Estadual de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas**

## **LINHA DE CUIDADO Ë ONCOLOGIA**

**HOMOLOGADO PELA RESOLUÇÃO CIB/ES:  
Resolução 014/2015**

**Vitória  
Dezembro 2016**

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

Ricardo de Oliveira

**SUBSECRETÁRIO DE ASUNTOS DE REGULAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO  
À SAÚDE**

**GERENTE DE REGULAÇÃO E ORDENAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

Joanna Barros De Jaegher

**CHEFE DO NÚCLEO ESPECIAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

Larissa DellaAntonio Pereira

**CHEFE DO NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES  
ESPECIALIZADOS**

Patrícia Védova

**COLABORAÇÃO**

Núcleo Especial de Regulação de Consultas e Exames Especializados  
Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica

**ORGANIZAÇÃO**

**EQUIPE TÉCNICA REDE DE DOENÇAS CRÔNICAS**

Larissa DellaAntonio Pereira  
Luiz Augusto Fagundes Filho  
Rita de Cassia Cunha Rocha

## INTRODUÇÃO

Desde 5 de janeiro de 2012, a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo estabeleceu diretrizes da Política Estadual de Prevenção e Controle do Câncer e Organização da Rede de Atenção Oncológica no estado através da Portaria nº 001-r que enuncia uma política com foco na prevenção tanto dos fatores de risco (tabagismo, álcool, obesidade e radiação solar) quanto dos tipos de câncer mais sensíveis a atenção primária- câncer de mama, próstata, colo de útero, pele, boca, pediátrico e colo e reto com envolvimento dos 78 municípios distribuídos nas regiões de saúde do norte, centro, metropolitana e sul para realização do diagnóstico e elaboração de propostas de ações para Planos Regionais de Controle dos Cânceres de Mama e de Colo do Útero. Outro foco é o controle do câncer de pele em populações específicas, tendo em vista a alta incidência de radiação ultravioleta e a constituição física (pele clara) destes imigrantes e história de longas horas de trabalho expostos ao sol.

Atualmente, a rede de atenção às pessoas com doenças crônicas- eixo dos cânceres no território capixaba está em processo de implementação, levando em consideração:

- Portaria 252 de 19 de fevereiro de 2013 que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;
- Portaria 874 de 16 de maio de 2013 que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria 140 de 27 de fevereiro de 2014 que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria 483 de 1º de abril de 2014 que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

## DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

São esperados 12.320 novos casos de câncer para o ano de 2015, sendo que 4.630 para tumores de pele não melanoma e os demais 7.690 distribuídos para as demais neoplasias. Merecem destaque quantitativo os tumores de próstata, mama, cólon e reto, pulmão e estômago, em ordem decrescente de número de novos casos (tabela 1).

**Tabela 1-** Estimativa do número de casos novos de câncer 2015 em homens e mulheres com as respectivas taxa bruta.

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	1.580	88,62	170	107,21	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	990	53,93	130	70,07
Colo do Útero	-	-	-	-	270	14,91	30	14,34
Traqueia, Brônquio e Pulmão	310	16,81	30	20,30	170	9,24	20	12,42
Cólon e Reto	280	15,55	50	29,32	340	18,74	50	27,42
Estômago	310	17,28	20	15,47	160	8,86	20	10,31
Cavidade Oral	290	16,41	20	12,92	110	6,04	**	7,40
Laringe	160	8,92	**	8,07	**	0,53	**	1,75
Bexiga	150	8,33	**	5,50	30	1,81	**	3,04
Esôfago	240	13,62	20	14,13	80	4,37	**	3,12
Ovário	-	-	-	-	90	5,06	20	9,86
Linfoma de Hodgkin	30	1,72	**	2,41	**	0,72	**	1,75
Linfoma não Hodgkin	100	5,44	**	6,46	100	5,50	**	8,58
Glândula Tireoide	**	0,34	**	1,96	150	8,26	20	10,58
Sistema Nervoso Central	100	5,64	**	6,15	80	4,22	**	5,66
Leucemias	90	5,31	**	4,45	70	3,77	**	4,34
Corpo do Útero	-	-	-	-	80	4,16	20	11,37
Pele Melanoma	50	2,81	**	8,91	70	3,65	20	9,77
Outras Localizações	590	32,12	140	40,30	620	32,41	140	36,13
<b>Subtotal</b>	<b>4.280</b>	<b>239,32</b>	<b>450</b>	<b>282,96</b>	<b>3.410</b>	<b>185,06</b>	<b>470</b>	<b>261,69</b>
Pele não Melanoma	2.560	143,27	250	155,09	2.070	112,32	180	99,36
<b>Todas as Neoplasias</b>	<b>6.840</b>	<b>382,46</b>	<b>700</b>	<b>440,15</b>	<b>5.480</b>	<b>297,39</b>	<b>650</b>	<b>361,92</b>

\*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10. / \*\* Menores que 15 casos.

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

Em relação à distribuição de novos casos de câncer no Estado do Espírito Santo por região de saúde, destaca-se a metropolitana com maior número de ocorrência (6.826) (tabela 2).

**Tabela 2** . Estimativa de casos novos de câncer por região de saúde incluído câncer de pele não melanoma, 2015.

<b>Região</b>	<b>População</b>	<b>Casos Novos</b>
<b>Norte</b>	421.752	1.337
<b>Central</b>	634.574	2.012
<b>Metropolitana</b>	2.152.699	6.826
<b>Sul</b>	676.024	2.144
<b>Total</b>	3.885.049	12.320

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

Em relação ao câncer, o número de casos tem aumentado de maneira considerável em todo o mundo, principalmente a partir do século passado, configurando-se, na atualidade, como um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial. É responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, sendo 12 % de todas as causas de mortes no mundo. No Espírito Santo a mortalidade por câncer é a terceira causa de óbitos no Espírito Santo. Foram 3688 (2011), 3.734 (2012) e 3.353 (2013- informações até outubro de 2013) de óbitos por câncer no Estado do Espírito Santo. Chamam atenção os tipos de neoplasia que mais levam a óbito em ambos os sexos: traquéia, brônquios e pulmões, estômago, colon, reto e anus, próstata e mama (tabela 3).

**Tabela 3 .** Número de Óbitos por Neoplasias no Espírito Santo nos anos de 2011, 2012 e 2013 em ambos os sexo.

<b>Por localização</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>NEOPLASIAS</b>	<b>3.688</b>	<b>3.734</b>	<b>3.353</b>
Restante de neoplasias malignas	494	491	469
Traquéia, brônquios e pulmões	411	407	405
Estômago	289	292	276
Cólon,reto e ânus	293	290	264
Próstata	302	298	223
Mama	255	264	243
Esôfago	240	270	236
Fígado e vias bil intrahepát	191	195	135
Meninges,encéfalo e out partes SNC	160	191	162
Lábio, cav oral e faringe	180	177	136
Pâncreas	131	122	126
Leucemia	127	120	114
Laringe	94	109	79
Colo do útero	109	90	83
Corpo e partes n/esp útero	64	81	77
Linfoma não-Hodgkin	78	71	69
Bexiga	69	75	59
Ovário	57	68	71
Mieloma mult e neopl malig de plasmócitos	57	48	49
Neoplasias in situ, benign, comport incert	45	36	42
Pele	42	39	35

FONTE: DATASUS/TABNET/ES

Quando analisado separadamente os sexos, encontramos, no ano de 2013, 1854 óbitos por câncer nos homens e 1499 nas mulheres. O câncer que mais mata no sexo feminino é o de mama e colon, reto e anus e no masculino, os cânceres de traquéia, brônquios e pulmões, seguidos do câncer de próstata (tabela 4).

**Tabela 4 .** Número de óbitos por neoplasia por sexo no Espírito Santo, 2013.

<b>NEOPLASIAS E LOCALIZAÇÃO</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
TOTAL	1.854	1.499
Restante de neoplasias malignas	247	222
Traquéia, brônquios e pulmões	265	140
Estômago	185	91
Colon, reto e ânus	120	144
Mama	2	241
Esôfago	193	43
Próstata	223	0
Meninge, encéfalo e out partes SNC	81	81
Lábio, cav oral e faringe	106	30
Fígado e vias bil intrahepát	77	58
Pâncreas	62	64
Leucemia	67	47
Colo do útero	0	83
Laringe	71	8
Corpo e partes n/esp útero	0	77
Ovário	0	71
Linfoma não-Hodgkin	39	30
Bexiga	42	17
Mieloma mult e neopl malig de plasmócitos	29	20
Neoplasias in situ, benign, comport incert	23	19
Pele	22	13

FONTE: DATASUS/TABNET/ES

## **CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

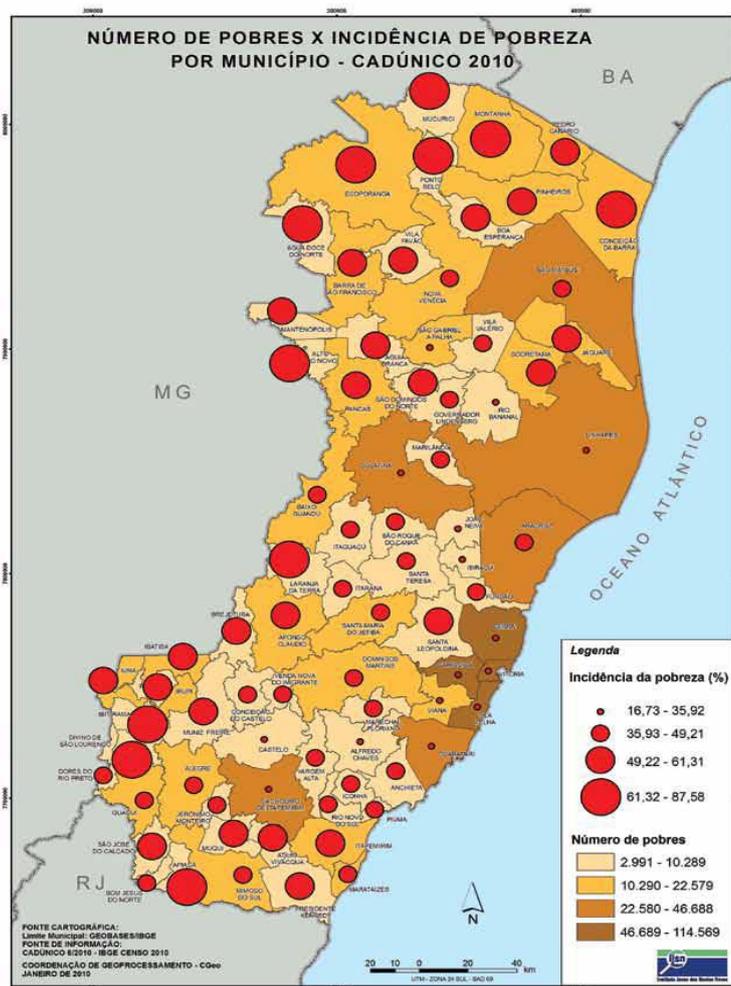
O Espírito Santo, situado na região sudeste do país, constitui-se no menor e menos populoso estado da região, com população de 3.514.952 habitantes (IBGE 2010), distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. Apenas 09 municípios (11,54%) apresentam população maior que 100 mil habitantes.

O estado ocupa uma área de 46.098,1 km<sup>2</sup> e apresenta densidade demográfica de 76 hab./km<sup>2</sup>. Sua região central demonstra uma grande concentração da população (190 hab./km<sup>2</sup>), que, por sua vez, está altamente intensificada na região metropolitana (724 hab./km<sup>2</sup>), chegando a expressiva marca 3.328 hab./km<sup>2</sup> na capital. Com quadro diferenciado, temos ao norte um vazio demográfico (36 hab./km<sup>2</sup>), indicando a presença de grandes latifúndios na região. O sul possui uma densidade demográfica de 63 hab./km<sup>2</sup>. Na média, 16,5% dos capixabas habitam em áreas rurais e 83,5% em áreas urbanas.

O Censo 2010 . IBGE aponta que a população do Espírito Santo é em sua maioria formada por negros e pardos atingindo mais de 60% do contingente populacional: brancos (39,3%), negros (7,2%), pardos (53,3%) e amarelos ou indígenas (0,2%).

Em estudo da pobreza, o Instituto Jones dos Santos Neves . IJSN ( 2010), confirma a existência maior de pobres nos municípios interioranos, fazendo um grande cinturão da incidência da pobreza fora da área litorânea, também demonstrando a exceção nos municípios de Conceição da Barra, Presidente Kennedy e Itapemirim, com altas incidências, variando de 49,22 a 87,58 percentuais (Figura 1).

**Figura 1 .** Número de pobres X incidência de pobreza.

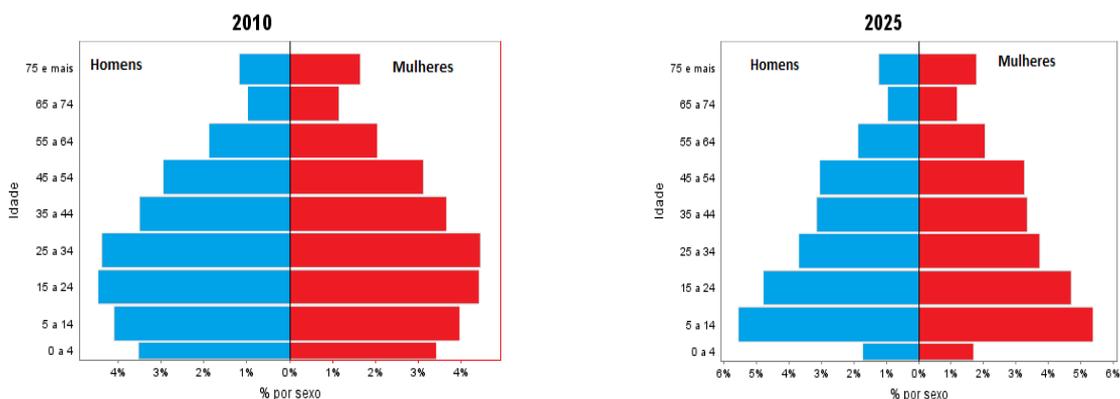


FONTE: INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES

A tendência nos próximos anos é de envelhecimento progressivo da população, fenômeno que se dá, principalmente, em virtude da redução da taxa de natalidade e do aumento da expectativa de vida da população, favorecendo a ocorrência de mais doenças

crônicas. Há um estreitamento da base e ampliação das faixas superiores da pirâmide de 2010 com maior acentuação em 2025 (Figura 2).

**Figura 2 .** Pirâmide Demográfica 2010 e 2025/ Fonte: Instituto Jones dos Santos Neves.



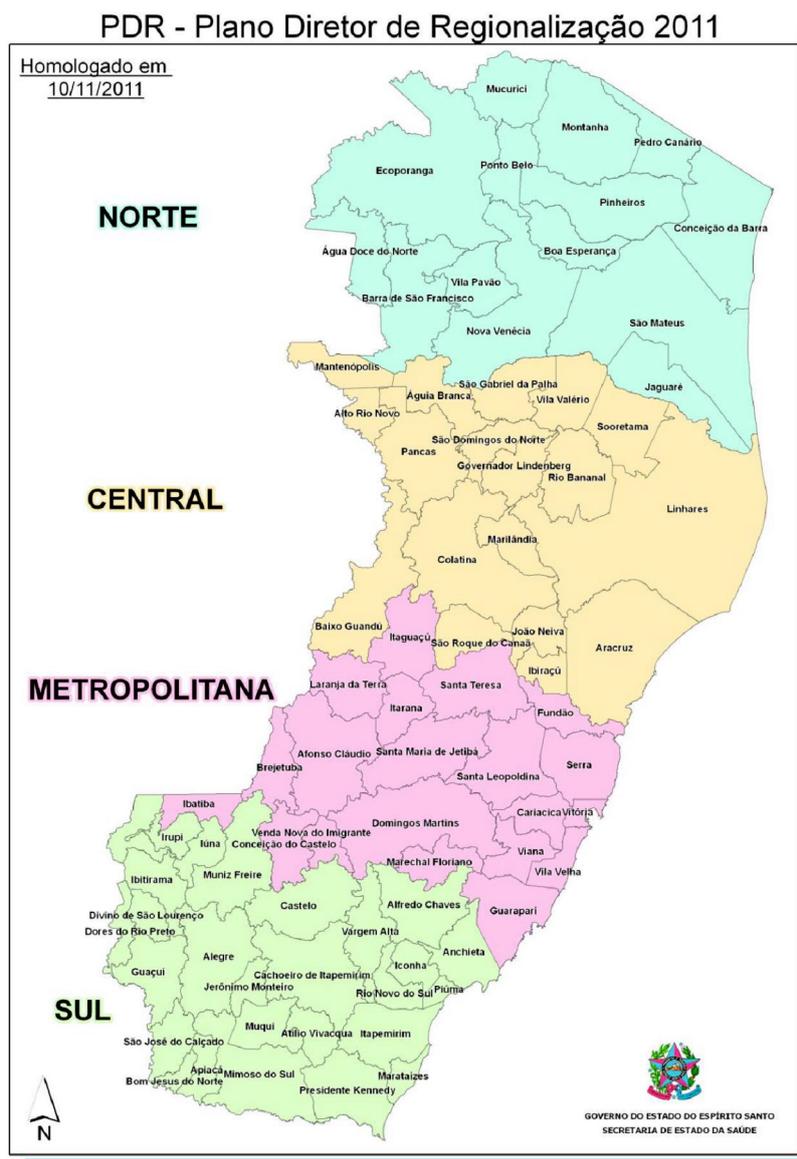
## A REGIONALIZAÇÃO NO ESPÍRITO SANTO

A regionalização é um pressuposto de descentralização do Sistema Único de Saúde . SUS como também se constitui como um importante processo para diminuir as grandes desigualdades no território brasileiro.

A regionalização da saúde do estado do Espírito Santo tem com objetivos alvos: o processo de planejamento em saúde com base nas necessidades e características regionais; o acesso assegurado a todos; a resolutividade e a qualidade das ações e serviços de saúde e a integralidade da atenção à saúde em todos os níveis. Também apontado a necessidade de se avançar na equidade da política de saúde, reduzir as desigualdades regionais existentes, racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos na região.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral e participação da comunidade. Em 2011, a SES-ES homologou seu plano diretor de regionalização (figura 3).

**Figura 3 . Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2011.**



FONTE: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

O Espírito Santo foi dividido em 4 regiões de saúde, são elas: Norte, Metropolitana, Sul e Central.

A região norte é composta por 14 municípios com uma população de 417.632 habitantes, sendo São Mateus o município mais populoso da região com 120.725 habitantes e Mucurici, o menos populoso com 5.909 habitantes (Tabela 5).

**Tabela 5** É Número de habitantes da Região Norte.

<b>Município</b>	<b>Habitantes</b>
Água Doce do Norte	12.164
Barra de São Francisco	43.882
Boa Esperança	15.169
Conceição da Barra	30.659
Ecoporanga	24.327
Jaguaré	27.599
Montanha	19.049
Mucurici	5.909
Nova Venécia	49.564
Pedro Canário	25.700
Pinheiros	26.023
Ponto Belo	7.590
São Mateus	120.725
Vila Pavão	9.272
<b>Total</b>	<b>417.632</b>

Fonte: IBGE 2014

Pertencem à região central 18 municípios e uma população 626.391 habitantes. Somente dois municípios têm população acima de 100.000 habitantes: Linhares (157.814) e Colatina (120.677) (Tabela 6).

**Tabela 6** É Número de habitantes da Região Central.

<b>Município</b>	<b>Habitantes</b>
Águia Branca	10.045
Alto Rio Novo	7.841
Aracruz	91.562
Baixo Guandu	31.126
Colatina	120.677
Governador Lindenberg	11.953
Ibiraçu	12.124
João Neiva	16.869
Linhares	157.814
Mantenópolis	14.808
Marilândia	12.092
Pancas	23.125
Rio Bananal	18.892
São Domingos do Norte	8.595
São Gabriel da palha	35.232
São Roque do Canaã	12.179
Sooretama	26.843
Vila Valério	14.614
<b>Total</b>	<b>626.391</b>

Fonte: IBGE 2013

Totalizam 20 municípios situados na região metropolitana que apresenta a maior concentração populacional, 2.142.338 habitantes, sendo encontrados os municípios mais populosos do estado: Serra (467.318); Cariacica (375.974); Vitória (348.268) e Vila Velha (458.489) (Tabela 7).

**Tabela 7 É Número de habitantes da Região Metropolitana.**

<b>Município</b>	<b>Habitantes</b>
Afonso Cláudio	32.551
Brejetuba	12.669
Cariacica	375.974
Conceição do Castelo	30.659
Domingos Martins	34.059
Fundão	19.177
Guarapari	116.278
Ibatiba	24.575
Itaguaçu	14.844
Itarana	11.349
Laranja da Terra	11.418
Marechal Floriano	15.689
Santa Leopoldina	12.881
Santa Maria de Jetibá	37.720
Santa Tereza	23.432
Serra	467.318
Venda Nova do Imigrante	22.873
Viana	72.115
Vila Velha	458.489
Vitória	348.268
<b>Total</b>	<b>2.142.338</b>

FONTE: IBGE 2013

A região sul é a que abrange um número maior de municípios 26 com uma população de 671.085 habitantes, sendo que Divino São Lourenço (4.688); Dolores do Rio Preto (6.827) e Apicá (7.916) são os menos populosos da região (Tabela 8).

**Tabela 8** É Número de habitantes da Região Sul.

<b>Município</b>	<b>Habitantes</b>
Alegre	32.267
Alfredo Chaves	14.859
Anchieta	26.658
Apiacá	7.916
Atílio Vivacqua	10.862
Bom Jesus do Norte	10.095
Cachoeiro de Itapemirim	205.213
Castelo	37.331
Divino de São Lourenço	4.688
Dores do Rio Preto	6.827
Guaçuí	30.144
Ibitirama	9.400
Iconha	13.548
Itapemirim	33.610
Irupi	12.798
Lúna	29.258
Jerônimo Monteiro	11.707
Marataízes	37.140
Mimoso do Sul	27.309
Muniz Freire	19.081
Muqui	15.438
Piúma	20.082
Presidente Kennedy	11.130
Rio Novo do Sul	11.993
São José do Calçado	10.987
Vargem Alta	20.744
<b>Total</b>	<b>671.085</b>

Fonte: IBGE 2013.

## ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

### 1. Na atenção primária: Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia da Saúde da família e Equipe de Saúde Bucal

#### REGIÃO CENTRAL

Em relação à cobertura dos agentes comunitários da saúde, a região central, exceto Aracruz e Sooretama, apresenta um percentual de 100 por cento. A estratégia da saúde de família não atinge o percentual de 100 na cobertura em São Gabriel da Palha (42); Linhares (62); Sooretama (84); Ibirapu (91) e Aracruz (94). Três municípios (Baixo Guandu; Colatina e Marilândia). Somente cinco municípios apresentam 100 por cento de cobertura na equipe de saúde bucal (ESB): Alto Rio Novo; Governador Lindenberg; João Neiva; Mantenópolis e São Roque do Canaã. Nesta região, um município implantou o centro de especialidade odontológica- CEO (Colatina) (tabela 9).

**Tabela 9** . Organização da atenção primária na região de saúde central.

Municípios região de saúde Central	ACS		ESF		ESB		NASF implantado	CEO implantado
	Implanta do	Pop. coberta	Implanta do	Pop. coberta	Implanta do	Pop. coberta		
Águia Branca	24	100	5	100	4	80	0	0
Alto Rio Novo	18	100	3	100	3	100	0	0
Aracruz	143	97	23	94	15	63	0	0
Baixo Guandu	73	100	11	100	10	91	1	0
Colatina	214	100	35	100	24	69	1	1
Gov. Lindenberg	26	100	4	100	4	100	0	0
Ibirapu	27	100	3	91	3	91	0	0
João Neiva	39	100	5	100	5	100	0	0
Linhares	278	100	26	62	25	60	0	0
Mantenópolis	34	100	5	100	5	100	0	0
Marilândia	28	100	5	100	4	80	1	0
Pancas	51	100	8	100	5	63	0	0
Rio Bananal	42	100	6	100	3	50	0	0
São Domingos do Norte	21	100	3	100	2	67	0	0
São Gabriel da Palha	76	100	4	42	4	42	0	0
São Roque do Canaã	28	100	4	100	4	100	0	0
Sooretama	36	84	6	84	6	84	0	0
Vila Valério	36	100	4	100	0	0	0	0

FONTE: COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SES-ES

## REGIÃO NORTE

Os quatorze municípios da região norte têm 100 por cento da população coberta por agentes comunitários de saúde sendo que destes, metade tem a população coberta na sua totalidade pela estratégia da saúde da família ( Água Doce do Norte; Boa Esperança; Conceição da Barra; Ecoporanga; Montanha; Mucurici e Ponto Belo ). Dois municípios (Água Doce do Norte e Conceição da Barra) têm o NASF implantado. Em relação à oferta de serviços para saúde bucal, três municípios (Ecoporanga, Jaguaré e Mucurici) apresentam uma cobertura populacional de 100 por cento com equipes de saúde bucal. Apenas um município (Nova Venécia) implantou centro de especialidade odontológica, sendo que este mesmo município tem 60 por cento de cobertura populacional em ESB (tabela 10).

**Tabela 10** É Organização da atenção primária na região de saúde norte.

Municípios região de saúde <b>Norte</b>	ACS		ESF		ESB		NASF implantado	CEO implantado
	Implantado	Pop. coberta	Implantado	Pop. coberta	Implantado	Pop. coberta		
Água Doce do Norte	32	100	5	100	4	80	1	0
Barra de São Francisco	94	100	8	67	1	8	0	0
Boa Esperança	34	100	6	100	4	67	0	0
Conceição da Barra	61	100	9	100	6	67	1	0
Ecoporanga	61	100	7	100	7	100	0	0
Jaguaré	54	100	6	81	7	100	0	0
Montanha	38	100	6	100	5	83	0	0
Mucurici	16	100	3	100	3	100	0	0
Nova Venécia	114	100	8	60	8	60	0	1
Pedro Canário	51	100	3	43	1	14	0	0
Pinheiros	53	100	6	85	4	57	0	0
Ponto Belo	18	100	3	100	2	67	0	0
São Mateus	210	100	17	52	11	33	0	0
Vila Pavão	23	100	2	79	0	0	0	0

FONTE: COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SES-ES

## REGIÃO METROPOLITANA

A região metropolitana possui alguns municípios com percentual muito baixo de cobertura em ACS como Cariacica (29), Serra (33) e Vila Velha (22). Estes mesmos municípios apresentam pequena cobertura na ESF sendo em percentual: Cariacica (9), Serra (32) e

Vila Velha (24). Persistem nesta precária oferta de serviços na área da saúde bucal os municípios de Cariacica (12 %), Serra (16%) e Vila Velha (20%) sendo acrescido de Santa Leopoldina com nenhum serviço implantado. Em relação ao NASF apenas Brejetuba e Santa Teresa implantaram este núcleo. Cariacica, Serra, Vila Velha e Vitória implantaram um centro de especialidade odontológica (tabela 11).

**Tabela 11** . Organização da atenção primária na região de saúde metropolitana.

Municípios região de saúde <b>Metropolitana</b>	ACS		ESF		ESB		NASF implantado	CEO implantado
	Implantado	Pop. Coberta	Implantado	Pop. coberta	Implantado	Pop. coberta		
Afonso Claudio	68	100	8	89	4	44	0	0
Brejetuba	32	100	6	100	4	67	1	0
Cariacica	178	29	10	9	13	12	0	1
Conceição do Castelo	29	100	3	88	4	100	0	0
Domingos Martins	51	92	6	65	6	65	0	0
Fundão	40	100	6	100	6	100	0	0
Guarapari	177	94	19	61	11	35	0	0
Ibatiba	51	100	5	76	5	76	0	0
Itaguaçu	39	100	5	100	4	80	0	0
Itarana	29	100	4	100	4	100	0	0
Laranja da Terra	28	100	4	100	4	100	0	0
Marechal Floriano	28	100	5	100	4	80	0	0
Santa Leopoldina	24	100	3	85	0	0	0	0
Santa Maria de Jetibá	84	100	10	99	9	90	0	0
Santa Teresa	53	100	8	100	8	100	1	0
Serra	240	33	39	32	19	16	0	1
Venda Nova do Imigrante	51	100	6	98	5	83	0	0
Viana	138	100	14	72	6	32	0	0
Vila Velha	159	22	30	24	25	20	0	1
Vitória	383	66	78	81	60	63	0	1

FONTE: COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SES-ES

## REGIÃO SUL

Cachoeiro do Itapemirim é o único município da região sul que não atingiu 100 por cento de cobertura populacional de ACS. Chama a atenção o baixo percentual de cobertura da ESF em Castelo (39) e da ESB em: Cachoeiro do Itapemirim (22), Castelo (40), Lúna (36), Bom Jesus do Norte (50) e Marataízes (50). A região sul é a que possui mais NASF implantados (10) no estado. A disponibilidade de CEO é tímida em todo estado, sendo quatro nesta região de saúde (tabela 12)

**Tabela 12 . Organização da atenção primária na região de saúde sul**

Municípios região de saúde Sul	ACS		ESF		ESB		NASF implantado	CEO implantado
	Implantado	Pop. coberta	Implantado	Pop. coberta	Implantado	Pop. coberta		
Alegre	70	100	8	90	6	67	0	0
Alfredo Chaves	36	100	4	98	3	75	1	0
Anchieta	61	100	10	100	8	80	1	1
Apiacá	21	100	3	100	3	100	1	0
Atílio Vivácqua	23	100	4	100	4	100	1	0
Bom Jesus do Norte	26	100	4	100	2	50	0	0
Cachoeiro de Itapemirim	312	93	46	83	12	22	0	2
Castelo	61	100	4	39	4	40	1	1
Divino de São Lourenço	13	100	2	100	2	100	1	0
Dores do Rio Preto	16	100	3	100	3	100	0	0
Guaçuí	68	100	10	100	10	100	1	1
Ibitirama	24	100	4	100	4	100	0	0
Iconha	31	100	5	100	5	100	0	0
Irupi	27	100	4	100	3	75	0	0
Itapemirim	81	100	7	77	8	89	0	0
Iuna	75	100	5	63	3	36	0	0
Jerônimo Monteiro	28	100	4	100	4	100	0	0
Marataízes	76	100	7	70	5	50	0	0
Mimoso do Sul	70	100	11	100	10	91	1	0
Muniz Freire	49	100	8	100	6	75	1	0
Muqui	35	100	4	95	5	100	1	0
Piúma	42	100	7	100	4	57	0	0
Presidente Kennedy	26	100	3	99	4	100	0	0
Rio Novo do Sul	30	100	5	100	3	60	0	0

FONTE: COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SES-ES

## 2. NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

As consultas especializadas e os procedimentos para diagnóstico do câncer são ofertados nos centros regionais de especialidade localizados em: São Mateus; Colatina; Vitória; Cachoeiro do Itapemirim, bem como nas Unidades de Cuidado Integral à Saúde: Cuidar Norte, localizado em Nova Venécia; Cuidar Sul, localizado em Guaçuí; Cuidar Central, localizado em Linhares; Cuidar Metropolitana, localizados em Santa Teresa e em Domingos Martins.

Os exames e consultas também são ofertados nos UNACONS e CACONS do estado, pactuados e contratualizados.

Foi encaminhado, ao Ministério da Saúde, proposta de inclusão do Hospital Universitário Dr. Cassiano Antonio de Moraes para se tornar referência para Câncer de Colo do Útero.

### **3. NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR**

#### **Balanco de gestão da alta complexidade em oncologia 2011-2014**

Relator: Guilherme Crespo

Avançamos consideravelmente na estruturação dos serviços de atendimento aos procedimentos de alta complexidade em oncologia na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas- eixo dos cânceres.

Ampliamos a rede de hospitais credenciados, tendo executado um ciclo completo de financiamento estadual de dois serviços na região metropolitana através de contrato (Santa Casa de Misericórdia de Vitória e Hospital Evangélico de Vila Velha). Estes dois serviços foram posteriormente credenciados pelo Ministério da Saúde. Assim sendo pudemos avançar no sentido de financiar mais dois serviços para as regiões norte e central que foram o Hospital Rio Doce em Linhares e Hospital São José em Colatina.

Nesse período foram consolidadas as instalações de dois aparelho de radioterapia, tendo sido ampliado e modernizado o pátio radioterápico, tanto na região sul quanto na região metropolitana, com a inclusão de aparelhos e softwares que permitem a realização de tratamentos mais modernos e mais rápidos, ampliando a oferta para a rede.

Viabilizamos o crescimento da oferta de cirurgias oncológicas e se encerraram as filas para atendimento em cirurgia oncológica no estado, mesmo para o acesso aos pacientes das regiões norte e central.

Foram ampliados os volumes de atendimento nos 3 pilares do tratamento oncológico: radioterapia, quimioterapia e cirurgia oncológica.

Para o foco do Ministério da Saúde onde se espera um aumento no volume de cirurgias e uma redução na necessidade de procedimentos de quimioterapia, o que sinaliza melhor assistência à saúde por análise indireta da possibilidade de oferta de tratamento mais precoce, à exceção dos hospitais Evangélico de Vila Velha e Santa Casa de Misericórdia

de Vitória, o que se nota é um aumento mais acentuado das cirurgias no ano de 2014 em relação ao ano de 2013 sem a mesma proporção de crescimento do volume de quimioterapia (tabelas 13 e 14).

**Tabela 13 .** Procedimentos de Quimioterapia no Espírito Santo - 2008 a 2014\* \*\*

Hospital	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hospital Santa Rita de Cássia	30.620	37.254	26.891	38.182	39.839	39.066	26.269
Hospital Infantil	1.182	1.098	1.129	1.169	1.076	1.047	496
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim	9.766	10.140	10.655	11.651	11.960	12.492	8.419
Hospital das Clínicas	1.312	1.527	1.661	1.654	1.716	1.458	877
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória					237	2.943	3.640
Hospital Evangélico de Vila Velha					1.404	4.257	3.231
<b>Total</b>	<b>42.880</b>	<b>50.019</b>	<b>40.336</b>	<b>52.656</b>	<b>56.232</b>	<b>61.263</b>	<b>42.932</b>

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

\* Informações até agosto 2014.

\*\* Em visita técnica ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória em 2015 a coordenação do serviço nos informou que os dados de 2014 não foram registrados na sua totalidade, o que afeta a análise em questão. Não foram enviadas a SES-ES as informações pendentes.

**Tabela 14 .** Procedimentos de Cirurgia Oncológica no Espírito Santo -2008 a 2014\*

Hospital	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hospital Santa Rita de Cássia	863	966	862	750	757	1402	1.398
Hospital Santa Casa de Vitória	201	285	345	377	321	311	284
Hospital Infantil	24	27	18	28	28	29	23
Hospital Evangélico de Vila Velha	0	0	0	0	172	707	834
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim	390	335	276	290	242	378	356
Hospital das Clínicas	394	623	603	359	504	545	593
<b>Total</b>	<b>1872</b>	<b>2236</b>	<b>2104</b>	<b>1804</b>	<b>2024</b>	<b>3372</b>	<b>3.486</b>

Fonte: Ministério da Saúde

\*Informações até agosto de 2014

Também é foco do Ministério da Saúde, certificar-se do acesso ao tratamento radioterápico, comumente deficiente em todo o país, mas que no Estado do Espírito Santo, vem apresentando bons resultados (tabela 15).

**Tabela 15** – Procedimentos radioterápicos no Espírito Santo período de 2011-2014.

Hospital	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hospital Santa Rita de Cássia	120.943	124.625	131.373	128.891	131.717	152.982	112.098
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim	43.780	47.599	43.541	38.712	38.882	43.367	31.108
<b>Total</b>	<b>164.723</b>	<b>172.224</b>	<b>174.914</b>	<b>167.603</b>	<b>170.599</b>	<b>196.349</b>	<b>143.206</b>

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

Informações até agosto de 2014

Na gestão 2011 - 2014 tivemos inúmeras novas portarias voltadas para a regulação específica com fins de tratamento oncológico que definiram novas regras, novas políticas, e novos fluxos que exigiram muito trabalho, estudo e adaptação.

Houve um crescimento enorme da oferta de novas tecnologias com custos muito elevados e muita pressão da rede prestadora de serviço para a incorporação da mesma, mesmo havendo regras claras do Ministério da Saúde para seu cumprimento da forma segura.

Tais questões não se encontram totalmente equalizadas, principalmente pelo efeito da judicialização da saúde.

A região norte encontra-se em fase avançada de estruturação, com dois serviços em funcionamento pleno com recursos do governo estadual, aguardando apenas o credenciamento federal.

Temos participado das reuniões de contratualização regularmente com atenção às demandas da rede prestadora de serviço que compõe a rede e observação dos seus fluxos. A situação atual dos serviços credenciados na alta complexidade em oncologia pelo Ministério da saúde está descrita a seguir (tabela 16).

**Tabela 16** . Serviços hospitalares credenciados como alta complexidade de oncologia

Credenciamento	Município	Região de Cobertura	Endereço	Telefone
<b>Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim</b>				

UNACON Radioterapia Hematologia	Cachoeiro de Itamerimin	Sul	R. Anacleto Ramos, 56 Ferroviários 29080-055	28 3526-6166
<b>Hospital Evangélico de Vila Velha</b>				
UNACON Hematologia	Vila Velha	Metropolitana	R. Vênus, s/n Alecrim CEP: 29118-060	27 2121-3712
<b>Hospital Santa Rita de Cássia</b>				
CACON Radioterapia Hematologia	Vitória	Metropolitana	R. Dr. João Santos Neves, 143 Vila Rubim 29018-180	27 3322-0074
<b>Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória</b>				
UNACON	Vitória	Metropolitana	Av. Marechal Campos, 1355 Santos Dumond 29042-715	27 3334-8000
<b>Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes</b>				
UNACON Hematologia	Vitória	Metropolitana	Av. Marechal Campos, 1355 Santos Dumond 29042-715	27 3335-7101
<b>Hospital Infantil de Vitória</b>				
UNACON exclusivo infantil	Vitória	Todo o Estado do Espírito Santo	Alameda Mary Ubirajara, 205 Santa Lúcia 29056-904	27 3324-1566
<b>Hospital Rio Doce</b>				
SERVIÇO DE ONCOLOGIA estadual	Linhares	Central	Av. João Felipe Calmon, 1245 Centro 29900-027	27 2103-1700
<b>Hospital São José</b>				
SERVIÇO DE ONCOLOGIA estadual	Colatina	Norte	Ladeira Cristo Rei, 514 Centro 29701-400	27 2102-2102

FONTE: SES-ES.

São desafios para a próxima gestão:

- Finalização do credenciamento dos hospitais de atendimento em alta complexidade em oncologia para as regiões norte e central;
- Implementação de recursos para instalação de equipamento de radioterapia (01 a 02) para atendimento das necessidades da região norte e central, localizados ou

no Hospital São José e/ ou no Hospital Rio Doce de acordo com a viabilidade do credenciamento de cada um deles;

- Instalação do equipamento de radioterapia do Hospital Evangélico de Vila Velha;
- Planejamento e execução de fluxo de referência e contra-referência claro e eficaz para o cumprimento das definições de rede assistência em oncologia em todo o estado;
- Integração dos serviços de atenção primária e secundária aos serviços de atendimento de alta complexidade em oncologia;
- Desenvolvimento de centros formadores de profissionais na área de radioterapia, cirurgia oncológica e oncologia clínica / hematologia;
- Efetivação da assistência oncológica homogênea entre os serviços que compõe a rede, com foco na qualificação do Hospital Infantil e adequado funcionamento do Hospital das Clínicas;
- Acompanhamento técnico e responsável do processo de judicialização que impõe sério risco de prejuízo assistencial e falência econômica do ente público Estadual, com ameaça direta ao tesouro estadual e desestabilização da rede de prestadores de serviço;
- Desenvolvimento epidemiológico e implementação de ações preventivas eficazes junto à população no sentido de redução no número de casos de câncer no estado;
- Otimização dos custos do tratamento oncológico no estado.

## **ESTRUTURA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR**

Relatores: Luiz Augusto Fagundes Filho e Rita de Cássia Cunha Rocha

### **REGIÃO SUL**

A região Sul do Estado comporta 01 (um) serviço de alta complexidade em oncologia, e este serviço possui serviço de radioterapia em sua estrutura. O Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim é a referência no Estado do Espírito Santo para o atendimento de alta complexidade em oncologia para a Região Sul do Estado e está devidamente credenciado junto ao Ministério da Saúde como UNACON COM RADIOTERAPIA (tabela 17).

**Tabela 17** - Municípios, população, estimativa dos casos novos de câncer e a referência hospitalar excluído casos de câncer não melanoma.

<b>Hospital Evangélico de Cachoeiro do Itapemirim</b>	<b>População</b>	<b>Estimativa Novos Casos de Câncer</b>
320020 Alegre	32.236	64
320030 Alfredo Chaves	14.916	30
320040 Anchieta	27.145	54
320050 Apiacá	7.920	16
320070 Atilio Vivacqua	11.023	22
320110 Bom Jesus do Norte	10.136	20
320120 Cachoeiro de Itapemirim	206.973	414
320140 Castelo	37.582	75
320180 Divino de São Lourenço	4.669	9
320200 Dores do Rio Preto	6.859	14
320230 Guaçuí	30.417	61
320255 Ibitirama	9.393	19
320260 Iconha	13.669	27
320265 Irupi	12.948	26
320280 Itapemirim	33.952	68
320300 Iúna	29.423	59
320310 Jerônimo Monteiro	11.792	24
320332 Marataízes	37.535	75
320340 Mimoso do Sul	27.329	55
320370 Muniz Freire	18.994	38
320380 Muqui	15.533	31
320420 Piúma	20.395	41
320430 Presidente Kennedy	11.221	22
320440 Rio Novo do Sul	12.020	24
320480 São José do Calçado	11.000	22
320503 Vargem Alta	20.944	42
<b>TOTAL</b>	<b>676.024</b>	<b>1352</b>

FONTE: IBGE 2013 E NÚCLEO ESPECIAL DE NORMALIZAÇÃO DA SES-ES

## **REGIÃO METROPOLITANA**

A maior concentração de serviços de atendimento de alta complexidade em oncologia encontra-se na região metropolitana. Os serviços que estão localizados na região metropolitana já se encontram devidamente habilitados junto ao Ministério da Saúde, entretanto, por deliberação da nova Portaria 140, os serviços terão que passar por novo processo de revalidação de suas habilitações (tabela 18, 19, 20 e 21).

**Tabela 18** . Municípios população, estimativa dos casos novos de câncer e a referência hospitalar excluído casos de câncer não melanoma.

<b>Hospital Evangélico de Vila Velha</b>	<b>População</b>	<b>Estimativa Novos Casos de Câncer</b>
320520 Vila Velha	465.690	931
320240 Guarapari	118.056	236
<b>TOTAL</b>	<b>583.746</b>	<b>1167</b>

FONTE: IBGE 2013 E GERENCIA DE REGULAÇÃO E ORDENAÇÃO DO SISTEMA DE SAUDE - SES-ES

**Tabela 19** . Municípios, população\*, estimativa dos casos novos de câncer e a referência hospitalar excluído casos de câncer não melanoma.

<b>HUCAM</b>	<b>População</b>	<b>Estimativa Novos Casos de Câncer</b>
320010 Afonso Cláudio	32.502	65
320115 Brejetuba	12.712	25
320170 Conceição do Castelo	12.673	25
320190 Domingos Martins	34.239	68
320245 Ibatiba	24.913	50
320270 Itaguaçu	14.836	30
320290 Itarana	11.319	23
320316 Laranja da Terra	11.428	23
320334 Marechal Floriano	15.910	32
320506 Venda Nova do Imigrante	23.313	47
320530 Vitória *	176.052	352
<b>TOTAL</b>	<b>369.897</b>	<b>740</b>

\* Parte da população de Vitória também é atendida pelo HSRC.

FONTE: IBGE 2013 E GERENCIA DE REGULAÇÃO E ORDENAÇÃO DO SISTEMA DE SAUDE - SES-ES

**Tabela 20** É Municípios, população, estimativa dos casos novos de câncer e a referência hospitalar excluído casos de câncer não melanoma.

<b>Santa Casa de Misericórdia de Vitória</b>	<b>População</b>	<b>Estimativa Novos Casos de Câncer</b>
320130 Cariacica	378.915	757
320510 Viana	73.318	147
<b>TOTAL</b>	<b>452.233</b>	<b>904</b>

FONTE: IBGE E GERENCIA DE REGULAÇÃO E ORDENAÇÃO DO SISTEMA DE SAUDE - SES-ES

O Hospital Santa Rita de Cássia é o maior serviço da região metropolitana e é responsável pelo atendimento em radioterapia de toda a região metropolitana, e também das regiões central e norte.

**Tabela 21** - Municípios, população\*, estimativa dos casos novos de câncer e a referência hospitalar excluído casos de câncer não melanoma.

Hospital Santa Rita	População	Estimativa Novos Casos de Câncer
320060 Aracruz	93.325	187
320220 Fundão	19.585	39
320250 Ibirapu	12.242	24
320313 João Neiva	16.946	34
320450 Santa Leopoldina	12.883	26
320455 Santa Maria de Jetibá	38.290	77
320460 Santa Teresa	23.585	47
320500 Serra	476.428	953
320530 Vitória *	176.052	352
<b>TOTAL</b>	<b>1.045.388</b>	<b>1.739</b>

\*Parte da população de Vitória também é atendida pelo HUCAM

FONTE: IBGE E GERENCIA DE REGULACÃO E ORDENACÃO DO SISTEMA DE SAUDE - SES-ES

O Hospital Estadual Infantil N.S da Glória: é responsável por todo o atendimento infantil em oncologia no Estado do Espírito Santo, sendo responsável pelo atendimento cirúrgico e clínico, enquanto que faz referência ao Hospital Santa Rita quando necessita de tratamento radioterápico. É o único UNACON público e seu fortalecimento é de extrema importância para o SUS-ES.

## REGIÃO NORTE E CENTRAL

Em frente à capacidade instalada insuficiente da região norte a SES-ES optou em estruturar dos serviços na região central, um no município de Colatina e outro em Linhares.

Especificamente para a região central e norte do Estado, existe um fator importante para ser levado em consideração que é a disposição da malha rodoviária: a malha rodoviária das regiões central e norte facilitam a drenagem do fluxo de pessoas em dois eixos principais voltados para centros mais bem estruturados em termos de viabilidade de

implementação de hospitais de alta complexidade em oncologia. Caberá ao Hospital Rio Doce situado em Linhares, ser referência para sete municípios da região norte (Conceição da Barra, Boa Esperança, Jaguaré, Montanha, São Mateus, Pinheiros e Pedro Canário,) além dos cinco municípios pertencentes à região central (Aracruz, Linhares, Rio Bananal, Sooretama e Vila Valério). Somente três municípios apresentam tempo de condução maior que duas horas para chegar ao hospital Rio Doce: Boa Esperança (2 horas e 1 minuto); Pinheiros (2 horas e 4 minutos) e Montanha (2 horas e 39 minutos) (tabela 22).

**Tabela 22** É Cobertura do Hospital Rio Doce e a distância em Km e tempo de condução entre hospital e municípios da região norte e central.

Hospital Rio Doce É Linhares	Distancia em Km	Tempo de Condução em hora:minutos
320060 Aracruz	59,9	0:58
320405 Pedro Canário	133	1:48
320160 Conceição da Barra	118	1:41
320100 Boa Esperança	125	2:05
320305 Jaguaré	67,3	0:59
320410 Pinheiros	152	2:04
320490 São Mateus	82,4	1:11
320320 Linhares	-	-
320435 Rio Bananal	45,7	0:43
320501 Sooretama	23,9	0:25
320350 Montanha	196	2:39
320517 Vila Valério	83,9	1:17

Fonte: DISTANCIA CIDADES <<http://www.distanciacidades.com>>

O Hospital São José situado no município de Colatina localizado na região central será também referência de alta complexidade em oncologia para os municípios de Águia Doce do Norte, Barra de São Francisco, Ecoporanga, Mucurici, Nova Venécia, Ponto Belo e Vila Pavão, pertencentes à região norte. Em relação ao tempo de condução, os municípios de Ponto Belo (3h27min) e Mucurici (3h24min) são os que mais despendem tempo na locomoção para chegar ao hospital. Mesmo situados em outra regional, os municípios chegam a ter um tempo de condução próximo a duas horas como é o caso de Barra de São Francisco ( 1h52min) e Nova Venécia (1h55min) ( tabela 23).

**Tabela 23** É Cobertura do Hospital São José e a distância em Km e tempo de condução entre municípios da região norte e central

<b>Hospital São José</b>	<b>Distancia em Km</b>	<b>Tempo de Condução em hora: minutos</b>
320016 Água Doce do Norte	152	2:18
320090 Barra de São Francisco	122	1:52
320080 Baixo Guandu	44,7	0:41
320210 Ecoporanga	162	2:36
320360 Mucurici	226	3:24
320390 Nova Venécia	118	1:55
320425 Ponto Belo	230	3:27
320515 Vila Pavão	150	2:22
320013 Águia Branca	80,3	1:17
320035 Alto Rio Novo	89	1:27
320080 Baixo Guandu	44,7	0:41
320150 Colatina	-	-
320225 Governador Lindenberg	67,9	1:07
320330 Mantenópolis	122	1:55
320335 Marilândia	32,1	0:38
320400 Pancas	53,3	0:55
320465 São Domingos do Norte	53,0	0:54
320250 Ibirapu	71,7	1:07
320313 João Neiva	63,2	1;00
320495 São Roque do Canaã	37,8	0:49
320470 São Gabriel da Palha	73,8	1:10

FONTE: <[HTTP://WWW.DISTANCIACIDADES.COM](http://www.distanciacidades.com)>

Assim sendo, levando-se em consideração, fatores populacionais, fatores geográficos e diretrizes para habilitação dos serviços de alta complexidade em oncologia, foi a proposta de implantação de:

- 01 (um) serviço de alta complexidade em oncologia | UNACON na cidade de Colatina: o São José que se operacionaliza atualmente com recursos do tesouro estadual para o atendimento de alta complexidade em oncologia. Estima-se o aparecimento de 1850 casos novos de câncer e uma cobertura populacional de 583.468 habitantes (tabela 24).

**Tabela 24** É Municípios, população, estimativa dos casos novos de câncer e a referência hospitalar excluído casos de câncer não melanoma

<b>Hospital Rio Doce</b>	<b>População</b>	<b>Estimativa Novos Casos de Câncer</b>
320405 Pedro Canário	25.916	52
320160 Conceição da Barra	30.895	62
320100 Boa Esperança	15.244	30
320305 Jaguaré	28.126	56
320410 Pinheiros	26.309	53
320490 São Mateus	122.668	245
320320 Linhares	160.765	322
320435 Rio Bananal	19.038	38
320501 Sooretama	27.409	55
320350 Montanha	19.138	38
320517 Vila Valério	14.635	29
<b>TOTAL</b>	<b>490.143</b>	<b>980</b>

FONTE: IBGE 2013 E SES-ES

- 01 (um) serviço de alta complexidade em oncologia | UNACON na cidade de Linhares: O Hospital Rio Doce também recebe repasse de recursos do tesouro estadual para o atendimento de alta complexidade em oncologia. Serão cobertos 504.156 habitantes com a estimativa de aparecimento de 1.599 casos novos de câncer (tabela 25).

**Tabela 25** É Municípios, população, estimativa dos casos novos de câncer e a referência hospitalar excluído casos de câncer não melanoma

Hospital São José	População	Estimativa Novos Casos de Câncer
320016 Água Doce do Norte	12.094	24
320090 Barra de São Francisco	44.244	88
320080 Baixo Guandu	31.298	63
320210 Ecoporanga	24.299	49
320360 Mucurici	5.897	12
320390 Nova Venécia	49.932	40
320425 Ponto Belo	7.670	15
320515 Vila Pavão	9.320	19
320013 Águia Branca	10.055	20
320035 Alto Rio Novo	7.888	16
320080 Baixo Guandu	31.298	63
320150 Colatina	121.670	243
320225 Governador Lindenberg	12.120	24
320330 Mantenedópolis	14.966	30
320335 Marilândia	12.224	24
320400 Pancas	23.273	47
320465 São Domingos do Norte	8.652	17
320495 São Roque do Canaã	12.283	25
320470 São Gabriel da Palha	35.785	72
<b>TOTAL</b>	<b>474.968</b>	<b>891</b>

Fonte: IBGE e SES-ES

Quando se analisa as referências em cirurgias oncológicas de cabeça e pescoço, torácica e plástica, visualiza-se que a própria rede de atenção assume a realização de tais procedimentos, sendo que somente o Hospital Rio Doce referencia seus pacientes da cirurgia de cabeça e pescoço e torácica para o Hospital Evangélico de Vila Velha (tabela 26).

**Tabela 26** É Referências de cirurgias oncológicas no SUS-ES.

Estabelecimento de saúde	Nome do estabelecimento de saúde de referência para realizar cirurgia oncológica*:		
	Cabeça e Pescoço	Torácica	Plástica
Hospital Santa Rita	Serviço Próprio	Serviço Próprio	Serviço Próprio
Hospital Evangélico de Vila Velha	Serviço Próprio	Serviço Próprio	Serviço Próprio
Hospital Evangélico de Cachoeiro do Itapemirim	Serviço Próprio	Serviço Próprio	Serviço Próprio
Santa Casa de Misericórdia de Vitória	Serviço próprio	Serviço próprio	Serviço Próprio
Hospital São Jose . Colatina	Serviço Próprio	Serviço Próprio	Serviço Próprio
Hospital Rio Doce Linhares	Hospital Evangélico de Vila Velha	Hospital Evangélico de Vila Velha	Serviço Próprio
HINSG	Serviço Próprio	Serviço Próprio	Serviço Próprio

FONTE: HOSPITAIS REFERÊNCIAS EM ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA DO SUS-ES

Porém, quando se descreve as referências para oftalmologia, traumatologia ortopedia, neurocirurgia e cânceres raros aparece a necessidade de identificação e pactuação dos serviços a serem referenciados. Em relação à referência para oftalmologia o Hospital Santa Rita e Hospital Rio Doce não disponibiliza e estão sem referência. Somente o Hospital Rio Doce não disponibiliza e não aponta referência para traumatologia-ortopedia. A neurocirurgia aparece como um problema a ser enfrentado. Alguns casos de neurocirurgia relacionados ao tratamento de neoplasias são atendidos pelo Hospital Central, hospital da rede estadual hospitalar, que possui habilitação para Alta Complexidade em Neurocirurgia, mas ainda não foi definido pelo gestor estadual como referência para todos os hospitais de alta complexidade em oncologia. O hospital São Jose e Rio Doce não disponibilizam e não apontam referência para tratamento dos tumores raros (tabela 27).

**Tabela 27** É Referências para oftalmologia, traumatologia, neurocirurgia e tratamento dos cânceres raros.

Serviços de alta complexidade em oncologia SUS-ES	Nome do estabelecimento de saúde de referência para oftalmologia (quando couber)	Nome do estabelecimento de saúde de referência para traumatologia (quando couber)	Nome do estabelecimento de saúde de referência para neurocirurgia (quando couber)	Nome do estabelecimento de saúde de referência contratualizado para o tratamento dos cânceres raros (quando couber)
Hospital Santa Rita	Sem referencia	Serviço próprio	Sem referência	Próprio e INCA
Hospital Evangélico de Vila Velha	Serviço Próprio	Serviço Próprio	Serviço Próprio	Hospital Amaral Carvalho de Jaú-SP e Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte-MG
Hospital Evangélico de Cachoeiro do Itapemirim	Hospital Evangélico de Vila Velha	Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro e Santa Rita de forma pactuada. Futuramente o HECI está disponibilizar suporte na ortopedia.	Serviço Próprio	INCA
Santa Casa de Misericórdia de Vitória	Encaminha para São Paulo	Serviço Próprio	Ambulatorio São Lucas	Serviço Próprio
Hospital Rio Doce Linhares	Não disponibiliza	Não disponibiliza	Não disponibiliza	Não disponibiliza
HINSG	TUCCA/ Hospital Santa Marcelina em São Paulo	Serviço Próprio	Serviço Próprio	Serviço Próprio
Hospital São Jose . Colatina	Serviço Próprio	Serviço Próprio	Não disponibiliza	Não disponibiliza

FONTE: HOSPITAIS REFERÊNCIAS EM ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA DO SUS-ES

Também caberia ao Hospital Santa Rita de Cássia o atendimento para tratamentos que exijam braquiterapia, e iodoterapia. Em relação à iodoterapia foi solicitado pelo Hospital Santa Rita de Cássia, em janeiro de 2015, a realização de procedimentos somente para seus próprios pacientes. Após aceitação desta solicitação, a gestão estadual está em processo identificação de serviço para realização de contrato para compra do referido procedimento.

## Radioterapia na Rede de Atenção as Pessoas com Doenças Crônicas- eixo dos cânceres

Com a necessidade de dimensionar o parque de aceleradores lineares necessários a rede de atenção, a SES-ES solicitou ao Ministério da Saúde um estudo da oferta versus necessidade na área de radioterapia. Assim sendo em nota informativa n.º 021/2015 . CGAPDC/DAET/SAS/MS de 06 de abril de 2015 o Ministério da Saúde identificou a necessidade de sete equipamentos de radioterapia no Espírito Santo (anexo1).

### ANEXO 1

#### Nota informativa n.º 021/2015 Ë CGAPDC/DAET/SAS/MS

Brasília, 06 de abril de 2015.

**ASS:** Análise situacional do estado do Espírito Santo acerca da Radioterapia.

De acordo com a Portaria SAS nº 140/2014, Capítulo IV . Parâmetros para o planejamento e avaliação de estabelecimentos de saúde habilitados como CACON e UNACON, parágrafo terceiro: *A produção de procedimentos esperada de cada estabelecimento de saúde habilitado como CACON ou UNACON, inclusive quando em complexo hospitalar, será calculada com base na população sob sua responsabilidade ou no número de casos novos de câncer/ano, de acordo com a proporcionalidade dos parâmetros de que trata o "caput" deste artigo, de acordo também com a sua modalidade de habilitação e considerando nos casos da produção em radioterapia, considerar-se-á a sua capacidade instalada - o número de equipamentos de radioterapia existentes no estabelecimento de saúde sendo o cálculo do número de procedimentos acima relacionados corresponde ao funcionamento de 1 equipamento de radioterapia externa de megavoltagem (unidade de cobalto ou acelerador linear).*

População estimada 2014 (estado): **3.885.049**

Nº de casos novos exceto pele não melanoma (estado): **7.690**

Atualmente, no estado do Espírito Santo existem dois hospitais habilitados para realizar procedimentos de radioterapia. Abaixo, seguem as produções dos serviços, referentes aos anos de 2010, 2011, 2012 e 2013.

Estabelecimento de Saúde	Nº equipamentos de radio	2010	2011	2012	2013	Tipo de Habilitação
Hospital Santa Rita de Cássia	3	131.535	128.799	130.537	<b>152.703</b>	Cacon
Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim	1	43.801	40.640	33.367	<b>46.306</b>	Unacon com Serviço de Radioterapia e de Hematologia

#### **Análise dos dados com base no número de casos novos de câncer, exceto pele não melanoma**

De acordo com a Estimativa 2014 . Incidência de Câncer no Brasil INCA, o estado do Espírito Santo apresenta 4.280 casos novos de câncer, exceto de pele não melanoma, para a população masculina e 3.410 casos novos de câncer, exceto de pele não melanoma, para a população feminina, totalizando 7.690 casos novos de câncer.

Para estimar a quantidade de equipamentos necessária no estado, considera-se que, de 900 casos novos de câncer, 60% necessitam de radioterapia (540 casos novos).

Com base nestes dados, estima-se que sejam necessários sete equipamentos de radioterapia no estado.

Atenciosamente,

**Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas  
CGAPDC/DAET/SAS/MS**

Ressalta-se assim a necessidade da construção da casamata para o funcionamento do acelerador linear no Hospital Evangélico de Vila Velho, já adquirido com recurso do tesouro estadual e a definição da gestão estadual em direcionar dois aceleradores lineares para os hospitais que fazem cobertura para as regiões norte e central.

## Aspectos relevantes na organização dos serviços

### I-Rede de Urgência e Emergência do SUS-ES

A rede estadual de urgência e emergência (RUE) do SUS-ES, composta por pronto atendimento, UPA, Porta de entrada hospitalar prioritária e SAMU, está sendo modelada por regiões de saúde com as devidas características.

Na região norte a oferta de serviços de urgência ocorre somente em quatro municípios (Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Ponto Belo e São Mateus) (tabela 23), sendo os demais municípios (Boa esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros e Vila Pavão) desprovidos de qualquer unidade assistencial. Não há oferta de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

**Tabela 23** É Cobertura dos municípios pelos serviços da rede de urgência e emergência na região norte.

Município	Pronto Atendimento	UPA	Porta de entrada hospitalar prioritária da RUE-ES	SAMU
Água Doce do Norte	1			
Barra de São Francisco			1	
Ponto Belo	1			
São Mateus			1	

FONTE: REDE ESTADUAL DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA- SES-ES

Dos 18 municípios da região central, somente sete tem algum serviço de urgência (Aracruz, Colatina, Linhares, Mantenópolis, São Gabriel da Palha, Sooretama e Vila Valério) Esta região de saúde é desprovida do SAMU (tabela 24).

**Tabela 24** É Cobertura dos municípios pelos serviços da rede de urgência e emergência na região central

<b>Município</b>	<b>Pronto Atendimento</b>	<b>UPA</b>	<b>Porta de entrada hospitalar prioritária da RUE-ES</b>	<b>SAMU</b>
Aracruz	1		1	
Colatina			1	
Linhares			1	
Mantenópolis	1			
Sooretama	1			
Vila Valério	1			

FONTE: REDE ESTADUAL DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA- SES-ES

Nove municípios da região metropolitana (Brejetuba, Cariacica, Domingos Martins, Guarapari, Ibatiba, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória) possuem algum serviço da RUE-ES (pronto atendimento, UPA e Porta de entrada hospitalar prioritária), sendo que todos possuem SAMU com exceção de Ibatiba. O SAMU tem uma boa cobertura nos demais municípios. Chama a atenção que os municípios de Conceição do Castelo, Itarana, Laranja da Terra e Santa Leopoldina não oferecem nenhum serviço da RUE (tabela 25).

**Tabela 25** É Cobertura dos municípios pelos serviços da rede de urgência e emergência na região metropolitana

<b>Município</b>	<b>Pronto Atendimento</b>	<b>UPA</b>	<b>Porta de entrada hospitalar prioritária da RUE-ES</b>	<b>SAMU</b>
Afonso Cláudio				X
Brejetuba	1			X
Cariacica	3			X
Conceição do Castelo				
Domingos Martins			1	X
Fundão				X
Guarapari		1		X
Ibatiba	1			
Itaguaçu				X
Itarana				
Laranja da Terra				
Marechal Floriano				X
Santa Leopoldina				
Santa Maria de Jetibá				X
Santa Teresa				X
Serra		2	1	X

Venda Nova do Imigrante				X
Viana	1			X
Vila Velha	2		2	X
Vitória	2		3	

FONTE: REDE ESTADUAL DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA- SES-ES

Na região sul também ocorre uma baixa cobertura da RUE, sendo que dos 26, somente oito municípios oferecem serviço de pronto atendimento e/ou UPÀ (Alegre, Anchieta, Guaçuí, Irupi, Piuma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul e Vargem Alta). Em relação à porta de entrada hospitalar prioritária da RUE-ES, quatro municípios oferecem esta modalidade de serviço (Cachoeiro do Itapemirim, Guaçuí, Itapemirim e São José do Calçado). O serviço de atendimento móvel de urgência é implantado somente em dois municípios (Anchieta e Piuma) Importante ressaltar que dezesseis municípios desta região de saúde não ofertam nenhum serviço da RUE-ES (tabela 26).

**Tabela 26** É Cobertura dos municípios pelos serviços da rede de urgência e emergência na região metropolitana

Município	Pronto Atendimento	UPA	Porta de entrada hospitalar prioritária da RUE-ES	SAMU
Alegre	1			
Anchieta	1			X
Cachoeiro de Itapemirim		1		
Guaçuí	1	1		
Irupi	1			
Itapemirim		1		
Piuma				X
Presidente Kennedy	1			
Rio Novo do Sul	1	1		
Vargem Alta	1			

FONTE: REDE ESTADUAL DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA- SES-ES

As portas de entrada hospitalares prioritárias devem ser qualificadas para atender ininterruptamente ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências na RUE-ES. O SUS-ES disponibiliza hospitais de forma regionalizada (tabela 27).

**Tabela 27** É Portas de Entrada hospitalares prioritárias da RUE-ES por região de saúde.

<b>REGIÃO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>HOSPITAL</b>
<b>NORTE</b>	B. S. FRANCISCO	HOSPITAL DRA RITA DE CÁSSIA
	SÃO MATEUS	HOSPITAL DR ROBERTO ARNIZAUT SILVARES
	ARACRUZ	FUNDAÇÃO HOSPITALAR MATERNIDADE SÃO CAMILO
<b>CENTRAL</b>	COLATINA	HOSPITAL E MATERNIDADE SÍLVIO AVIDOS
	LINHARES	HOSPITAL GERAL DE LINHARES
	S. G. DA PALHA	HOSPITAL DR FERNANDO SERRA
	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	HOSPITAL STA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACH. ITAPEMIRIM
<b>SUL</b>	GUAÇUÍ	HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GUAÇUÍ
	ITAPEMIRIM	HOSPITAL EVANGÉLICO DE ITAPEMIRIM
	S. J. DO CALÇADO	HOSPITAL SÃO JOSÉ DO CALÇADO
	DOMINGOS MARTINS	HOSPITAL E MATERNIDADE DR ARTHUR GERHARDT
	SERRA	HOSPITAL ESTADUAL DR JAYME DOS SANTOS NEVES
<b>METROPOLITANA</b>	VILA VELHA	HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA
		HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA
	VITÓRIA	HOSPITAL SÃO LUCAS
		HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

FONTE: SES-ES

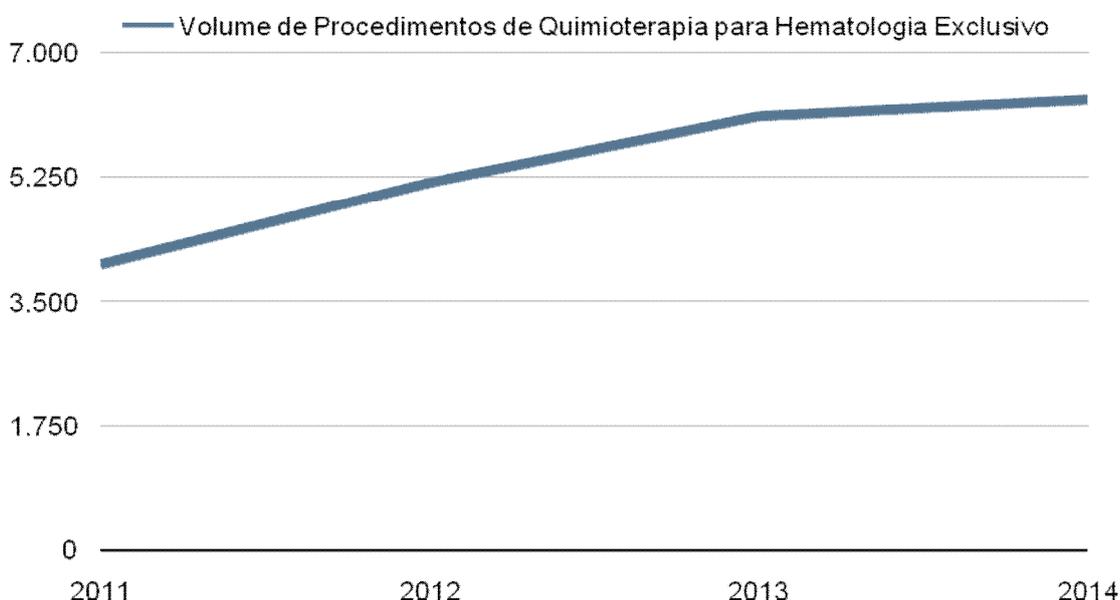
## II- Onco-hematologia no SUS-ES

A proposta da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo para implementação da rede de atenção às Pessoas com Doenças Crônicas- eixo dos cânceres é ofertar serviços de oncologia com hematologia, além do Hospital Infantil Estadual N. S. da Glória, em mais de um hospital para garantir de forma descentralizada o atendimento do paciente onco-hematológico. Os hospitais que atualmente tem este serviço ofertado são:

- Santa Rita de Cássia;
- Santa Casa de Misericórdia de Vitória;
- Evangélico de Vila Velha;
- Evangélico de Cachoeiro do Itapemirim;
- Universitário Dr. Cassiano Antonio de Moraes.

Em levantamento dos procedimentos hematológicos (Anexo 1) no período de 2011 a 2014, visualiza-se a oferta crescente quando somado todos os cinco serviços, sendo 4.031 em 2011, chegando a 6.344 em 2014 ( figura 5).

**Figura 5** É Procedimentos onco-hematológicos realizados por hospitais do SUS-ES no período de 2011 a 2014.



O hospital que mais realiza tais procedimentos em todos os anos é o hospital Evangélico de Cachoeiro do Itapemirim, seguido dos hospitais Santa Rita de Cássia, Evangélico de Vila Velha e HUCAM. Chama a atenção o potencial do hospital Evangélico de Vila Velha

que neste período saiu do zero no ano de 2011 para o quantitativo de realização de 1400 procedimentos onco-hematológicos em 2014 (tabela 28)

**Tabela 28** É Procedimentos onco . hematológicos realizados por hospitais do SUS-ES no período de 2011 a 2014.

Hospital	2011	2012	2013	2014	Total
Santa Rita de Cássia	1.012	1.362	1.323	1.562	5.259
Santa Casa de Vitória *	0	13	117	336	466
Evangélico de Vila Velha	0	488	1.350	1.400	3.238
Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim	1.443	1.660	1.910	1.901	6.914
HUCAM	1.576	1.653	1.406	1.145	5.780
Total	4.031	5.176	6.106	6.344	21.657

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

A intenção de manter pelo menos os cinco hospitais de alta complexidade em oncologia que mais produziram os procedimentos onco-hematológicos é justificada pelos seguintes motivos:

1. A necessidade de internações é aumentada devido à própria evolução da doença do paciente;
2. Tem que existir um bom suporte do banco de sangue;
3. O acompanhamento dos referidos pacientes é por longo tempo.

Logo em seguida, apresenta-se um levantamento dos procedimentos realizados pela Santa Casa de Misericórdia de Vitória, a fim de se justificar a permanência dos cinco hospitais como referência em hematologia.

## ANEXO 1

### Lista dos procedimentos da onco-hematologia

0304030015 QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA - 1ª LINHA.  
0304030023 QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA  
0304030031 QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 1ª LINHA  
0304030040 QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA.  
0304030058 QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 1ª LINHA.  
0304030066 QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 2ª LINHA.  
0304030074 QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA QUALQUER FASE - CONTROLE SANGÜINEO  
0304030082 QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA.  
0304030090 QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLASTICA - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE CRÔNICA  
0304030104 QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR POSITIVO-3ª LINHA  
0304030112 QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 1ª LINHA.  
0304030120 QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA  
0304030139 QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 3ª LINHA  
0304030147 QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA  
0304030155 QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO - MARCADOR POSITIVO - SEM FASE  
0304030163 QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE (1ª LINHA)  
0304030171 QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE - 2ª LINHA  
0304030180 QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 1ª LINHA.  
0304030198 QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 2ª LINHA.  
0304030201 QUIMIOTERAPIA DA TRICOLEUCEMIA - 2ª LINHA  
0304030210 QUIMIOTERAPIA DE TRICOLEUCEMIA - 1ª LINHA.  
0304030228 QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR POSITIVO - 2ª LINHA  
0304060011 QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 1ª LINHA  
0304060038 QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 2ª LINHA  
0304060046 QUIMIOTERAPIA DA DOENÇA DE HODGKIN - 3ª LINHA  
0304060070 QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA /LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 1ª LINH  
0304060089 QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 2ª LINHA  
0304060097 QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/ MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT 3ª LINHA  
0304060100 QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA AGUDA/MIELODISPLASIA/ LINFOMA LINFOBLÁSTICO/ LINFOMA DE BURKITT - 4ª LINHA  
0304060119 QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 2ª LINHA  
0304060127 QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN GRAU INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 3ª LINHA  
0304060135 QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRAU DE MALIGNIDADE INTERMEDIÁRIO OU ALTO - 1ª LINHA  
0304060224 QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B - 1ª LINHA

### Importante

Ressalta-se que o hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória informou em visita realizada pela equipe da Sesa que o quantitativo de procedimentos onco-hematológicos é significativamente superior ao dado apresentado ao Ministério da saúde, tendo em vista que muitas APACs não foram preenchidas e enviadas ao órgão competente. Assim sendo, segue abaixo o levantamento feito após visita em março de 2015 que corresponde aos procedimentos faturados no período de 01/01/2015 a 17/03/2015 (tabela 29)

Tabela 29 - Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

<b>Procedimentos onco hematológico faturados período de 01/01/15 a 17/03/2015 Santa Casa de Misericórdia de Vitória</b>				
Grupo: 03 - Procedimentos clínicos				
SubGrupo: 04 - Tratamento em oncologia				
<b>Código</b>	<b>Nome</b>	<b>Qtde.</b>	<b>R\$ Unit</b>	<b>R\$ Total</b>
0304030147	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE DE TRANSFORMAÇÃO -	15	17,00	255,00
0304030082	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR	11	85,00	935,00
0304030112	QUIMIOTERAPIA DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE CRÔNICA - MARCADOR	39	17,00	663,00
0304030201	QUIMIOTERAPIA DA TRICOLEUCEMIA - 2ª LINHA	12	2.250,00	27.000,00
0304030015	QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA RARA -1ª LINHA.	12	640,00	7.680,00
0304030031	QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 1ª LINHA	15	150,00	2.250,00
0304030040	QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 2ª LINHA.	5	1.800,00	9.000,00
0304030058	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA - 1ª LINHA.	15	407,50	6.112,50
0304030074	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA QUALQUER FASE - CONTROLE	6	80,75	484,50
0304030104	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA - MARCADOR	22	17,00	374,00
0304030163	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE (1ª	1	640,00	640,00
0304030171	QUIMIOTERAPIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN DE BAIXO GRAU DE MALIGNIDADE -	2	1.080,00	2.160,00
0304030180	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 1ª LINHA.	50	427,50	21.375,00
0304030198	QUIMIOTERAPIA DE NEOPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS - 2ª LINHA.	22	1.715,60	37.743,20
<b>TOTAL</b>		<b>227</b>		<b>116.672,20</b>

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS

Há um aumento na realização dos procedimentos onco-hematológicos no período de 2011 a 2014. Reforça-se esta tendência de crescimento com a projeção de realização de 1089 dos referidos procedimentos em 2015 (tabela 30).

**Tabela 30** É Procedimentos onco hematológico realizados - 2011 A 2015

<b>ANO</b>	<b>QTD</b>	<b>ACUMULADO</b>
------------	------------	------------------

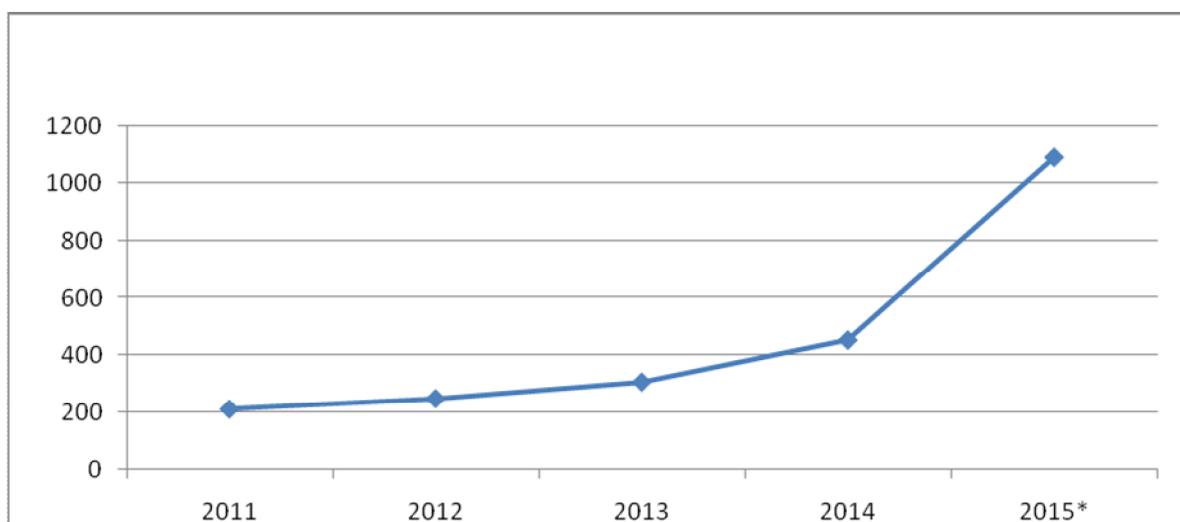
2011	213	1225
2012	250	
2013	308	
2014	454	
2015*	1089	1089

OBS: (\*) - Projeção sobre a quantidade faturada no período de 01/01/15 a 17/03/15 = 227

FONTE: SCMV

O crescimento vertiginoso ocorre quando a SCMV passa da realização 213 em 2011 para uma projeção de 1089 procedimentos onco-hematológicos em 2015 (figura 6).

**Figura 6** É Evolução no período de 2011 a 2015 da oferta e procedimentos onco . hematológicos realizados pela SCMV



FONTE: SCMV

### III - MAMÓGRAFOS

O Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM) foi instituído pela portaria 531/2012 e tem como principais objetivos cumprir a legislação sanitária vigente sobre radiodiagnóstico, estruturar uma rede de monitoramento do Programa de Garantia de Qualidade (PGQ) dos serviços de diagnóstico por imagem que realizam mamografia e habilitar centros de referência para o suporte técnico e aprimoramento do PGQ.

Em estudo nacional, utilizando dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em 2012, encontrou-se uma quantidade total de mamógrafos suficiente para o atendimento da população, levando em consideração a quantidade de equipamentos de

mamografia privados e públicos em uso, além dos mamógrafos disponíveis para o SUS em dezembro de 2012. Encontrou-se em uso no Brasil uma quantidade de mamógrafos suficiente para o atendimento total da população, considerando os parâmetros propostos para disponibilização destes equipamentos no âmbito do Projeto de Revisão dos Parâmetros de Programação das Ações de Atenção à Saúde. A quantidade de mamógrafos em uso em dezembro de 2012 era de 4.431 máquinas, sendo 1.926 disponíveis para o SUS, número mais do suficiente para atender à demanda estimada de 12,7 milhões de exames ao ano. O necessário seriam 1.874 mamógrafos para atender esta população. Há de se considerar que existem regiões no Brasil em que não equipamento disponível versus regiões com concentração na quantidade de equipamentos.

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo, o mais comum entre as mulheres e a maior causa de óbitos por câncer na população feminina.

No Brasil, as recomendações do Ministério da Saúde para detecção precoce e diagnóstico desse câncer são baseadas no Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama, que considera como principais estratégias de rastreamento a realização de um exame mamográfico, pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos, e o exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 a 49 anos.

As tabelas 31,32, 33 e 34 mostram a capacidade instalada em relação à oferta de mamógrafos no SUS e serviços não SUS no Espírito Santo.

- (1) Com estereotaxia
- (2) Comando simples
- (3) Computadorizado
- (4) Processadora exclusiva com filme para mamografia
- (5) Quantidade
- (6) SUS
- (7) Não SUS

**Tabela 31** É Mamógrafos cadastrados no CNES por região de saúde e município do estabelecimento, prestador e tipo de aparelho, SUS e não SUS no Espírito Santo, 2015

Região Norte

Município	Prestador	Com estereotaxia	Comando simples	Computadorizado	Processadora exclusiva com filme p/ mamografia	Quant	SUS	Não SUS
Barra de São Francisco	Densitom		1		1	1	x	
Boa Esperança	Centro Radiológico de Boa Esperança			1			x	
	Ass.Hosp. Rural de Boa Esperança	1			1	1	x	
Nova Venécia	CENTRO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM São Marcos	1	1	1	1	3	x	
	CLINICA SALLES	1	1	1	1	3		X
São Mateus	CDM Centro de diagnostico Médico		1	1		2	x	
	CEDIM		1			0	x	
	Clínica Radiológica Salles			1	1	1	x	X
Total da região	8	3	5	4	5	11	7	2

FONTE: CNES- MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Tabela 32** Ë Mamógrafos cadastrados no CNES por região de saúde e município do estabelecimento, prestador e tipo de aparelho , SUS e não SUS no Espírito Santo

Região Central

Município	Prestador	Com estereotaxia	Comando simples	Computadorizado	Processadora exclusiva com filme p/ mamografia	Quant	SUS	Não SUS
Aracruz	CDA Aracruz		1		1	1		x
Baixo Guandu	Unimagem Radiologia		1			1		x
	CDI Baixo Guandu			1		1		x
Colatina	Clinca de Imagem São Bernardo		1			1		x
	Clinica Radiologica Esplanada		1		1	1		x
	Centro de diagnostico por imagem			1		1	x	
	Radimagem Noroeste Capixaba		1		1	1	x	
João Neiva	Clinica Salles		1	1	1	1	x	
Linhares	Bio Scan		1		1	1	x	
	Clinica Maria Cristina Sartori		1			1		x
	Hospital Rio Doce		1		1	1	x	
	Multi Scan		1		1	1	x	
	Clinica Salles			1	1	1		x
	Hospital Geral de Linhares HGL			1	1	0	x	
S.G. Palha	CLIMED		1		1	1	x	
Sooretama	NAPS Idalecio Sossai		1		1	1	x	
Total da região	16		12	5	11	15	9	7

FONTE: CNES- MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Tabela 33** Ë Mamógrafos cadastrados no CNES por região de saúde e município do estabelecimento, prestador e tipo de aparelho, SUS e não SUS no Espírito Santo

Região metropolitana

Município	Prestador	Com estereotaxia	Comando simples	Computadorizado	Processado ra exclusiva com filme p/ mamografia	Quant	SUS	Não SUS
Afonso Cláudio	Cemac		1		1	1	x	
Cariacica	Unidade Radiológica Fernando Pacheco		1			1		x
Guarapari	Clínica Santa Elisa		1		2	1	x	
	Nova Imagem		1			1		x
	TOPMED		1			1		x
Ibatiba	clínica ultramed e mamografia Dr Plinio Zanello		1			1	x	
Laranja da Terra	US3 Mista		1		1	1	x	
Marechal Floriano	clínica de ultrassonografia e mamografia Dr Plinio Zanello		1			1		x
Santa Maria de Jetibá	SM Radiologia	1	1		1	2		x
Santa Teresa	Hospital Madre Regina Protzman		1	1	1	2	x	
	CDM diagnostico imagem			1		1		x
Serra	CLIGEM	1				1		x
	Centro Medico de Radio Diagnosticos		1			1		x
	Hospital Jayme Dos Santos Neves				3	0		
V. N.do Imigrante	Hospital Padre Maximo	1	1		1	2	x	
VILA VELHA	Bio Imagem Diagnostico	1				1		x
	Bio Scan Diagnostico por Imagem		1			1		x
	CDI		1			1		x
	Centro Medico Hospital Vila Velha		1			1		x
	Centro municipal de atenção secundaria mais saude		1		1	1	x	
	Clinica Radiológica Santana		1			1		x
	Hospital Vila Velha		1		1	1	x	
	HSM		1			1		x
	LPG		1		1	1		x
	Praia da Costa Diagnostico		1			1		x

	Hospital Evangélico		1			1		
Município	Prestador	Com estereotaxia	Comando simples	Computadorizado	Processadora exclusiva com filme p/ mamografia	Quant	SUS	Não SUS
Vitória	CDI Vitória	1	2			3		x
	Clinica Multiscam	1			1	1		x
	Clinica Radiológica Vitória	1				1		x
	Hospital das Clínicas	1			1	1	x	
	Hospital Santa Casa De Vitória	1			1	1	x	
	Hospital Santa Rita	1		1	1	1	x	
	Unimed Diagnostico	1	1			2		x
	Clinica De Ultrassonografia De Vitória		1			1		x
	Clinica Radiológica Amantino Soares		2		1	2	x	
	Clinica Radiológica Pasteur		1			1		x
	HAFPS		1			1		x
	Hospital HPM		1			0		x
	Medical Center		1		2	1		x
	Sta Ursula Diagnostico		1			1		x
	Mais Diagnostico SV				1	1		x
	Multimagem				1	1	x	
total da região		11	33	5	20	47	13	27

FONTE: CNES- MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Tabela 34** É Mamógrafos cadastrados no CNES por região de saúde e município do estabelecimento, prestador e tipo de aparelho, SUS e não SUS no Espírito Santo

Região Sul

Município	Prestador	Com estereotaxia	Comando simples	Computadorizado	Processadora exclusiva com filme p/ mamografia	Quant	SUS	Não SUS
Alegre	Clinica de Diagnostico por Imagem		1			1		x
Anchieta	Sonomed Imagem		1			1		x
Cachoeiro de Itapemirim	Clinica Radiologica Rage Miguel Ltda		1			1		x
	Clinica Rodrigues Centro de Diagnostico Especializado		1			1		x
	Hospital Evangelico Cachoeiro	1	1		2	1	x	
	IRSA Instituto Radiológico Santana		1			1		x
	Nova Imagem Clinica Rdiológica		1			1		x
	Hecimais	1			1	1	x	
	Clinica MED	1				1		x
Castelo	Med Imagem	2				2		x
Guaçu	Cedima		1			1		x
	Centro de especialidades Vovó Niquinha		1		1	1	x	
	Clinica São Miguel Arcanjo	1			1	1	x	
Itapemirim	Sta Casa de Guacui			1	1	1	x	
	Hospital Materno infantil Menino Jesus			1		1	x	
Iúna	RADSCSAN			1		1		x
	Sta Casa de Diagnosticos		1		1	1		x
Marataizes	GASTREN		1			1		x
	Ultraimagem		1			1		x
Total Da Região	19 prestadores	6	12	3	7	20	5	13

FONTE: CNES- MINISTÉRIO DA SAÚDE

#### IV- Qualicito

A Portaria GM/MS nº 3.388, de 30 dezembro de 2013, redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia (QualiCito), na prevenção do câncer do colo do útero no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

O qualicito defini padrões de qualidade e na avaliação da qualidade do exame citopatológico do colo do útero por meio do acompanhamento do desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS.

Segundo orientação do Ministério da Saúde, o qualicito tem como objetivos:

1. Promover a melhoria contínua da qualidade dos exames citopatológicos ofertados à população;
2. Promover a melhoria dos padrões de qualidade dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS que realizam o exame citopatológico;
3. Estabelecer critérios e parâmetros de qualidade para o contrato e o distrato de prestadores;
4. Promover a educação permanente dos profissionais de saúde; e
5. Monitorar, por meio do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) ou do sistema de informação vigente, os indicadores de qualidade dos exames citopatológicos.

A SES-ES identificou os prestadores existentes e apresentou a CIB a classificação dos laboratórios de citopatologia em tipo 1 e tipo 2 ( anexo 2)

## ANEXO 2



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB/SUS-ES

### **RESOLUÇÃO Nº 053/2014**

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993 em reunião, realizada no dia 25 de abril de 2014, às 14 horas, no auditório da Secretaria de Saúde, Enseada do Suá.

Considerando a Portaria nº 2.012/GM/MS, de 23 de agosto de 2011, que estabelece recursos para o fortalecimento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce dos cânceres do colo uterino e de mama;

Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 874/GM/MS, de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011 - 2022, em especial no seu eixo III, que se refere ao cuidado integral das DCNT e às ações de prevenção e qualificação do diagnóstico precoce e tratamento do câncer de colo de útero;

Considerando a Portaria GM/MS no 3.388, de 30 de dezembro de 2013, que redefiniu a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer de colo do útero e prevê a habilitação dos laboratórios de citopatologia em tipo I e tipo II.

#### **RESOLVE:**

Art. 1º - Apresentar a classificação dos laboratórios de citopatologia de colo uterino que prestam atendimento ao Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo, em laboratórios de tipo I e de tipo II, conforme quadro discriminatório.

§ 1º - Os laboratórios elegíveis conforme o Art. 1º deverão se adequar às normas da Portaria GM/MS no 3.388, de 30 de dezembro de 2013 e serão monitorados e avaliados pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SES/ES) ou pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), dentro de suas competências, no período de um ano.

**RESOLUÇÃO Nº 053/2014 - Continuação**

Estado do Espírito Santo - Secretaria de Saúde

Classificação dos laboratórios de citopatologia do colo do útero no Espírito Santo  
Procedimento 0203010019 (Produção ambulatorial)

Estabelecimento - CNES-ES	Município	Região de saúde	Gestão	Laboratório tipo I	Laboratório tipo II
Laboratório Central da Serra	Serra	Metropolitana	Estadual	X	
Lacen	Vitória	Metropolitana	Municipal		X
Laboratório Ferrari Ltda	São Roque do Canaã	Central	Municipal	X	
Laboratório Ferrari Ltda	Colatina	Central	Municipal	X	
Laboratório Ferrari Ltda	Santa Maria de Jetibá	Metropolitana	Municipal	X	
Laboratório Ferrari Ltda	Santa Leopoldina	Metropolitana	Estadual	X	
Laboratório Ferrari Ltda	Nova Venécia	Norte	Municipal	X	
Laboratório Ferrari Ltda	Águia Branca	Central	Municipal	X	
Laboratório Ferrari Ltda	Araucária	Central	Municipal	X	
Laboratório Ferrari Ltda	Pancas	Central	Municipal	X	
Lapaes - Laboratório de Patologia do ES	Nova Venécia	Norte	Municipal	X	
Lapaes - Laboratório de Patologia do ES	Guarapari	Metropolitana	Estadual	X	
Lapaes - Laboratório de Patologia do ES	Colatina	Central	Municipal	X	
Lapaes - Laboratório de Patologia do ES	Domingos Martins	Metropolitana	Municipal	X	
Lapaes - Laboratório de Patologia do ES	Afonso Claudio	Metropolitana	Municipal	X	
Lapaes - Laboratório de Patologia do ES	João Neiva	Central	Municipal	X	
Lapaes - Laboratório de Patologia do ES	Marilândia	Central	Municipal	X	
Lapaes - Laboratório de Patologia do ES	Anchieta	Sul	Municipal	X	
Lapaes - Laboratório de Patologia do ES	Vitória	Metropolitana	Municipal	X	
Lapaes - Laboratório de Patologia do ES	São Mateus	Norte	Estadual	X	
Lapaes - Laboratório de Patologia do ES	Funilão	Metropolitana	Municipal	X	
Lapaes - Laboratório de Patologia do ES	Conceição da Barra	Norte	Municipal		
Lapaes - Laboratório de Patologia do ES	Mantenópolis	Central	Municipal	X	
Lab. de Anatomia Patológica e Citologia Ltda	Vitória	Metropolitana	Municipal	X	
ORB Laboratório de Análises Clínicas Ltda	Vitória	Metropolitana	Municipal	X	
Laboratório Vitória de Análises	Vitória	Metropolitana	Municipal	X	
Laboratório Bioteste	Itaguai	Metropolitana	Municipal	X	
Laboratório Bioteste	Baixo Guandú	Central	Estadual	X	
Laboratório Bioteste	Jerônimo Montelero	Sul	Municipal	X	
Laboratório Bioteste	Estado		Estadual	X	
Certificab Prod. Laborat. e Sistemas Ltda	Vila Velha	Metropolitana	Estadual	X	
Laboratório Análises Clínicas Raasch e Raasch Ltda	Colatina	Central	Municipal	X	
Laboratório Análises Clínicas Raasch e Raasch Ltda	São Domingos do Norte	Central	Estadual	X	
Laboratório Análises Clínicas Raasch e Raasch Ltda	Sooretama	Central	Estadual	X	
Laboratório Análises Clínicas Raasch e Raasch Ltda	Vila Velho	Central	Estadual	X	
Laboratório Análises Clínicas Raasch e Raasch Ltda	Governador Lindenberg	Central	Estadual	X	
Aficc - Hospital Santa Rita de Cássia	Vitória	Metropolitana	Municipal	X	
Laboratório de Patologia do HECI	Cachoeiro de Itapemirim	Sul	Estadual	X	
Laboratório Santa Casa de Vitória	Vitória	Metropolitana	Municipal	X	
Serviço de Anatomia Patológica HUÇAM/UFES	Vitória	Metropolitana	Municipal	X	
Laboratório Pasteur	Linhares	Central	Municipal	X	
Laboratório Pasteur	Rio Bananal	Central	Municipal	X	
Laboratório Pasteur	Jaguare	Norte	Municipal	X	

Art. 2º - O Laboratório Central (LACEN), classificado como tipo II, em acordo com os parâmetros técnicos do monitoramento externo da qualidade da citologia de colo uterino (MEQ), fica responsável pela coordenação do MEQ do Espírito Santo.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória, 30 de abril de 2014.

**JOSÉ TADEU MARINO**  
Presidente da CIB/SUS-ES  
Secretário de Estado da Saúde

## V- Sistemas de Informações

### 1. SISCANWEB

Relatores: Albertina Salomão

Rocha e Willms Neves Pereira

Desde junho de 2013 em parceria com o Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer a SES-ES iniciou o processo de treinamento do SISCANWEB, associando o SISCOLO, SISMAMA e SIA. Fez-se um laboratório com a capital, as quatro regionais e dois prestadores para melhor conhecimento da plataforma. No período de setembro a outubro de 2013 foram treinados, em parceria com as regionais, os 78 municípios (referências técnicas da saúde da mulher, atenção primária e regulação), serviços de mamografia, laboratórios de cito e histopatológico e hospitais que realizam atendimento a pacientes com câncer no SUS.

Os profissionais capacitados por prestadores foram:

AFECC( HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA)

Roberta P. Oliveira email: [robertaoliveira@santarita.org.br](mailto:robertaoliveira@santarita.org.br)

Darlene D. O. Tolentino email: [darlenedelunardo@hotmail.com](mailto:darlenedelunardo@hotmail.com)

Ana Elizabeth Ewald Costa email : [anaelizabeth@santarita.org.br](mailto:anaelizabeth@santarita.org.br) ( LABORATÓRIO)

HOSPITAL EVANGÉLICO DE VILA VELHA

Marirley da S. Barbosa email: [marirley@evangelicovv.com.br](mailto:marirley@evangelicovv.com.br) ( faturamento)

Wellington Monteiro Pereira email: [Wellington.88p@gmail.com](mailto:Wellington.88p@gmail.com) ( setor de imagem)

Laila Ferreira Rodrigues Cardoso (ambulatório)

Gigléia Pereira Cardoso (ambulatório) tel : 21213725

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

João Roberto Lima email: [siscomama@hotmail.com](mailto:siscomama@hotmail.com) ( laboratório)

Jane Luíza Vieira Locatelli email: [jluzalocatelli@hotmail.com](mailto:jluzalocatelli@hotmail.com) ( radiologia)

Juliana Silva email: [juli\\_jujuzinha@hotmail.com](mailto:juli_jujuzinha@hotmail.com) ( radiologia)

Cleverson G. Carmo Jr email: [cleverson.jr@oi.com.br](mailto:cleverson.jr@oi.com.br) ( ambulatório)

Grazielli Santana Martins email: [graziellisantana\\_n@hotmail.com](mailto:graziellisantana_n@hotmail.com) (ambulatório)

Erika Muritiba Bermudes email: [erikam.bermudes@hotmail.com](mailto:erikam.bermudes@hotmail.com) ( ambulatório)

## SANTA CASA DE VITÓRIA

Chaiene Pereira Leal Souza email: [chayene.leal@santacasavitoria.org](mailto:chayene.leal@santacasavitoria.org) (ambulatório)

Andressa S. Negrini email: [andressa.negrini@santacasavitoria.org](mailto:andressa.negrini@santacasavitoria.org) (ambulatório)

Meriely Dias de Souza: [meriely.dias@santacasavitoria.org](mailto:meriely.dias@santacasavitoria.org) ( radiologia)

Hedy Aline C. Carvalho: [hedy.aline@santacasavitoria.org](mailto:hedy.aline@santacasavitoria.org)

Tels:32127244; 32127272

## HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM

Natali Barbosa Caralo email: [natalibcaralo@gmail.com](mailto:natalibcaralo@gmail.com) ou [Natali.caralo@heci.com.br](mailto:Natali.caralo@heci.com.br)

Angela Cazote Pires email : [angelacazotepires@gmail.com](mailto:angelacazotepires@gmail.com)

John de Araújo Lima email: [john.lima@heci.com.br](mailto:john.lima@heci.com.br)

Denise da Silva Marinato email: [denisemarinato@hotmail.com](mailto:denisemarinato@hotmail.com)

## Dificuldades encontradas durante o processo de operacionalização do SISCANWEB

- Profissionais e usuários com problemas no cartão SUS;
- Profissional não cadastrado no estabelecimento (CNES);
- Estabelecimento com cadastro incompleto ou errado no CNES;
- Demora na atualização de cadastro no CNES;
- Ausência de informação no SIA dos procedimentos relacionados ao câncer do colo do útero e de mama;
- Os prestadores (MAMOGRAFIA) relataram que a marcação de exames é prejudicado devido: a distância do município ao prestador, transporte indisponível, pacientes com o mesmo exame marcado para mais de um serviço;
- Serviços contratados pelo município (consórcio) que não utilizam os sistemas de informação do SUS para cobrança do procedimento e informação;
- Inconsistência dos sistemas que fazem interface com o SISCANWEB (CADSUS, CNES);

Realizadas assessoria, supervisão e monitoramento continuamente aos municípios, regionais e prestadores desde a implantação do SISCOLO E SISMAMA, na fase de transição para o sistema SISCANWEB e na sua efetivação considerando que o mesmo é uma ferramenta para gerenciamento e planejamento das ações de controle do câncer do colo do útero e de mama.

A SES-ES realizou oficinas regionais ano de 2014 e com os municípios e regionais com na identificação dos problemas:

1. - organização da identificação das mulheres que precisam fazer exames;
2. - não valorização do profissional no preenchimento das informações;
3. - profissionais não cadastrados nas unidades de saúde e nos prestadores;
4. - cartão SUS dos profissionais e usuários não atualizados;
5. - contratos de prestadores sem estarem vinculados de forma adequada para a cobrança do procedimento
6. - transição do sistema com recusa dos prestadores para lançar a produção no novo sistema;
7. - saída do profissional sem repassar as informações para que foi contratado pelo município ( encerramento de contrato desde das referencia treinados para serem multiplicadores até os das unidades de saúde );
8. - trocas de gestores em curto espaço de tempo;
9. - dificuldade dos profissionais dos municípios no conhecimento pleno da regulação, PPI
- 10.- problemas de acesso computadores, internet, prejudicando o acompanhamento do SISCAN uma vez que o sistema é online e descentralizado;

Tanto para os municípios tanto quanto para as regionais de saúde é disponibilizado senha de acesso para digitação e monitoramento das informações. Os relatórios municipais e regionais são mais detalhados o que vem auxiliar os municípios no monitoramento de suas unidades. Os relatórios estaduais são limitados.

Informações importantes:

- O relatório de qualidade da coleta e seguimento ainda não está disponível nos relatórios do SISCANWEB;
- As informações não estão sendo mais inseridas no sistema SISCOLO.
- Quanto aos indicadores do COAP, tanto os municípios como as regionais e as CIRs receberam orientações de como calcular os indicadores e também como acessar as informações para monitoramento das ações.
- Quanto ao quantitativo de exames por município é definido pela PPI.
- Quanto à quantidade de exames por laboratório é definido de acordo com sua capacidade instalada, firmada pelo setor de contratos do estado ou município.

## 2- RELATÓRIO REGISTRO DE CÂNCER . 2015

Relatores: Cássio Monteiro de Castro/Jeane

Soares Aguiar

A partir da década de 1930, a vigilância epidemiológica foi se ampliando, acompanhando as mudanças do objeto da epidemiologia, e as concepções sobre saúde e bem estar. Hoje, o interesse da vigilância epidemiológica incorpora também as doenças e agravos de caráter crônico e relacionado ao estilo de vida e a exposição a riscos.

A Portaria Ministerial nº 874 de 16 de maio de 2013, institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e segundo Art 10, constitui-se princípio da vigilância, do monitoramento e da avaliação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, a organização da vigilância do câncer por meio da informação, identificação, monitoramento e avaliação das ações de controle do câncer e de seus fatores de risco e proteção e Art 11, define as diretrizes relacionadas à vigilância, ao monitoramento e à avaliação no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

Entretanto no Brasil, o câncer não foi incorporado como doença de notificação compulsória, o que impede que muitos dos novos casos de câncer sejam registrados nos sistemas de informação local existentes. Junto a essa dificuldade, o processo de padronização de critérios entre os vários registros de câncer (públicos, privados) encontra-se em estágio de amadurecimento e disseminação das informações.

Será necessário estruturar o sistema de informação de registro nas instituições de atendimento em oncologia, conveniadas ou não ao SUS, para o levantamento do perfil de morbimortalidade por câncer do Estado do Espírito Santo através dos registros de câncer, fortalecer as parcerias intergovernamentais e não governamentais, nas ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, com o objetivo de conhecer a magnitude do câncer no Estado do Espírito Santo, mediante estudos populacionais para conhecimento da prevalência e comportamentos de risco.

## Situação atual dos Registros de Câncer do Estado do Espírito Santos

### 1 - Registro de câncer de Base Populacional - RCBP

O Registro de Câncer de Base Populacional do Espírito Santo foi constituído pela Portaria nº 062 de outubro de 1998, junto à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo e instalado sob a orientação do Ministério de Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Esta localizado na Gerencia Estratégica de Vigilância em Saúde (GEVS), Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica (NEVE), Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT's), Vigilância do Câncer.

A equipe é composta por três técnicos: 01 coordenador (Equipe: Cássio Monteiro de Castro - médico), 01 apoio técnico (Jeane Soares de Aguiar . enfermeira) e 01 estagiária (Jéssika da Rocha Santos - Acadêmica de Enfermagem).

Inicialmente a área de Cobertura correspondia somente 06 municípios da região metropolitana (Vitória, Cariacica, Serra, Vila Velha, Viana e Guarapari). Em 2013, a área de cobertura foi ampliada, com inclusão de todos os municípios das Regiões Metropolitana (20 municípios) e Sul (26 municípios). Para essa área serão incluídos no sistema, os dados incidentes de câncer, a partir do ano 2009.

A coleta de dados é ativa e os critérios de controle de qualidade são traduzidos pela consistência das informações quanto à idade, sexo, topografia e histologia. A duplicidade de casos é verificada individualmente. Os dados básicos registrados sobre o paciente incluem nome, sexo data de nascimento e endereço. No que diz respeito ao câncer, são registradas informações sobre a data de diagnóstico, a topografia, a morfologia e o estadiamento do tumor.

Para coleta dos dados, contamos com 19 fontes de informações onde são feitas as notificações pela equipe do RCBP, através de busca ativa e importação dos bancos de dados. São elas: AFECC, HUCAM, HINSG, HECI, HEVV, HSCMV, CECOM, ONCLINICA, ONCOLOGISTAS ASSOCIADOS, MEDQUIMIO, MEDIQUIMIO FILIAL, CINTRA REZENDE, LAPACI, LAPAE, SVO, SIM, SISCOLO E SISMAMA

Com relação ao banco de dados, atualmente estamos com 12 anos consolidados (1997 a 2008), 15 anos coletados (1998 a 2012) e somente 01 ano publicado (1997).

A codificação da topografia e histologia dos casos de tumores malignos é feita utilizando a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O) terceira versão e CID-10.

Visando assegurar a confiabilidade das informações cadastradas, o controle de qualidade é feito durante a digitação e importação, quando se verifica a validade dos campos digitados de acordo com valores e críticas preestabelecidas. Existe uma tabela de crítica no sistema, que detecta a incompatibilidade entre morfologia / topografia, morfologia / idade e topografia / sexo, etc.

Vários parâmetros são utilizados no sentido de avaliar a qualidade das informações coletadas e processadas pelos registradores de câncer. O RCBP do Espírito Santo, busca respeitar a recomendação internacional do percentual de câncer, que recomenda 60 a 70% de todos os casos de câncer considerados pelo registro devem ser verificados microscopicamente, como também os que foram diagnosticados através da DO (Declaração de Óbito), coletadas através do SIM/SESA.

A razão mortalidade/incidência, traduzida pelo número de óbitos registrados no ano e o número de casos incidentes registrados no mesmo ano, representa também um importante parâmetro da qualidade do trabalho do registro.

O RCBP do Estado do Espírito Santo coletou no período de 1998 a 2008, 26.748 casos de tumor maligno, em 12 fontes de pesquisa, destes 26.451 foram identificados e classificados como casos definitivos. Nesse período foram incluídos somente os casos de pacientes moradores na região da Grande Vitória. Para os dados a partir de 2009 serão incluídos dados de todos os municípios das regiões metropolitanas e sul do Estado.

Atualmente o sistema utilizado para alimentar o banco de dados é o SisbasePopWeb, online, disponibilizado pelo INCA, onde são feitas as análises finais. Esse sistema permite a emissão de relatórios que medem: o índice de qualidade dos dados informa a idade mediana do diagnóstico de câncer, incidência, segundo localização do câncer primário por faixa etária, taxa de incidência segundo localização do câncer primário, mortalidade, segundo localização do câncer primário por faixa etária, taxa de mortalidade, segundo

localização do câncer primário, distribuição de doenças linfoproliferativas (linfomas e leucemias), localização do câncer primário, segundo tipo histológico, localização de câncer primário, segundo tipo histológico, as 10 principais localizações do câncer primário, bases diagnósticas, segundo a localização do câncer primário, incidência de casos de câncer de 0 a 18 anos, taxa de incidência de câncer de 0 a 18 anos.

Com relação ao repasse financeiro, o RCBP da Grande Vitória, foi contemplado, através da Portaria Ministerial Nº 2.607/GM de 28 de dezembro de 2005. Esta Institui com recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde incentivo financeiro para custeio das Atividades desenvolvidas pelo Registro de Câncer de Base Populacional - RCBP. Considerando as suas atribuições, e a importância epidemiológica do câncer no Brasil; a progressiva implementação das ações de vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis - DANT, sendo o câncer uma das principais; a necessidade do aprimoramento e continuidade das atividades de coleta de informações, realizadas pelo Registro de Câncer de Base Populacional - RCBP, sobre a ocorrência do câncer nas populações; a importância do RCBP como principal sistema provedor de informações para estabelecimento das estimativas de incidência do câncer para o País; a reconhecida validade da estratégia de monitoramento de eventos de saúde em áreas sentinela; e a necessidade da integração do RCBP ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Considerando a área de abrangência do RCBP e sua população (do ano 2005), para o Estado foi repassado mensalmente o valor de 3.000,00 mensal (valor total anual de 36.000,00). Os recursos foram passados para o Fundo Estadual de Saúde no período de janeiro/2006 a junho/2009 (um valor total de: 126.000,00). A partir de julho/2009, os envios dos recursos deixaram de ser repassados, considerando a não utilização deste, especificamente para o RCBP.

As ações como curso de capacitação de registradores de câncer (total de cursos: 04), encontros nacionais das referências técnicas dos RCBP e RHC, organização do espaço físico, contratação de pessoal incluindo estagiários, aquisição de equipamentos, material de consumo, foram adquiridos com recursos do Teto financeiro de vigilância em saúde, não recurso específico do RCBP.

## 2. Registro Hospitalar de Câncer - RHC

O RHC constitui uma ferramenta importante para o planejamento das ações e de prevenção e controle do câncer. Serve como base de informações para pesquisa clínico-epidemiológico em relação à assistência prestada aos pacientes, através da avaliação dos resultados de protocolos terapêuticos e análise de sobrevivência dos pacientes.

A coordenação estadual e programa de avaliação e vigilância do câncer têm buscado estruturar esse sistema, com ênfase na organização e funcionamento dos setores que coletam dados sobre a incidência dessa doença.

Nosso principal objetivo é implantar um sistema de vigilância eficaz, com informações consistentes e de qualidade, para melhor avaliação e análises dos dados. Servindo, portanto como fonte de informações a respeito do diagnóstico, tratamento e da evolução dos pacientes atendidos, aferição da qualidade e desempenho médico-hospitalar, bem como para publicações epidemiológicas.

A portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, redefine os critérios e parâmetros pra organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS. No art. 8º, § 8º informa que é de responsabilidade do estabelecimento de saúde habilitado como CACON ou UNACON ser a referência técnica do Complexo Hospitalar e parágrafo III, fornecer estratégias para garantir o registro e a manutenção da base de dados de todos os usuários atendidos em cada estabelecimento de saúde, especialmente o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), referentes ao tratamento oncológico, ou seja, determina que os CACON e UNACON, devem dispor e manter em funcionamento o Registro Hospitalar de Câncer, conforme as normas técnico-operacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde.

A Coordenação Estadual realiza com freqüência, supervisão nas instituições onde existem atendimentos em oncologia, para verificar a situação desses em relação ao RHC.

- Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC-AFECC) - instituição filantrópica conveniada ao SUS, classificada como CACON, com sistema de registro de câncer em funcionamento. Possui o RHC implantado e em funcionamento, com área física e equipamentos adequados. Técnicos capacitados para trabalhar em RHC. Enviou

para o sistema integrador (irhcIntegrador) a base de dados do período de 2000 a 2011.

- Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HIENSG) . instituição pública estadual, vinculada a instituição de ensino, classificada como UNACON, possui um serviço de quimioterapia isolado, com sistema de registro de câncer em funcionamento. Possui o RHC implantado e em funcionamento, com área física e equipamentos adequados. Possui técnicos capacitados para trabalhar em RHC. Enviou para o sistema integrador (IntegradorRHC), a base de dados do período de 2007 a 2012.
- Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI) . instituição filantrópica, conveniada ao SUS, classificada como UNACON, com sistema de registro de câncer em funcionamento. Possui o RHC implantado e em funcionamento, com área física e equipamentos adequados. Possui técnicos capacitados para trabalhar em RHC. Enviou para o sistema integrador (IntegradorRHC), a base de dados do período de 2006 a 2012.
- Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) . instituição pública federal, vinculada a instituição de ensino superior (UFES), classificada como UNACON, com sistema de registro de câncer em funcionamento. Possui o RHC implantado e em funcionamento, com área física e equipamentos adequados. Enviou para o sistema integrador (IntegradorRHC), a base de dados do período de 2005 a 2011.
- Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) . instituição filantrópica, conveniada ao SUS, classificada como UNACON, vinculada a instituição de ensino (EMESCAN), com sistema de registro de câncer em funcionamento. Possui o RHC implantado e em funcionamento, com área física, porém com dificuldades de estruturação referente à aquisição de equipamento e recursos humanos. Possui técnicos capacitados para trabalhar em RHC Enviou para o sistema integrador (IntegradorRHC), a base de dados do período de 2010 a 2011.
- Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV) . instituição filantrópica, conveniada ao SUS, classificada como UNACON, vinculada a instituição de ensino (UNIVIX), com sistema de registro de câncer implantado. Possui o RHC implantado, porém com dificuldades de estruturação de referente ao espaço físico, equipamento e recursos humanos. Possui técnicos capacitados para trabalhar em RHC Enviou para o sistema integrador (IntegradorRHC), somente a base de dados do período de 2010.

- Hospital Maternidade São José (HMSJ) . instituição filantrópica, vinculada ao SUS, classificada como UNACON, em fase de implantação do sistema de registro de Câncer. Possui técnicos capacitados para trabalhar em RHC
- Hospital Rio Doce . instituição filantrópica, vinculada ao SUS, em fase de credenciamento ao SUS, classificação como UNCON e implantação do sistema de registro de câncer. Possui técnicos capacitados para trabalhar em RHC.

## Problemas

No Estado, a equipe técnica do Registro de câncer, tem buscado a estruturação desse sistema, com ênfase na organização e funcionamento dos setores de coleta coletam dados sobre a incidência do câncer. Os problemas existentes hoje nos RHC e RCBP do ES são:

- Dificuldade no acesso à rede conveniada ao SUS e privada, para a coleta de dados.
- Falta de recursos humanos e materiais necessários para desenvolvimento das ações da vigilância do câncer,
- Abrangência na coleta e na definição de casos na população de referência,
- Desorganização nos sistemas de arquivo da rede hospitalar e laboratorial (organização de arquivo, prontuários incompletos, um paciente com vários prontuários de uma mesma unidade),
- Incompatibilidade entre os sistemas das fontes coletadas com o BasePopWeb,
- Ausência de padronização nos sistemas de arquivo da rede hospitalar e laboratorial.
- Dificuldade para a contratação de pessoal,
- Espaço físico inadequado,
- Equipe assessora inoperante, para auxiliar na validação, consolidação e análise dos dados.
- Ausência do profissional coletador para busca ativa nas fontes onde não há o RHC implantado.
- Dificuldade de implantação e implementação de RHC em algumas unidades hospitalares que fazem atendimento em oncologia.

## Plano de ação - Metas para 2015 a 2020

- Aprimorar a vigilância do Câncer integrado a Vigilância das DANT's,
- Promover a integração da vigilância do câncer com as demais áreas afins da SESA (Vigilância das DANT's, alta complexidade, controle e avaliação, entre outras) e inclusão de atividades correlacionadas ao registros de câncer no planejamento institucional,
- Analisar epidemiologicamente as informações obtidas, considerando a base nacional de informações em saúde,
- Manter a vigilância dos comportamentos de risco, mediante estudos populacionais para conhecimento da prevalência,
- Ampliar a divulgação das informações dos registros de câncer, nos sites e links da saúde, para reforçar a importância e o potencial de suas informações na vigilância do câncer
- Elaborar e divulgar o Informe Epidemiológico do Sistema de Informação de Câncer.
- Promover discussão sobre o tema registros de câncer e sua atuação nos locais onde estão implantados, as experiências bem sucedidas e as dificuldades que precisam ser superadas com gestores.
- Incorporar novos indicadores de saúde para acompanhar a atuação da vigilância de câncer por meio dos registros de câncer, para avaliar o cumprimento das normas estabelecidas para Registros de Câncer.
- Elaborar uma carta aos gestores tendo como itens: uso e divulgação das informações, ausência de comissão assessora para apoio aos registros e selo de qualidade.
- Apoiar e participar atividades de monitoramento e avaliação das ações da rede de atendimento em oncologia.
- Possibilitar e apoiar a participação de profissionais de registros de Câncer em encontros técnico-gerenciais e registros de câncer.
- Videoconferências entre os técnicos do INCA e da SESA, para orientações de validação do banco de dados do RCBP e RHC.
- Assessoria direta e visita dos técnicos do INCA, para validação do banco de dados do RCBP.
- Visitas de supervisão as unidade com RHC implantado e fontes notificadoras.

- Propiciar o acesso à base nacional do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) identificada para captação de casos que foram a óbito por câncer e para seguimento daqueles cadastrados nos registros.
- Incentivar melhoria da qualidade das informações dos documentos médicos, com ênfase para o bom preenchimento dos prontuários dos pacientes.
- Elaborar proposta de apoio financeiro ao RCBP e RHC.

Para os RHC:

- Implantar e implementar os Registro de Câncer nos CACON e outras instituições interessadas.
- Capacitar técnicos para garantir o funcionamento regular, contínuo e sistemático dos RHC.
- Assessorar tecnicamente os profissionais responsáveis pela implementação das ações nos RHC.
- Supervisionar o funcionamento contínuo e sistemático dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC).
- Apoio da GERA e GEVS, para organização dos Registros Hospitalares nos hospitais conveniados ou não ao SUS (supervisão, auditoria).
- Cumprimento da portaria Ministerial.
- Monitorar o envio do banco dos RHC, para o sistema integrador.
- Analisar os bancos enviados, definir os casos analíticos e não analíticos, para validação dos técnicos do INCA e disponibilizar as informações para o sistema nacional (DATASUS).
- Analisar epidemiologicamente as informações obtidas, considerando a base nacional de informações em saúde.
- Estimular a atualidade das bases de dados dos RHC enviadas ao integrador RHC de pelo menos dois anos em relação ao ano calendário.

Para o RCBP:

- Adequar o espaço físico, equipamentos e recursos humanos para desenvolvimento das atividades do RCBP.
- Reativar a equipe assessora, para ajudar a validação, consolidação e análise dos dados

- Aumentar a área de cobertura do RCBP. Inicialmente incluir os municípios da região Metropolitana e Sul do Estado.
- Apoio da GERA e GEVS, para facilitar o acesso da equipe estadual e liberação das informações tanto na busca ativa, quanto no serviço on-line à rede conveniada ao SUS, e outras instituições que fazem diagnósticos e tratamento oncológico.
- Participar e apoiar a participação de profissionais de registros de Câncer em encontros técnicos sobre registros de câncer.
- 04 anos coletados (2009 a 2014)
- Consolidar o banco de dados de até 2 anos antes do ano calendário: 2009 a 2010 até final de 2012
- Elaborar e divulgar o Informe Epidemiológico do Sistema de Informação de Câncer.
- Garantir a atualidade das bases do RCBP de pelo menos 2 anos em relação ao ano calendário.
- Avaliar a situação do RCBP que referem problemas relacionados ao uso do recurso.

#### Indicadores de acompanhamento

- % de completude de variável por base/ano (estadiamento, ocupação, grau de instrução, razão para não tratar) estado da doença ao final do 1º tratamento.
- % de RHC com base enviada para o IntegradorRHC, atualizada em pelo menos 2 anos.
- % de questionários do RHC atualizado por RHC
- % visitas técnicas da coordenação estadual aos RHC
- % coordenações estaduais que publicaram 01 ou mais boletins informativos
- % de RHC em unidade hospitalar habilitada com informações no IntegradorRHC.
- % de fontes do CNES incluídas como fonte notificadoras no RCBP
- Índice de qualidade das informações do RCBP indicadores referentes ao RCBP (SDO, VH, C80, outros, total)
- % de RCBP que publicaram 01 ou mais boletins informativos
- % de RCBP que realizaram 02 ou mais apresentações científicas.
- Atualidades das informações do RCBP (em anos).

### 3. E-SUS

Relatora Sandra Smidht

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Segundo o Ministério da Saúde esta reestruturação do sistema de informações de saúde qualifica a gestão da informação, o que é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

Cerca de 30% dos municípios brasileiros ainda não havia iniciado a implantação do e-SUS AB conforme competência de dezembro de 2014 seja através de um dos sistemas disponíveis . CDS ou PEC . , seja através da transmissão dos dados a partir do sistema próprio já existente.

No Brasil analisando a implantação do e-SUS destaca-se que parte dos municípios não usa o sistema na sua totalidade, alguns não têm todas as UBS utilizando o sistema, e outros não enviam toda a produção da equipe por meio do preenchimento das fichas.

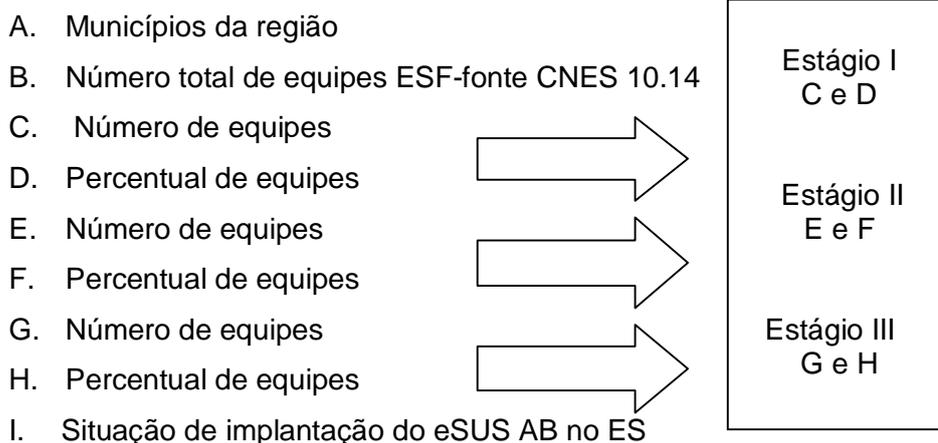
No Espírito Santo houve a criação de um grupo de trabalho (GT e -SUS) com a finalidade de apoiar o processo de implantação deste novo sistema. Foram realizadas oficinas de capacitação e atualização dos versionamento do eSUS, em parceria com DATASUS regional, a SES-ES e DAB, mas ainda não conseguimos atingir um percentual de municípios com eSUS efetivamente implantado .

Dos problemas indicados que dificultam o processo de implantação, os municípios citam:

- ✓ carência de recursos humanos para digitação das informações;
- ✓ inexistência ou fragilidade de infraestrutura tecnológica;
- ✓ alta rotatividade de profissionais.

Breve análise é apresentada a seguir, utilizando a seguinte legenda para as quatro tabelas (35; 36; 37; 38)

## Legenda



Dos 18 municípios da região central, 7 não iniciaram o processo de implantação do e-SUS, 6 implantaram, 4 estão incipientes e um município está na fase intermediária (tabela 35).

**Tabela 35** É Situação da implantação do e- SUS AB no Espírito Santo na Região Central.

Águia Branca	3	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Alto Rio Novo	3	3	100	0	0	0	0	INCIPIENTE
Aracruz	25	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Baixo Guandu	11	0	0	9	81,8	2	18,2	IMPLANTADO
Colatina	35	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Governador Lindenberg	4	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Ibiraçu	3	0	0	2	66,7	1	33,3	IMPLANTADO
João Neiva	5	2	40	3	60	0	0	IMPLANTADO
Linhares	27	0	0	9	33,3	6	22,2	INTERMEDIÁRIO
Mantenópolis	5	0	0	1	20	0	0	INCIPIENTE
Marilândia	5	1	20	0	0	0	0	INCIPIENTE
Pancas	8	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Rio Bananal	6	0	0	6	100	0	0	IMPLANTADO
São Domingos do Norte	3	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
São Gabriel da Palha	4	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
São Roque do Canaã	4	0	0	4	100	0	0	IMPLANTADO
Sooretama	6	0	0	0	0	6	100	IMPLANTADO
Vila Valério	4	1	25	1	25	0	0	INCIPIENTE

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

Na região metropolitana tem-se 11 municípios com a implantação do e-SUS não iniciada; 5 municípios com e-SUS implantado e 4 municípios em forma incipiente (tabela 36).

**Tabela 36** É Situação da implantação do e- SUS AB no Espírito Santo na região metropolitana.

Afonso Cláudio	10	1	10	0	0	0	0	INCIPIENTE
Brejetuba	6	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Cariacica	7	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Conceição do Castelo	3	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Domingos Martins	6	0	0	3	50	3	50	IMPLANTADO
Fundão	6	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Guarapari	18	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Ibatiba	5	0	0	1	20	0	0	INCIPIENTE
Itaguaçu	5	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Itarana	4	0	0	1	25	0	0	INCIPIENTE
Laranja da Terra	4	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Marechal Floriano	5	0	0	0	0	5	100	IMPLANTADO
Santa Leopoldina	5	0	0	3	60	2	40	IMPLANTADO
Santa Maria de Jetibá	10	0	0	3	30	7	70	IMPLANTADO
Santa Teresa	8	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Serra	38	0	0	6	15,8	30	78,9	IMPLANTADO
Venda Nova do Imigrante	6	0	0	1	16,7	0	0	INCIPIENTE
Viana	14	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Vila Velha	27	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Vitória	76	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

A região sul é composta por 23 municípios que estão na seguinte situação de implantação do e-SUS: não iniciada- 9 municípios; implantado- 10 municípios; incipiente-3 municípios e intermediária- 1 município (tabela 37).

**Tabela 37** É Situação da implantação do e- SUS AB no Espírito Santo na Região Sul.

Alegre	10	0	0	0	0	10	100	IMPLANTADO
Alfredo Chaves	4	0	0	4	100	0	0	IMPLANTADO
Anchieta	10	0	0	10	100	0	0	IMPLANTADO
Apiacá	3	0	0	2	66,7	0	0	IMPLANTADO
Atilio Vivacqua	4	0	0	1	25	0	0	INCIPIENTE
Bom Jesus do Norte	4	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Cachoeiro de Itapemirim	45	0	0	1	2,2	1	2,2	INCIPIENTE
Castelo	4	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Divino de São Lourenço	2	0	0	1	50	1	50	IMPLANTADO
Dores do Rio Preto	3	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Guaçuí	10	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Ibitirama	4	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Iconha	5	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Irupi	4	0	0	4	100	0	0	IMPLANTADO
Itapemirim	7	0	0	1	14,3	0	0	INCIPIENTE
Lúna	6	0	0	0	0	2	33,3	INTERMEDIÁRIO
Jerônimo Monteiro	4	0	0	4	100	0	0	IMPLANTADO
Marataízes	7	0	0	3	42,9	4	57,1	IMPLANTADO
Mimoso do Sul	11	0	0	4	36,4	7	63,6	IMPLANTADO
Muniz Freire	8	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Muqui	4	0	0	3	75	1	25	IMPLANTADO
Piúma	7	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Presidente Kennedy	5	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE

Quase metade por cento (42, 85%) dos municípios da região norte não iniciaram o processo de implantação e-SUS AB, sendo que somente cinco municípios estão com o sistema implantado (tabela 38).

**Tabela 38** É Situação da implantação do e- SUS AB no Espírito Santo na região norte.

Água Doce do Norte	5	0	0	0	0	5	100	IMPLANTADO
Barra de São Francisco	8	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Boa Esperança	6	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Conceição da Barra	9	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Ecoporanga	8	0	0	5	62,5	3	37,5	IMPLANTADO
Jaguare	6	0	0	5	83,3	1	16,7	IMPLANTADO
Montanha	6	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Mucurici	3	2	66,7	1	33,3	0	0	INTERMEDIÁRIO
Nova Venécia	8	0	0	0	0	8	100	IMPLANTADO
Pedro Canário	3	0	0	1	33,3	0	0	INTERMEDIÁRIO
Pinheiros	7	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA
Ponto Belo	3	0	0	2	66,7	0	0	IMPLANTADO
São Mateus	18	4	22,2	0	0	1	5,6	INCIPIENTE
Vila Pavão	1	0	0	0	0	0	0	NÃO INICIADA

FONTES: MINISTÉRIO DA SAÚDE

Finalizando, a SES-ES está em processo de reestruturação dos sistemas de da Atenção Básica, priorizando a substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelo do novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), visando a qualificação das informações neste nível de atenção.

## **VI-Promoção e Prevenção da Saúde**

Relatores: Hararrija Diório Duque e Livia Welter Mannatto

### **1-Academias de Saúde**

O rápido crescimento das doenças crônicas associadas à inatividade física vem sendo registrado tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, acarretando como consequência o sobrepeso e a obesidade, contribuindo de forma significativa na prevalência dos fatores de risco para a carga de DANT.

A prática de atividade física regular é um dos principais componentes na prevenção do crescimento da carga global de doenças crônicas. Segundo evidências científicas, a prática de atividade física regular reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama e diabetes tipo II. Atua

também na prevenção ou redução da hipertensão arterial, previne o ganho de peso (diminuindo o risco de obesidade), auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão. O condicionamento físico obtido através do exercício reduz a mortalidade e a morbidade, mesmo em indivíduos que se mantêm obesos (INCA 2004 <sup>6</sup>). Segundo dados da pesquisa VIGITEL 2013, Vitória é a segunda Capital do Brasil com o maior percentual de adultos que praticam atividade física - 50%. No entanto não retrata a realidade do nosso Estado como um todo, pois a pesquisa VIGITEL traz dados apenas das capitais do Brasil.

Intervenções efetivas para estímulo de hábitos saudáveis, por meio da atividade física, alimentação adequada e eliminação do fumo podem trazer excelentes resultados para o Brasil e o Estado do Espírito Santo.

No Estado, as Doenças Crônicas não Transmissíveis são as primeiras causas de morbimortalidade, sendo necessárias intervenções efetivas para estímulo de hábitos saudáveis, por meio da atividade física, alimentação adequada e eliminação do fumo.

Diante o cenário Nacional, o Ministério da Saúde através da Portaria Ministerial nº 719, de 07 de abril de 2011, instituiu o Programa Academia da Saúde, cuja finalidade é contribuir para a promoção da saúde da população através de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato). A proposta é a prevenção e redução de mortes prematuras por doenças crônicas não transmissíveis, através da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

A Equipe de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis no Estado estruturou oficinas nas Superintendências Regionais de Saúde e Municípios para aderir o Programa Academia da Saúde. Foram apresentadas 127 propostas de 55 municípios, sendo 51 municípios com propostas finalizadas. 43 propostas de 32 municípios foram habilitadas a receberem o recurso para construção dos polos.

Os polos são espaços públicos construídos para o desenvolvimento de atividades como orientação para a prática de atividade física; promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato) e organização do planejamento das ações do Programa.

A Portaria GM/MS nº 1.401/2011 institui o incentivo para construção de polos nas modalidades básica, intermediária e ampliada. O incentivo de custeio para as iniciativas preexistentes e similares e futuros polos construídos com incentivo do Programa foi instituído por meio da Portaria GM/MS nº 1.402/2011.

O Estado do Espírito Santo cadastrou 127 propostas de 55 municípios. Do total, 105 foram concluídas e 51 municípios tiveram suas propostas concluídas. Desses, 43 projetos foram habilitados a receberem o recurso de 32 municípios contemplados, a saber:

Afonso Claudio . Água Doce do Norte . Aracruz . Brejetuba . Cachoeiro de Itapemirim (03) . Conceição do Castelo . Colatina (02) . Divino São Lourenço . Domingos Martins . Ecoporanga . Guaçuí . Guarapari . Ibatiba . Itaguaçu (04) . Itarana - Jerônimo Monteiro - Laranja da Terra . Linhares . Mantenópolis - Marechal Floriano . Montanha - Nova Venécia . Pancas . Pinheiros - Ponto Belo - Santa Maria de Jetibá - São Mateus (02) . Vagem Alta . Viana - Vila Pavão - Vila Velha (02) . Vitória (02).

Os municípios que tiveram as propostas escolhidas receberam incentivos que variam de R\$ 80 mil a R\$ 180 mil por polo do Programa, a depender do tipo de modalidade escolhida, para a implantação de polos de Academias da Saúde. Esse recurso é para custear a construção de espaços físicos para o desenvolvimento das atividades previstas pelo programa. Os recursos adicionais poderão ser complementados pelos estados e municípios.

#### Situação Atual . Março de 2015.

- Municípios que concluíram a obra em 2014:

Colatina, Guaçuí e Ponto Belo.

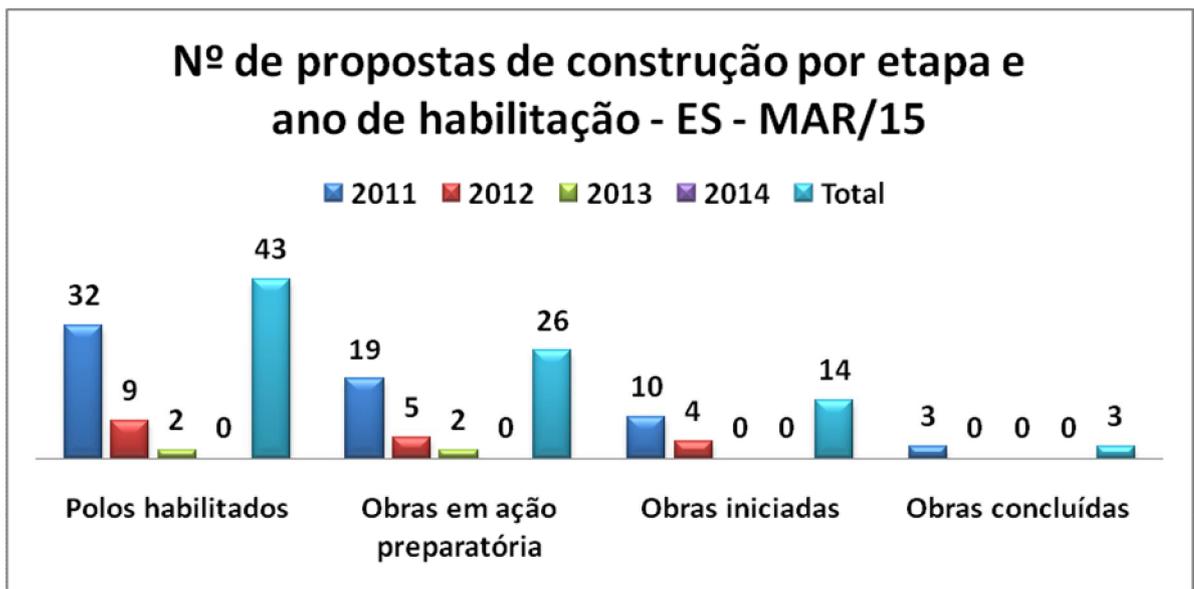
- Municípios com obras iniciadas:

Afonso Claudio, Colatina, Conceição do Castelo, Divino São Lourenço, Guaçuí, Jerônimo Monteiro, Laranja Da Terra, Montanha, Santa Maria de Jetibá, Sao Mateus e Vargem Alta.

- Municípios com obras em ação preparatória:

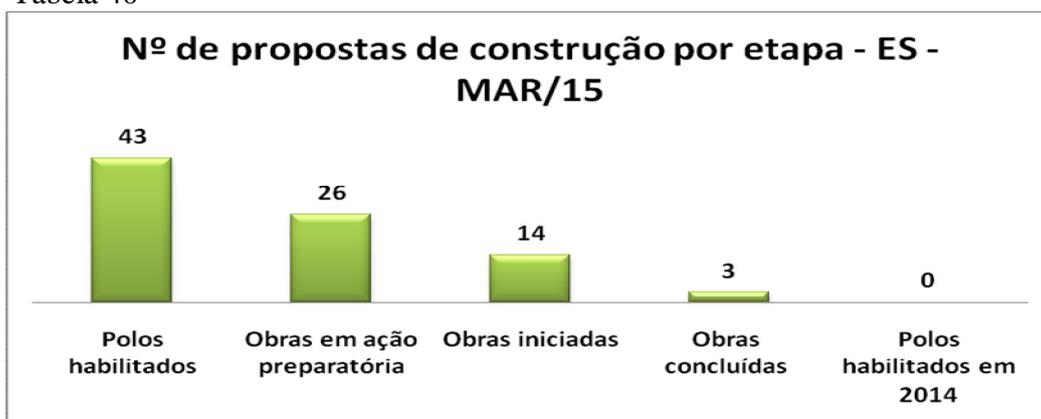
Água Doce do Norte, Brejetuba, Cachoeiro de Itapemirim, Domingos Martins, Ecoporanga, Guarapari, Ibatiba, Itarana, Itaguaçu, Mantenópolis, Marechal Floriano, Nova Venécia, Pinheiros, Viana, Vila Pavão, Vila Velha e Vitoria.

Tabela 39



Fonte: Vigilância Epidemiológica

Tabela 40



Fonte: Vigilância Epidemiológica

Tabela 41

Legenda	Situação Obra
Polos habilitados	Todas

Obras em ação preparatória	Pago parcela 1 e Aprovado parcela
Obras iniciadas	Pago parcela 2 e Aprovado parcela 2
Obras concluídas*	Pago e Aprovado parcela 3
Polos habilitados em 2014	Habilitado em 2014. Propostas aguardam liberação da 1ª parcela.

Fonte: Vigilância Epidemiológica

## 2-Tabagismo

Relatora: Hararrija Diório

Duque

O tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis (WHO 2011b).

Na capital Vitória, a prevalência de fumantes maiores de 18 anos, segundo VIGITEL 2013 foi de 8%, sendo 10% homens e 06% mulheres.

Através do Ministério da Saúde . INCA, o Estado coordena o Programa Estadual de Controle do Tabagismo visando à prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas. As ações do Programa são desenvolvidas em parceria com os municípios e abrangem as áreas da educação, legislação e economia.

#### Módulo Ambientes de Trabalho - %Prevenção Sempre+

O objetivo é disseminar entre os trabalhadores informações sobre os malefícios do tabaco, tabagismo passivo, dependência de nicotina e benefícios da cessação de fumar. Não há o objetivo de perseguir ou marginalizar os fumantes das instituições e, sim, apoiá-los no processo de cessação de fumar e preservar sua saúde. Por isso, o Módulo estimula que, durante o desenvolvimento e implementação das ações, sejam incluídos fumantes e não-fumantes, para que juntos façam parte dos processos decisórios da política de restrição da instituição. Desta forma, a intervenção acontecerá em clima de cordialidade, em que a união e a harmonia serão a tônica.

#### Módulo Unidades de Saúde - %Saúde e Coerência+

O objetivo geral é informar os profissionais de saúde sobre o câncer e seus fatores de risco, estimulando-os a adotarem hábitos saudáveis e instrumentalizando-os com estratégias para estimular, também, a comunidade assistida. Dessa forma, procura-se contribuir para melhorar a qualidade de vida através de ações dirigidas aos profissionais de saúde e, num segundo momento, à comunidade assistida por eles. Diante disso, é fundamental que haja coerência das unidades de saúde com o seu papel de vitrine de hábitos e estilos de vida saudáveis.

#### Módulo Escolas - %Saber Saúde+

A escola é o principal foco de atuação na abordagem para o controle do tabagismo entre a população jovem. No Brasil, o trabalho de controle do tabagismo foi preconizado dentro de um contexto mais amplo

de qualidade de vida e tem uma visão holística de saúde. Ele é desenvolvido junto com outros fatores de risco (álcool, alimentação, radiação solar etc.) e de proteção (atividades físicas e alimentação saudável).

O planejamento conjunto entre as áreas da Saúde e Educação é requisito indispensável para a implementação do Módulo junto às escolas. Os professores capacitados introduzem as informações sobre tabaco no currículo formal, no cotidiano da escola, de acordo com os parâmetros curriculares nacionais do Ministério da Educação, e levam em consideração a realidade local.

A população-alvo é de alunos do Ensino Fundamental (6-14 anos). Os alunos do Ensino Médio (15-18 anos) são agregados ao processo como multiplicadores. A ótica do Saber Saúde+ é a promoção da saúde. O material de apoio serve de base para adaptação às diferentes realidades e diferentes faixas etárias, utilizando o conhecimento, experiência e criatividade dos professores.

#### Cessaçãõ do Tabagismo . Tratamento do Fumante+

O objetivo é aumentar o acesso dos fumantes aos avanços existentes na cessação do tabagismo, sensibilizar e capacitar profissionais de saúde, sensibilizar gestores para inserir o tratamento do fumante na rotina de assistência à saúde e organizar a rede de saúde para atender a demanda de fumantes que desejam parar de fumar.

O tratamento é dividido em duas estratégias: abordagem mínima ou básica e abordagem intensiva ou específica. A abordagem mínima consiste em uma breve abordagem estruturada realizada na rotina de atendimento de qualquer profissional de saúde, com duração de três a cinco minutos, para mudar o comportamento do fumante através do método PAAPA (Pergunte, Avalie, Aconselhe, Prepare e Acompanhe).

A abordagem intensiva é uma abordagem realizada em ambulatório específico para atender os fumantes que desejam parar de fumar, sendo feita individualmente ou em grupo de apoio, através de sessões estruturadas.

As sessões devem ser comandadas por dois profissionais de saúde de nível superior, e cada uma delas possui um tema com um roteiro específico. Após as quatro primeiras

sessões, são programadas outras reuniões não estruturadas como o acompanhamento, com intuito de prevenir a recaída, até o fumante completar um ano sem fumar.

Tanto na abordagem mínima, quanto na abordagem intensiva, alguns fumantes podem se beneficiar de um apoio medicamentoso. Esse apoio só deve ser oferecido aos fumantes que apresentarem um alto grau de dependência física à nicotina, e tem a finalidade de reduzir os sintomas da síndrome de abstinência da nicotina.

---

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA - CONPREV. "Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco - Brasil". Rio de Janeiro, 2001

## **VII- PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA NO ESPÍRITO SANTO**

Relatora: Márcia Portugal

A Programação Pactuada e Integrada . PPI é um processo instituído no âmbito do SUS, para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores das prioridades, objetivos, metas, critérios, métodos e instrumentos, no sentido de se definir, de forma transparente, os fluxos assistenciais no interior das redes temáticas de atenção à saúde, bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios.

A PPI norteia-se pelo princípio de integralidade das ações e busca garantir a equidade no financiamento e acesso aos serviços e ações de saúde entre as populações de todos os municípios. Contempla a alocação dos recursos e explicita as responsabilidades de financiamento de custeio da assistência pelas três esferas de governo, de forma a garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde no próprio município (no próprio território) ou em outros municípios (municípios de referências ou municípios executores) que ofertam o serviço mediante encaminhamentos formalizados e negociados anteriormente entre os respectivos gestores. Trata-se de um processo instituído no âmbito do SUS onde, em consonância com o planejamento em saúde, são definidas e

quantificadas as ações para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde em outros territórios distintos de sua residência.

Neste contexto a PPI não é apenas uma programação física e financeira para a distribuição das ações de serviços de saúde, que leva em conta o elenco e a oferta dos serviços que serão disponibilizados em uma determinada Região de Saúde. Ao contrário, a construção da PPI é realizada a partir do trabalho de equipes técnicas bipartite, compostas por municípios e Estado, que avaliam essencialmente as necessidades epidemiológicas, a situação de saúde e os recursos materiais e financeiros disponíveis para a oferta dos serviços de acordo com os princípios preconizados pelo SUS, principalmente resolutividade, integralidade na atenção e equidade, que são os essenciais para a garantia do acesso da população, ainda que não sejam exclusivos.

O processo de programação da atenção à saúde e alocação de recursos da assistência à saúde deve ser realizado pelos estados e municípios brasileiros. Envolve a definição, a negociação e a formalização de pactos entre os gestores, com o objetivo de estabelecer, de forma transparente, os fluxos assistenciais das redes de atenção explicitando os recursos materiais e financeiros destinadas à assistência da própria população e as referências recebidas de outros municípios. É, portanto, uma etapa do planejamento em saúde que agrega funções de alocação de recursos e reorganização das redes de atenção, concretizando as já mencionadas diretrizes e prioridades expressas nos processos e instrumentos gerais de planejamento, tais como: Planos de Saúde - PS, Planos Plurianuais de Saúde - PPA, Leis Orçamentárias Anuais - LOA e Programações Anuais de Saúde . PAS, dentre outros. Embora até o momento no Brasil a PPI tenha se restringido a recursos federais de custeio, no Espírito Santo englobou recursos próprios do Estado e dos 78 municípios.

O Ministério da Saúde considerou necessário um apoio técnico mais efetivo à implantação da PPI e desenvolveu um instrumento informatizado oferecido aos estados e municípios para elaboração da PPI - o SISPPPI. O Estado utilizou o software institucional do Ministério da Saúde, destacando os elementos mais prioritários para apoiar as redes de atenção já em desenvolvimento, ou seja, o processo pré alimentação do banco de dados foi baseado no desenho de algumas redes, ainda que em fase preliminar de elaboração e implantação.

O Decreto Federal n. 7.508/11 e suas regulamentações estabeleceram que a PPI seja substituída pela Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde . PGASS. Esta não será uma mera substituição, mas sim uma mudança importante na forma de programação, que não mais será individualizada por município, mas será desenvolvida por todos os municípios em uma Região de Saúde o que significa dizer que ao invés de 78 programações municipais individuais, no Espírito Santo se terá 4 PGASS, coincidindo com o número de Regiões de Saúde, com a participação de todos os municípios por região. Certamente para o Espírito Santo este processo de mudanças se dará de forma suave, pois já se tem a prática institucionalizada de programações regionalizadas e de pactuações efetivas entre os gestores, ainda que se reconheça o grande desafio para a mudança na forma de se explicitar esta programação na PGASS

### **Programação a partir das necessidades da APS**

Para o desenvolvimento da PPI no Espírito Santo se teve o cuidado de utilizar todos os instrumentos de planejamento e gestão já disponíveis, adaptando-os à necessidade da programação assistencial, ou seja, não foram descartados os instrumentos que haviam sido previamente construídos com a participação efetiva do conjunto de municípios capixabas.

Inicialmente foi revisitado o Projeto de Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde - APS, cujo Plano Diretor da APS era um dos sete eixos estruturantes desse nível de atenção, que teve início das suas atividades no ano de 2009 e finalizadas as oficinas pedagógicas dirigidas aos municípios envolvendo todos os 78 municípios em 2010. Essas oficinas pedagógicas ocorreram num total de seis, entretanto para a elaboração da PPI foram utilizados os produtos das Oficinas 3 . Diagnóstico Situacional e 4 - Programação da APS.

O processo dessas oficinas consistia em as Equipes de Saúde da Família, e também as de Atenção Básica ainda no modelo convencional, realizarem seus diagnósticos locais utilizando o caderno instrucional da Oficina 3 como roteiro de trabalho. Cada equipe realizou seu diagnóstico, avaliando seus indicadores epidemiológicos e sua capacidade instalada, utilizando também as informações e a problemática já identificadas no processo do Projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade . AMQ, proposto pelo Ministério da

Saúde, que havia sido recentemente aplicada no Estado, com adesão de 98% dos municípios.

Vale ressaltar que dos 78 municípios do Estado, 54 consolidaram suas programações locais a partir da realização ou revisão da territorialização, do diagnóstico situacional e do planejamento local. Esta metodologia preconizava efetivamente oportunizar o desenvolvimento do planejamento ascendente, a partir da realidade local. Dos 78 municípios, 14 ainda não haviam consolidado suas programações à época (2011) e 10 optaram por não aplicar a metodologia do Plano Diretor da APS ou não se manifestaram. Vale, ainda, destacar que esta foi a primeira aproximação do planejamento local da APS com a programação assistencial especializada no Estado, portanto esse processo apresentava algumas inconsistências na programação, necessitando de aprimoramento gradualmente, o que vem sendo realizado anualmente nas reprogramações ordinárias que ocorrem sistematicamente ao final de cada ano.

O passo seguinte foi submeter à crítica de todas as referências técnicas da Secretaria de Estado da Saúde, que atuavam na APS, na Coordenação de Normalização e na Vigilância em Saúde, os três documentos que continham parâmetros assistenciais e de cobertura populacional: oito linhas-guia para as quais foram utilizados os parâmetros da Portaria MS/GM n. 1.101/02; os parâmetros das Oficinas Pedagógicas nºs. 3 e 4 e; os parâmetros da Portaria MS/GM n. 1.097/06. Os parâmetros foram confrontados entre si pelas equipes técnicas o que resultou na modificação de algumas coberturas da Portaria MS/GM n. 1.097/06 e na estratificação de alguns procedimentos, como por exemplo, o número de consultas médicas e de enfermeiros, por área estratégica. Esta metodologia foi aprovada pelo COSEMS em assembléia e posteriormente pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Além das quinze Áreas Estratégicas constantes da Portaria MS/GM n. 1.097/06, o Estado inseriu mais cinco áreas estratégicas: Vigilância em Saúde, Práticas Integrativas, Saúde do Homem, Neoplasias em Geral e Violências.

Finalizado este processo preliminar interno da SESA, foram estabelecidos grupos de trabalho temáticos bipartite para aprimoramento da metodologia e validação dos conteúdos mínimos de cada uma das áreas estratégicas da PPI. Também foram

realizadas três oficinas envolvendo todas as equipes técnicas da SESA e do COSEMS-ES.

### **Programação da atenção especializada**

Para as tecnologias de média complexidade se utilizou os parâmetros assistenciais e de cobertura avaliados e redefinidos pelas equipes técnicas da SESA e, na impossibilidade de se identificar parâmetros claros, foram utilizados dados da produção de serviços a partir de uma séria histórica temporal de cinco anos.

Para a programação da alta complexidade e custos foi desenvolvido um trabalho técnico tendo por base o referencial estabelecido pelo Ministério da Saúde em portarias específicas que também foram apreciados por câmaras técnicas, com aprovação pelo COSEMS em assembléia e posteriormente pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

A partir desse produto, foi solicitado às referências técnicas que identificassem, em cada uma das áreas de sua competência, tecnologias assistenciais indispensáveis para cada Área Estratégica que ao serem disponibilizadas para a população (ou grupos populacionais específicos) e garantido o acesso a elas, se pudesse aferir a ampliação, a cada ano, do acesso da população a essas tecnologias e as respostas que os municípios e a SESA estariam dando às necessidades da população, por Área Estratégica, na dimensão do Pacto pela Vida (Pacto pela Saúde 2006). A essas tecnologias selecionadas por cada área se denominou marcadores assistenciais. Também foi solicitado às referências técnicas identificarem os eventos sentinela que deveriam ser monitorados sistematicamente, como meio para se efetivar a Vigilância em Saúde e se qualificar essas áreas do Pacto pela Vida. Foi realizada uma oficina com todas as Câmaras Técnicas dos Colegiados de Gestão Microrregional, com as Referências Técnicas da SESA, com os Técnicos da CIB e com todo o corpo gerencial da SESA para apresentar a primeira versão dos marcadores assistenciais e dos eventos sentinela, na qual várias sugestões de inclusões e exclusões foram feitas. Posteriormente todos os marcadores e eventos sentinela foram submetidos a um grupo menor de sanitaristas e epidemiólogos para aperfeiçoamento do produto dos trabalhos em grupos.

Os marcadores estabelecidos foram utilizados para marcarmos individualmente esses procedimentos no SIS-PPI (Módulo Estadual), ou seja, todos os municípios deveriam programá-los individualmente em suas respectivas programações. Cada um desses marcadores deveria ser acompanhado dos respectivos códigos da Tabela SUS para possibilitar sua programação na PPI e posteriormente seu acompanhamento.

Esses marcadores tinham por finalidade acompanhar a ampliação da cobertura da população por Microrregião de Saúde (atualmente Regiões de Saúde) e por meio dos eventos sentinela propiciarem a efetiva vigilância em saúde, além dos já conhecidos meios de acompanhamento da situação de saúde.

Para a alimentação do Módulo Estadual do SISPPi houve a participação de todas as referências técnicas da SESA e no momento subsequente de realizar os ajustes entre as necessidades apontadas nos diagnósticos locais e/ou pelos parâmetros assistenciais e de cobertura e os recursos financeiros disponíveis, portanto a programação possível limitada pelo teto financeiro, essa mesma equipe técnica também esteve presente.

Esta metodologia teve início em função da necessidade de se acompanhar e garantir o acesso das mulheres e de seus recém nascidos aos serviços da Rede Materno-Infantil (que o MS logo em seguida denominou de Rede Cegonha) e da população em geral à Rede de Oncologia em processo de implantação.

Outro fato que motivou esta metodologia foi a necessidade de tornar a programação assistencial em uma *PPI Viva*, portanto que poderia vir a ser ajustada em função da necessidade social ordinariamente a cada ano e sistematicamente sempre que os municípios identificassem essa necessidade. Decorridos três anos desde sua elaboração no final de 2011, a programação assistencial no Espírito Santo é dinâmica para acompanhar o dinamismo do processo saúde-doença e os fluxos da população estabelecidos na PPI. Já foram realizadas três reprogramações anuais, regionalmente, envolvendo os 78 municípios, com as repactuações sendo realizadas nas Comissões Intergestoras Regionais, com a emissão de resoluções que formalizam esses pactos.

A PPI capixaba vem sendo utilizada como base para a regulação do acesso, com ênfase na regulação das tecnologias ambulatoriais, que vem se aprimorando a cada dia, embora ainda haja necessidade de um grande esforço para a compatibilização entre as metas programadas e as efetivamente colocadas à disposição da população.

Como resultado deste trabalho coletivo a coordenação estadual da PPI teve como resultado e tornou público toda a programação por quantidade de procedimentos por município nas áreas temáticas prioritárias, bem como o município executor e financeiro executor.

Segue ilustração de uma parte deste trabalho, onde se visualiza os agregados com suas respectivas quantidades por região de saúde sem os códigos correspondentes (42, 43, 44 e 45).

**Tabela 42** É Tecnologias Assistenciais em Oncologia da Região Norte

Agregados	Quantidade
COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO/BIOPSIA	1422
BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO	33
BIOPSIA DE PROSTATA	289
BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	216
BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	1914
PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	192
PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	440
BIOPSIA DO COLO UTERINO	286
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	11887
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	3679
EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	32783
EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	192
EXAMES CITOPATOLÓGICOS	196
EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	2909
EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PECA CIRURGICA	1455
EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	462
EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS	1375
MAMOGRAFIA UNILATERAL	1861
ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	5343
ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	848
ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	626
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	1198
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	575
COLPOSCOPIA	1438
ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM ALTERAÇÕES ONCOLÓGICAS	1668
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	16872

FONTE: PPI ESTADUAL/SES-ES

**Tabela 43** É Tecnologias Assistenciais em Oncologia da Região Sul

Agregados	Quantidade
COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO/BIOPSIA	3097
BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO	120
BIOPSIA DE PROSTATA	958
BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	348
BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	1648
PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	403
PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	1051
BIOPSIA DO COLO UTERINO	2262
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	32176
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	10529
EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	52766
EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	684
EXAMES CITOPATOLÓGICOS	1960
EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	2776
EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PEÇA CIRURGICA	1877
EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	1496
EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS	4454
MAMOGRAFIA UNILATERAL	3409
ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	10126
LTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	2278
ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	1701
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	2314
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	2496
COLPOSCOPIA	1583
ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM ALTERAÇÕES ONCOLÓGICAS	2005
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	32016

FONTE: PPI ESTADUAL/SES-ES

Tabela 44 Tecnologias Assistenciais em Oncologia da Região Central

Agregados	Quantidade
COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO/BIOPSIA	4205
BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO	87
BIOPSIA DE PROSTATA	303
BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	807
BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	2978
PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	278
PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	759
BIOPSIA DO COLO UTERINO	2897
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	29897
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	6880
EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	51409
EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	405
EXAMES CITOPATOLÓGICOS	174
EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	591
EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PECA CIRURGICA	336
EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	3425
EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS	3998
MAMOGRAFIA UNILATERAL	1515
ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	5111
ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	1027
ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	973
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	1685
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	833
COLPOSCOPIA	1392
ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM ALTERAÇÕES ONCOLÓGICAS	495
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	23947

FONTE: PPI ESTADUAL/SES-ES

**Tabela 45** É Tecnologias Assistenciais em Oncologia na Região Metropolitana

Agregados	Total
COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO/BIOPSIA	6631
BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO	159
BIOPSIA DE PROSTATA	2027
BIOPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA	1505
BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	5852
PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	1092
PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA	2772
BIOPSIA DO COLO UTERINO	1883
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	82614
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	23589
EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	210524
EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA	1409
EXAMES CITOPATOLÓGICOS	616
EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	2207
EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - PECA CIRURGICA	1863
EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	1434
EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS	10042
MAMOGRAFIA UNILATERAL	9565
MARCACAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA À MAMOGRAFIA	15148
ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	4562
ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	3937
ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	6328
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	3905
RETOSSIGMOIDOSCOPIA	6025
COLPOSCOPIA	12710
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	99096

FONTE: PPI ESTADUAL/SES-ES

Todo o estudo por municípios foi disponibilizado às áreas técnicas da SES-ES como ferramenta de monitoramento e regulação.

## **VIII-Regulação Assistencial**

### **1-Regulação do Acesso da Região Metropolitana da Superintendência Regional Metropolitana**

Relatora Resy Neves Rebello Alves

Chefe do Núcleo de Regulação e Acesso/SRM

O acesso a primeira consulta nos serviços de Oncologia para pacientes da região metropolitana, que são atendidos nos serviços existentes na Grande Vitória, a saber: Hospital Santa Rita de Cássia, Hospital Evangélico de Vila Velha e Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, se dá através da Central de Regulação Ambulatorial seguindo fluxo definido abaixo, sendo que este processo foi iniciado no mês de outubro de 2013.

#### **FLUXO DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL**

##### **1) Central de Regulação Municipal/AMA:**

Deverá encaminhar para esta Central toda e qualquer demanda de consultas de oncologia, juntamente com:

- Laudo Médico com a indicação
- Exame de imagem identificando massa sugestiva
- Resultado de exame histopatológico (se disponível)
- Outros exames complementares
- Dados completos para agendamento: Cartão SUS e Data de Nascimento e telefone de contato do Paciente
- Telefone de contato do responsável na Central de Regulação Municipal/AMA pelo agendamento e encaminhamentos de casos oncológicos.

##### **2) Médico Regulador / SESA:**

- Identificação do caso se oncológico ou não
- Solicitação de maiores informações e até mesmos exames para aprimoramento do diagnóstico em casos não esclarecidos
- Definição de Prioridade e direcionamento para o serviço correto.

##### **3) Central de Regulação Ambulatorial:**

- Agendar para o serviço indicado pelo regulador, comunicar ao município e encaminhar comprovante de agendamento juntamente com os documentos encaminhados a esta Central para a avaliação prévia por malote, a ser recolhido nos dias pré-estabelecidos em que os municípios comparecem a esta Central para outras demandas

#### 4) Central de Agendamento do Município:

- Recebe comprovante de agendamento, comunica agendamento ao usuário e providencia transporte para este usuário nas datas indicadas.

A regional metropolitana utiliza critérios de agendamento em oncologia no SISREG, sendo disponibilizado para as demais regionais que ainda utilizam o SISREG da regional metropolitana (tabela 46)

**Tabela 46** Critérios de Agendamento em Oncologia

PROCEDIMENTO	CRITÉRIOS	EXAMES NECESSÁRIOS
Consulta em cirurgia de cabeça e pescoço oncológica	Linfadenomegalias cervicias; Nódulos e tumores na laringe ou faringe; -Encaminhamentos médicos devido a suspeita de neoplasia. -Laringe; Traquéia; Faringe; Cordas Vocais; Face; Região cervical; Couro cabeludo; Orelha; Nariz; Parótida; Tireóide.	Videolaringoscopia e/ou Ultrassonografia e/ou Biópsia (se disponível).
Consulta em cirurgia oncológica	* Estômago; Esôfago; Intestinos; Pâncreas; Fígado; Reto; Canal Anal; Melanomas que não sejam na região de cabeça e pescoço; Tumores de partes moles suspeitos de sarcoma (geral) com qualquer massa	Endoscopia e/ou Colonoscopia e/ou Ultrassonografia; Ressonância Magnética e/ou Tomografia e/ou Retossigmoideoscopia e/ou Biópsia (se disponível).
Consulta em cirurgia plástica oncológica	* <b>HSRC</b> : apenas lesões de pele * <b>HEVV</b> : Encaminhamentos de dermatologistas e outros especialistas para biópsia de pele por suspeita de neoplasia; - Lesões de pele sugestivas de neoplasia; - Cirurgia geral; - Biópsias cutâneas e ganglionares	Relatório médico o mais completo possível (com descrição da lesão de pele) e/ou Biópsia (se disponível).
Consulta em cirurgia torácica oncológica	*Massas ou nódulos pulmonares evidenciados em RX de tórax ou tomografia computadorizada de tórax associados. * Lesões pulmonares com suspeita oncológica *Lesões do mediastino com suspeita de linfoma	Tomografia Biópsia (se disponível) Raio X com Laudo
Consulta em ginecologia oncológica	*Casos suspeitos com NIC II e III; Carcinomas uterinos; Vulva; Vagina; Pequenos e grandes lábios; Ovários; Endométrio/ Sangramento vaginal	Exames suspeitos de papanicolau e/ou Ultrassonografia e/ou Colposcopia e/ou Biópsia (se disponível).
Consulta em hematologia oncológica	*Linfomas; Leucemias; Mielomas.	<b>PARA LINFOMAS</b> - Exame histopatológico de biópsia compatível ou sugestiva (preferencialmente com imunohistoquímica ) e Relatório Médico. <b>OBS 1</b> . Infiltrado linfocitário atípico

		não preenche o critério acima. <b>OBS 2</b> . Punção aspirativa de gânglio, não será aceita pela hematologia. Deverá o paciente ser encaminhado para biópsia pela cirurgia (dependendo da localização), pois é necessário laudo anatomopatológico. <b>PARA LEUCEMIAS:</b> Hemograma + Mielograma + Relatório Médico. <b>PARA MIELOMAS:</b> Hemograma+ Mielograma ou biópsia tecidual + Relatório Médico.
Consulta em mastologia oncológica	* Mamografias com classificação BIRADS 3 (histórico familiar e exames anteriores normais), 4 ou 5 ou lesões já diagnosticadas como carcinoma.	Mamografia com suspeita de neoplasia; Ultrassonografia; Biópsia (se disponível).
Consulta em oncologia clinica	* Todos os pacientes com diagnóstico de exame histopatológico ou anatomopatológico de tumores sólidos; * Todos os pacientes que tiverem biópsia positiva para câncer * PSA acima de 100 e/ou biópsia de próstata * Pacientes encaminhados para quimioterapia	Laudo histopatológico ou anatomopatológico . obrigatório para essa especialidade;
Consulta em urologia oncológica	* <b>HSRC:</b> - Próstata (PSA acima de 5, seguido de encaminhamento médico após exame do toque); Pênis; Bexiga; Uretra; Ureter, Supra Renal; Testículo; Rim. - Realiza biópsia renal * <b>HEVV:</b> - Encaminhamentos médicos para a especialidade suspeita de neoplasia - PSA elevado - Sintomas de prostatismo: dificuldade para urinar, diminuição do jato urinário,... - Biópsia Renal * <b>HUCAM:</b> - Câncer de rim, ureter, bexiga, próstata, uretra, adrenal, pênis e testículo; - Incontinência urinária; - fístula genitais; - estenose uretral pós trauma; - Hiperplasia prostática benigna; - Fístulas urogenitais.	Ultrassonografia (para casos de bexiga, testículo e rim) e/ou Exame de PSA elevado e/ou Biópsia (se disponível); Tomografia e/ou Ressonância Magnética (para casos de supra-renal).
Consulta em câncer de boca Triagem câncer de boca	Úvula; Palatos (mole e duro); Lábios; Língua; Bochecha; Gengiva.	Encaminhamento de profissional especializado (médico, dentista, fonoaudiólogo) especificando a delimitação do tumor.
Consulta em ortopedia (tumores)	* <b>HSRC e HSCMV</b> -Exames de imagem com suspeita de tumores ósseos	Filmes e Laudo de Raio X, tomografia OU ressonância.

FONTE: SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL METROPOLITANA

A regulação da regional metropolitana elaborou um protocolo contendo todos os procedimentos diagnósticos e seus critérios para atendimento oferecidos pela rede de atenção à saúde. Foi validado e está em processo para publicação.

## **2-Regulação do Acesso da Região Central da Superintendência Regional de Saúde de Colatina**

Relatora: Fabrícia Campo Dalorto  
Chefe do Núcleo da Regulação do Acesso NRA/SRSC/SESA

O Núcleo de Regulação do Acesso da Superintendência Regional de Saúde de Colatina/ES foi criado através da Lei Estadual N° 317 de 30/12/04, publicada no DIO no dia 03/01/05 que Organiza o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo, altera a estrutura organizacional da SESA e IESP, alterada pela Lei Estadual N° 348 de 21/12/05 publicada no DIO no dia 22/12/05, tendo por sua criação a seguinte finalidade:

• promoção das articulações, dos registros, do acompanhamento e das providências necessárias à organização e ao gerenciamento, em nível regional, da necessidade e do atendimento à população, nas seguintes atividades:

- I- Demanda de leitos hospitalares;
- II- Agendamento de serviços de níveis secundário e terciário de atendimento;
- III- Atendimento móvel às urgências; e
- IV- Demais atividades relacionadas ao cumprimento das finalidades do SUS/ES no plano regional que digam respeito à regulação do acesso aos serviços de saúde+.

Passamos a relatar a situação atual do NRA desta SRSC:

A Central de Regulação de Internação . CRI Colatina, da Regional de Saúde de Colatina, atualmente funciona como instância Regional, e por meio da CRIU/SESA, regula as internações dos leitos hospitalares de urgência e leitos UTI adulto e Neonatal dos hospitais da Rede SUS, Filantrópicos e Conveniados, localizados nos 32 municípios das Regiões Centrais e Norte. Está previsto no Planejamento da SESA, a centralização da Regulação de Internação na Região Metropolitana, conforme já acordado com a SSAROAS a data de 30/06/2015 para o término do serviço Regional.

O NRA/SRSC não possui nenhum médico regulador. Temos um médico autorizador em vias de aposentadoria, que tem como função avaliar as solicitações de exames, baseados nas informações do BPAI, sobre o diagnóstico, quadro clínico e especialidade do médico solicitante, e autorizar o agendamento dos mesmos, que é feito pelo SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Através do SADT atendemos a demanda de exames complementares de média e alta complexidade, originados dos ambulatórios de especialidades do CRE de Colatina, que é referência para consultas médicas especializadas dos 18 municípios da região Central.

Não existe sistema informatizado para agendamento de consultas e exames ofertados pelo NREC implantado. O SISREG, sistema utilizado pelo CRE Metropolitano, está funcionando para o agendamento de consultas e exames ofertados por este. Os municípios da Região Central acessam os prestadores da Região Metropolitana através do SISREG. O agendamento das consultas especializadas disponibilizadas pelo Núcleo Regional de Especialidades de Colatina - NREC, é feito por meio de contato telefônico, conforme planilhas mensais com a oferta de consultas, previamente liberadas aos municípios, baseadas na capacidade instalada no NREC.

O Telessaúde encontra-se implantado em todos os municípios da região Central, existindo um ponto com equipamento cedido pelo programa em cada município, sendo os demais pontos organizados com recursos próprios. Apresentou utilização média de 2,5 teleconsultorias por mês por município no período de julho de 2014 a fevereiro de 2015, sendo esta utilização baixa, porém, melhor que a das demais regiões, havendo amplo espectro para melhoria no aproveitamento desta ferramenta que trabalha com a Segunda Opinião Formativa. Até o presente momento o telessaúde não está sendo utilizado na regulação do acesso, apesar de esforços iniciais terem sido realizados em 2014 na organização da fila de espera. Dentre os serviços ofertados pelo telessaúde encontra-se a teleconsultoria, ferramenta que permite a qualificação do encaminhamento quando este se faz necessário e as webconferências com temática sugerida pelos municípios de acordo com as maiores demandas do período, realizadas por profissionais da Secretaria de Estado da Saúde, UFES ou mesmo da Superintendência Regional de Saúde.

Atualmente, o fluxo de referência para acesso aos serviços de oncologia Hospitais Rio Doce de Linhares e Hospital Maternidade São José de Colatina, é feito diretamente pelos municípios através de contato direto com os prestadores em livre demanda, na medida da oferta de especialidades. Em Colatina, a porta de entrada para o serviço de Oncologia do

Hospital Maternidade São José, é a Clínica UNESC, são disponibilizadas vagas para as mais diversas especialidades, porém, não necessariamente de casos oncológicos confirmados. É preciso ainda, estabelecer o adequado fluxo e principalmente os papéis de cada instância para uma melhor operacionalização do serviço.

Ressaltamos ainda que esta Regional de Saúde não monitora e/ou avalia os serviços oferecidos pelos hospitais referência em oncologia da região Central, e a prestação de contas é feita diretamente à SESA/Central.

### **3-Regulação do Acesso da Região Norte da Superintendência Regional de Saúde de São Mateus**

Neide Aparecida Soares Fontes  
Coordenadora Regional da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com  
Doenças Crônicas

A regulação das vagas em oncologia para os pacientes da Região Norte de Saúde é feita por meio de central única, ou seja, coordenada pela regional metropolitana. O SISREG, sistema utilizado pela regional metropolitana, disponibiliza vagas para os municípios em consultas especializadas conforme critérios pré-estabelecidos.

O agendamento é feito diretamente pela centrais municipais de regulação (AMA).

Prestadores de serviços: Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), Hospital Santa Rita (HSRC), Hospital Santa Casa de Misericórdia (HSCM), Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV).

As vagas em oncologia nos hospitais Rio Doce e São José não estão disponíveis pelo SISREG, sendo o agendamento realizado pela regulação da SRSSM através de e-mail e/ou telefone.

Esta em discussão na SRSSM a implantação de uma central de regulação regional, no entanto, não está definido ainda como ficará a distribuição de vagas no sistema.

Relação oferta e demanda das vagas com relação ao encaminhamento para o atendimento especializado (utilização de protocolos de encaminhamento, estabelecimento de cotas e filas de espera):

- ✓ As demandas de oncologia chegam à central de regulação municipal e são agendadas via SISREG, não tendo a regional conhecimento da relação oferta/ demanda.
- ✓ A SRSSM através do SISREG consegue visualizar a fila de espera para consultas em oncologia, entretanto não faz nenhum tipo de monitoramento.

Em relação ao fluxo assistencial:

- ✓ O fluxo de referência e contra referência entre os pontos de atenção envolvidos na operacionalização na Rede de Atenção Oncológica é desconhecido pela SRSSM, sendo necessário buscar estratégias para conhecer estes fluxos junto aos municípios.
- ✓ A proposta de um fórum de regulação oncológica é de extrema importância para organização da Rede.
- ✓ A SRSSM tem como sugestão a promoção de oficinas regionais para que os municípios construam seus fluxos de atenção em oncologia.

#### **4-Regulação do Acesso da Região Norte da Superintendência Regional de Saúde de Cachoeiro do Itapemirim**

Marcela Silva Maia

Gerente Núcleo de Regulação e

Acesso/SRSCI

O fluxo oncológico para a região sul, e referenciado basicamente para o Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - HECI.

Em um primeiro momento o médico da atenção primária realiza o atendimento e encaminha, para o especialista ou para o oncologista do Centro de Especialidade de Cachoeiro de Itapemirim ou para o Hospital Evangelico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI) com a biopsia pronta.

No segundo momento o HECI trata clinicamente desses pacientes e se necessário realiza quimioterapia e radioterapia nos mesmos. Caso seja necessário, o HECI referencia o paciente para realização de outros procedimentos em outros hospitais da rede de atenção oncológica do estado.

A proposta da SES-ES é ter uma central única para acesso às consultas e procedimentos no intuito de fortalecer a regulação.

### **Modelagem ideal: as competências por nível de atenção**

#### **Ações no Atendimento clínico na Atenção Primária**

Atendimentos clínicos realizados pelos profissionais da equipe de Atenção Primária contemplando dentre outros: anamnese; exame físico; exames de rastreamentos conforme protocolos vigentes (em especial o rastreamento do câncer de colo de útero e de mama).

#### **Deteção precoce dos cânceres sensíveis a atenção primária:**

1- Desenvolve ações sistemáticas de identificação precoce do câncer de colo uterino e de mama;

- 2- Realiza busca ativa dos casos de citologia alterada do colo uterino e de mama e encaminha ou realiza a intervenção indicada;
- 3 Realiza ações coletivas e individuais de prevenção / controle do câncer de colo uterino e de mama, tais como orientação e auto-exame, sensibilização e realização de citologia de colo uterino;
- 4- Realiza monitoramento de todas as citologias colhidas e enviadas para a análise;
- 5- Realiza exame clínico de mama como rotina, no mínimo, uma vez ao ano em todas as mulheres na faixa de etária de 50 a 69 anos;
- 6- Realiza diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil; bucal, pele, próstata, colon e reto.

**Aconselhamento (prevenção) e detecção de fatores de risco; aconselhamento sobre estilo de vida saudável por meio do controle:**

- do tabagismo;
- do álcool;
- da obesidade;
- da radiação ultravioleta.

**Ações na Atenção domiciliar:**

1. - Identificação dos casos/pacientes oncológicos no território;
2. - Atendimento contínuo e regular ao paciente, realizado por equipe multiprofissional no domicílio;
3. - Avaliação da evolução do caso;
4. - Ações educativas com familiares, cuidador e a comunidade;
5. - Ações de vigilância em saúde.

**Detecção dos problemas de saúde relacionados ao contexto comunitário:**

1. Identificação de recursos comunitários;
2. Articulação com equipamentos sociais e lideranças comunitárias, em parceria com outros dispositivos sociais e setoriais (escolas, SUAS);
3. Incluem-se aqui as ações de promoção da saúde, que constituem formas mais amplas de intervir em saúde, com enfoque nos seus determinantes sociais a partir de

articulações intersetoriais e com participação popular, favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham; e ações de reinserção social;

4. Atividades educativas, terapêuticas e de orientação à população ou individuais, desenvolvidas nas unidades de saúde ou na comunidade;

5. Ações educativas em escolas e creches; grupos terapêuticos; rodas de terapia comunitária; etc..

### **Ações de Apoio e Diagnóstico**

1. Coleta de material por biopsia- média complexidade;

2. Coleta de material para exame citopatológico (exame de Papanicolau)

3. Realizar exame de sangue oculto nas fezes

4. Anatomo-patológico.

### **Atenção ambulatorial especializada**

1. Acompanhamento e tratamento de doenças ou condições clínicas crônicas;

2. Atendimento cirúrgico ambulatorial básico;

3. atendimentos cirúrgicos realizados pelos profissionais da equipe de Atenção Primária, contemplando:

✓ cauterização química de pequenas lesões;

✓ biópsia/punção de tumores superficiais de pele;

4. Consultas especializadas realizadas por médico e/ou outros profissionais de nível superior;

5. Acompanhamento de usuários portadores de doenças ou condições clínicas crônicas, mediante elaboração de plano terapêutico individual, tratamento das doenças de base, e prevenção e tratamento de complicações decorrentes daquelas;

6. Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa;

7. Exame anatopatológico;

8. Diagnóstico por imagem- Compreende exames diagnósticos por radiologia, incluindo: radiologia, mamografia, densitometria óssea, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética nuclear.

## **Atenção especializada hospitalar**

Os hospitais que compõem a alta complexidade em oncologia deverão, além da realização de procedimentos de média complexidade para diagnóstico do câncer, realizar os procedimentos de cirurgia, quimioterapia e radioterapia.

## **Sistemas Logísticos**

Sistemas logísticos são soluções em saúde ancoradas em tecnologia da informação, como os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários.

## **Governança**

Governança no SUS é a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada. Esse processo favorece a articulação interfederativa; a formulação de políticas; o processo decisório; a pactuação de recursos; o dimensionamento do quadro de trabalhadores necessários e o monitoramento e avaliação de desempenho da rede, incluindo a definição de instrumentos e mecanismos de participação e controle social.

A SES-ES definiu como estratégia da organização de serviços de saúde no SUS-ES elaborar Planos Regionais de Saúde, iniciando com a identificação das necessidades de saúde da população, levando-se em conta o perfil epidemiológico e socioeconômico da comunidade e determinantes de saúde. Como passo importante será realizado levantamento a rede de serviços de saúde para que se possa chegar a uma definição sobre quantos e quais serviços são necessários para suprir as necessidades identificadas em cada região. E, ao final, a metodologia prevê a construção dos mecanismos de governança regional que vão garantir a execução efetiva do plano elaborado. Os planos serão instrumento para gestão das políticas de saúde de cada região e deverão ser a referência para a alocação de recursos de custeio e investimento por parte dos municípios, do Governo do Estado e da União.

As estratégias importantes na elaboração dos planos regionais são:

- foco na atenção primária
- mobilização das três esferas de governo para a pactuação de uma agenda institucional a fim de qualificar o atendimento a população e ter eficiência no gasto público de forma coletiva.

#### Metodologia

A metodologia de elaboração dos planos regionais, ferramenta será disponibilizada pelo Hospital do Coração (HCor), de São Paulo, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), uma iniciativa do Ministério da Saúde desenvolvida em parceria com seis hospitais considerados de excelência no Brasil.

Participarão todos os gestores municipais de saúde e seus técnicos, os superintendentes regionais de saúde e profissionais da câmara técnica da CIR de cada região da saúde.

Os profissionais de saúde do nível central da SES-ES e técnicos do HCOR atuarão como facilitadores do processo.

Todo este processo de construção dos planos regionais de saúde se iniciará em abril de 2015. Segue o cronograma apresentado a todos os atores envolvidos (tabela 47).

Tabela 47 Cronograma das Oficinas Regionalizadas

Mês	Módulo	Região				
		Norte	Central	Metropolitana	Sul	
Abril	Módulo 1 – Abordagem do planejamento e sua complexidade, considerando o marco constitucional da saúde como dever do Estado e direito do cidadão.	Data	29 e 30	27 e 28	27 e 28	29 e 30
Maio	Módulo 2 – Planejamento baseado nas necessidades sociais em saúde.	Data	19 e 20	19 e 20	21 e 22	21 e 22
Junho	Módulo 3 – Modo de atenção e modelos de provisão	Data	16 e 17	16 e 17	18 e 19	18 e 19
Julho	Módulo 4 – Regionalização, Territórios e Redes de Atenção	Data	14 e 15	14 e 15	16 e 17	16 e 17
Agosto	Módulo 5 – Modo de Gestão	Data	18 e 19	18 e 19	20 e 21	20 e 21
	Seminário de Encerramento	Data	31			

Fonte: ASSCOM da SES-ES

## Monitoramento

O espaço de governança será preservado a com o monitoramento dos planos regionais de saúde pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR).

## Conclusão

A agenda institucional da SES-ES priorizou as redes de atenção a saúde o que fortalece toda a implementação de organização dos serviços no s três níveis de atenção. Como ponto estratégico os municípios que compõem as regiões de saúde elaborarão seus respectivos Planos Regionais de Saúde. Espera-se que com a construção do Plano de Atenção Oncológica haja uma transparência e responsabilização dos entes de toda esfera de governo para um direcionamento às ações de forma integral das ações de controle dos cânceres, valorizando a saúde dos capixabas.

## **ANEXO 1**

### **PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS EM UROLOGIA**

#### **UROLOGIA ADULTO**

##### **1 É Neoplasia em trato geniturinário**

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia em trato geniturinário (lesões sólidas no trato geniturinário ou cisto com classificação de Bosniak superior a 3 devem ter preferência no encaminhamento ao urologista (UNACON/CACON), quando comparados com outras condições clínicas previstas nos protocolos.

##### **2 É Hiperplasia Prostática Benigna (HBP)**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

- Episódio de obstrução urinária aguda em paciente com hiperplasia prostática benigna.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- Doença renal crônica associada à obstrução prostática (hidronefrose e/ou volume residual pós miccional maior que 300 ml e/ou globo vesical); ou
- HPB com episódio de obstrução urinária aguda (após avaliação na emergência); ou
- HPB e infecção urinária recorrente (ver protocolo Infecção Urinária Recorrente); ou
- Sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco ou intermitente, esforço, esvaziamento incompleto, polaciúria, urgência/incontinência, noctúria).

##### **3 É Neoplasia de Próstata**

Não é recomendável solicitar PSA para rastreamento populacional do câncer de próstata. É necessário levar em consideração as preferências pessoais dos pacientes e informá-los

sobre potenciais benefícios e malefícios do rastreamento. Para pacientes com sintomas do trato urinário inferior, o PSA deve ser solicitado conforme suspeita clínica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- Suspeita clínica (toque retal suspeito com nódulo, endurecimento ou assimetria); ou
- Pacientes com sintomas de trato urinário inferior e PSA total elevado para sua idade (ver quadro 1 no anexo para limites de normalidade do PSA total por faixa etária). Nesses casos excluir aumento por infecção urinária ou prostatite e, se infecção, repetir PSA total após um mês do tratamento; ou
- Pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total maior ou igual a 10 ng/ml; ou
- Pacientes assintomáticos com idade inferior ou igual a 75 anos e PSA total menor do que 10 ng/ml persistentemente elevado para sua idade (repetir PSA total após 1 mês).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para UNACON/CACON:

- neoplasia em biópsia prostática

#### **4 É Patologias escrotais benignas (hidrocele, varicocele, cistos de cordão e epidídimo)**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

- Suspeita de torção de testículo (dor testicular aguda, edema e nódulo de consistência macia).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- Patologias escrotais benignas sintomáticas

#### **5 É Incontinência urinária**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia ou Ginecologia:

- Incontinência urinária.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- Paciente com prolapso genital e incontinência urinária.

## **6 É Disfunção sexual masculina**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- Disfunção erétil refratária ao tratamento com inibidores de fosfodiesterase-5 por 6 meses ;  
ou
- Disfunção erétil e contra-indicação (hipersensibilidade ou uso de nitrato oral) ou efeito adverso ao uso de inibidores de fosfodiesterase-5; ou
- Doença de Peyronie (caracterizada por placas ou nódulo palpável no pênis, ereção dolorosa, curvatura peniana e disfunção erétil) com incapacidade de manter relação sexual.
- Suspeita ou diagnóstico de hipogonadismo.

## **7 É Litíase renal**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Emergência:

- Litíase renal com obstrução de trato urinário provocando hidronefrose, sepse urinária e/ou dor incontrolável com tratamento otimizado na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- Cálculo ureteral maior que 10 mm assintomático; ou
- Cálculo ureteral entre 4 e 10 mm sintomático ou que não eliminou o cálculo após tratamento clínico; ou
- Cálculo vesical; ou
- Cálculo renal sintomático (episódios recorrentes de dor, hematuria ou infecção de trato urinário); ou
- Cálculo renal assintomático maior que 10 mm.

## **8 É Cistos/Doença policística renal**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- Cistos com alterações sugestivas de malignidade (achados ecográficos como paredes espessas e irregulares, septações, calcificações ou resultado de tomografia com classificação de Bosniak maior ou igual a 2F); ou

- Cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária).

## 9 É Doença renal crônica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- Hematúria persistente (confirmada em dois exames de EQU/EAS/Urina tipo 1, com 8 semanas de intervalo entre os mesmos e pesquisa de hemácias dismórficas negativa), independente da taxa de filtração glomerular; ou
- Alterações que provoquem lesão ou perda da função renal.

## 10 É Infecção urinária recorrente

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- Alteração anatômica no trato urinário que provoque ITU recorrente (três ou mais infecções urinárias no período de um ano).

## 11 É Condiloma acuminado / verrugas virais

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urologia:

- Homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Quadro 1- Limites de normalidade do PSA total por faixa etária.

Idade	Valores do PSA total (ng/ml):
50 . 59 anos	< 3
60 . 69 anos	< 4
70 . 79 anos	< 5

Fonte: BURFORD (2010).

## REFERÊNCIAS

- BARROS, E. et al. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BARROS, E.; FOCHESSATTO, L. F. (Org.). Medicina interna na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

- BARROS, E.; GONÇALVES, L. F. S. (Org.). Nefrologia no consultório. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- BENETT, W. M.; KRUSKAL, J. B.; RICHIE, J. P. Simple and complex renal cysts in adults. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/simple-and-complex-renal-cysts-in-adults>>. Acesso em: 27 jan. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:<[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio\\_PCDT\\_IST\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: endocrinologia e nefrologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. v. 1.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: Urologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. v. 6.
- BREEN, E.; BLEDAY, R. Condylomata acuminata (anogenital warts) in adults. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-in-adults>>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- BURFORD D. C., KIRBY M., AUSTOKER, J. Prostate Cancer Risk Management Programme information for primary care; PSA testing in asymptomatic men: evidence document. Oxford: NHS Cancer Screening Programmes, 2010. Disponível em: <<http://www.cancerscreening.nhs.uk/prostate/pcrmp-guide-2.html>>
- CHAPMAN, A. B.; RAHBARI-OSKOUI, F. F.; BENETT, W. M. Course and treatment of autosomal dominant polycystic kidney disease. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/course-and-treatment-of-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 27 jan. 2015.
- CLEMENS, J. Q. Urinary incontinence in men. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/urinary-incontinence-in-men>>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- CUNNINGHAM, G. R., R.C. Overview of male sexual dysfunction. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-male-sexual-dysfunction>>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- CUNNINGHAM, G. R., KADMON, Dov. Medical treatment of benign prostatic hyperplasia. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/medical-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia>>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- DUBEAU, C. E. Approach to women with urinary incontinence. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-women-with-urinary-incontinence>>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- DUNCAN, B. B. et al (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- EYRE, R.C. Evaluation of nonacute scrotal pathology in adult men. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-nonacute-scrotal-pathology-in-adult-men>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

FLANNERY M.T., ABEL E. Hiperplasia prostática benigna. Best Practice [Internet]. Londres: BMJ Publishing Group Limited, 2014 [atualizada em 31 out 2014]

GOROLL, A. H., MULLEY, A. G. Primary Care Medicine: office evaluation and management of the adult patient. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2.

HOOTON, T. M.; GUPTA, K. Recurrent urinary tract infection in women. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/recurrenturinary-tract-infection-in-women>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Próstata [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

LEVEY, S. A. INKER, L. A. Definition and staging of chronic kidney disease in adults. Waltham (MA): UpToDate Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/definition-and-staging-of-chronic-kidney-disease-in-adults>>. Acesso em: 20 jan 2015.

MCVARY, K. T. SAINI, R. Lower urinary tract symptoms in men. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/lower-urinarytract-symptoms-in-men?>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Lower urinary tract symptoms. The management of lower urinary tract symptoms in men. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2010. 34 p. (Clinical guideline, n. 97). Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg97/resources/guidance-lowerurinary-tract-symptoms-pdf>>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL 21

PAPADAKIS, M., MCPHEE, S., RABOW, M. W. Current: medical diagnosis & treatment. 52th. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2013.

POMPEO, A. C. L., et al. Câncer renal: diagnóstico e estadiamento. Associação Médica Brasileira, 2006. Sociedade Brasileira de Urologia. Projeto Diretrizes.

RHODEN, E. L., et al. Urologia: no Consultório. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SARTOR, A.O. Risk factors for prostate cancer. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-prostate-cancer>>. Acesso em 11 dez 2014.

SNYDER, P. J. Clinical features and diagnosis of male hypogonadism. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-and-screening-for-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

SOARES, J. L. M. F. et al. Métodos diagnósticos: consulta rápida. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TORRES, V. E.; BENETT, W. M. Diagnosis of and screening for autosomal dominant polycystic kidney disease. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-male-hypogonadism>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

## ANEXO 2

### PROCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS EM DERMATOLOGIA

#### 1 Ë Micoses

**HDA** - Encaminhar os pacientes tratados clinicamente sem melhora das queixas ou em casos de suspeita de micose profunda (cromomicose, lobomicose, etc), descrevendo a história sucinta constando data do início, evolução e tratamento instituído.

**Exame Físico** - Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com queixas, lesões sugestivas e com resistência ao tratamento.

**Contra- referência** - retorno à UBS para acompanhamento com o relatório do especialista.

#### 2 Ë Prurido / Eczema

**HDA** - Encaminhar os pacientes com queixas de prurido de difícil resolução, já afastadas possíveis causas orgânicas, de acordo com exame clínico. Ex: icterícia, causa medicamentosa, escabiose etc. Encaminhar paciente com história sucinta constando início dos sinais e sintomas, localização, fatores desencadeantes, tratamentos instituídos e exames complementares (se houver).

**Exame Físico** - Descrever o aspecto das lesões. Informar outros achados importantes.

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com quadros extensos e/ou graves.

**Contra-referência** - permanecer no nível secundário ou retorno à UBS para acompanhamento com o relatório do especialista.

#### 3 Ë Dermatite de Contato

**HDA** - Encaminhar somente casos sem causas definidas. Referir data do início dos sintomas, localização, fatores desencadeantes, frequência, intensidade das crises, medidas de prevenção adotadas e tratamentos instituídos.

**Exame físico** - Descrever aspecto e localização da lesão.

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com queixas e com lesões extensas e/ou graves.

**Contra-referência** - Retornar à UBS para acompanhamento com relatório do especialista.

#### **4 É Neoplasias Cutâneas / Diagnóstico Diferencial de Lesões Infiltradas**

**HDA** - Encaminhar os pacientes com lesões sugestivas. Ex: lesões com história de aumento progressivo, alteração das características iniciais (cor, aumento de espessura, bordas irregulares), presença de prurido e / ou sangramento.

**Exame Físico** - Descrever o aspecto, localização das lesões e presença de linfonodomegalia.

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com suspeita de melanoma e enfartamento ganglionar.

**Obs.:** Suspeita de melanomas (07 dias).

#### **5 É Herpes Zoster**

**HDA** - Encaminhar somente casos graves com comprometimento do estado geral ou pacientes imunodeprimidos. Informar tratamentos instituídos.

**Exame Físico** É Descrever o aspecto das lesões.

#### **6 É Discromias, Vitiligo**

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com suspeita clínica.

#### **7 É Hanseníase**

**HDA** - Encaminhar os pacientes que apresentem dificuldade de diagnóstico, lesões extensas, resistência ao tratamento inicial ou complicações (comprometimento neurológico e reações hansênicas). Informar tratamento instituído e reações.

**Obs.:** Lembrar que o paciente portador de Hanseníase é um paciente com necessidades de acompanhamento multidisciplinar, devendo ser encaminhado a outras especialidades

diante da necessidade, como cirurgião plástico, oftalmologista, neurologista, psicólogo, entre outros.

**Exame Físico** - Descrever o aspecto das lesões (tamanho, características e localização) e exame dermatoneurológico (palpação, teste de sensibilidade).

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com reação hansênica.

**Obs.:** Em caso de reação hansênica, priorizar para atendimento em 24h.

## **8 Ë Dermatoses Eritêmato-Escamosas (Psoríase. Líquen-Plano, Pitiríase Rosa, Ictioses)**

**HDA** - Encaminhar paciente com quadro clínico sugestivo e relatar tratamentos instituídos.

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com quadros extensos.

## **9 Ë Farmacodermias**

**HDA** - Encaminhar os pacientes com queixas de lesões de pele, associadas ao uso de medicações. Relatar frequência e intensidade das crises, descrevendo todos os medicamentos usados e o tempo de uso.

**Exame Físico** - Descrever o aspecto das lesões.

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com queixas lesões na mucosa e sintomas sistêmicos.

## **10 Ë Buloses (Pênfigo, Penfigóide, Dermatite Herpetiforme)**

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com quadro extenso e/ou com comprometimento de mucosas.

**Obs.:** Em casos extensos e/ou com comprometimento de mucosas priorizar atendimento para 24h.

## **11 Ë Lesões Ulceradas (Leshimaniose)**

**HDA** - Encaminhar os pacientes com suspeita de lesões típicas de leishmaniose (com bordas elevadas, endurecidas que não cicatrizam há mais de 30 dias, mesmo instituído tratamento com antibioticoterapia).

**Exame Físico** - Descrever o aspecto das lesões e evolução.

**Prioridade para a Regulação** - Pacientes com queixas.

## **12 É DST (condiloma, DIP, úlcera genital)**

**HDA** - Encaminhar pacientes com lesões sugestivas.

**Exame físico** - Descrever aspecto da lesão.

**Prioridade para regulação** - Pacientes com lesões graves e/ou extensas e/ou gestantes.

**Obs.:** Casos de DIP, encaminhar somente.

**Obs.:** Em casos de DIP, priorizar o *atendimento* para 24h.

## **13 É Acne**

Encaminhar com história sucinta, relatando os medicamentos empregados, se for o caso, e enumerar as doenças de base.

Pacientes com Acne grau II, sem resposta a tratamento medicamentoso e orientações de higiene.

Pacientes com Acne grau III.

Pacientes com suspeita de rosácea.

**Priorizar:** pacientes com Acne grau IV e V e rosácea.

## **14 É Alopecia**

História clínica e dados relevantes do exame físico.

Formas simples de alopecia areata resistentes a tratamento (Especificar o tratamento).

Alopecia areata universal.

Excluir diagnóstico de micose, dermatite seborréica, causas sistêmicas, uso de substâncias químicas que causam alopecia, causas psicogênicas (tricotilomania).

**Exames a apresentar** - Hemograma, Glicemia, TGO, TGP, Ferritina, TSH.

## **15 É Cisto Cutâneo**

História clínica e dados relevantes do exame físico.

Presença de múltiplas lesões, dificuldade de definir o tipo de lesão, excluir diagnóstico de cisto sinovial.

### **16 É Dermatite Seborréica**

História clínica e dados relevantes do exame físico, ausência de melhora com tratamento prévio (descrever tratamento realizado).

Pacientes imunocomprometidos.

Prioridade: generalização do quadro (eritoderma).

### **Outros motivos frequentes de encaminhamento**

**Problemas estéticos** - melasma, cicatrizes de acne a depender do grau de repercussão psicossocial do problema.

**FONTE: ÍPROPOSTA DE PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOSÍ**

**(SESA É ES)**

## **ANEXO 3**

### **PROTOSCOLOS DE REGULAÇÃO PARA ACESSO A CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS EM PROCTOLOGIA**

#### **PROCTOLOGIA ADULTO**

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Proctologia. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade no encaminhamento.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas. Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia de canal anal ou colorretal devem ter preferência no encaminhamento ao proctologista, quando comparados a outras condições clínicas previstas nos protocolos.

Esses critérios devem ser readaptados conforme necessidade da regulação local. As seguintes condições necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência: obstrução intestinal aguda, episódio de hematoquezia/melena agudo, hemorroida encarcerada. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar essa decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

#### **1 Ê Hemorroidas**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Hemorróidas internas ou mistas que persistem sintomáticas após tratamento conservador por 2 meses (suplementação alimentar de fibras e aumento de ingestão hídrica, banho de assento, evitar uso de papel higiênico); ou
- Hemorróidas internas com grau III e IV.

## **2 É Fissura anal**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- ~ Fissura anal recorrente/refratária ao tratamento clínico conservador por 2 meses; ou
- ~ Fissura anal com comorbidade orifical cirúrgica (fístula).

## **3 É Fístulas anais**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Caso suspeito (secreção perianal persistente, abscessos anorretais recorrentes) ou diagnóstico de fístula anorretal.

## **4 É Condiloma acuminado/verrugas virais**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para proctologia:

- Pacientes com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Pacientes imunossuprimidos com verrugas refratárias ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões; ou
- Pacientes com condiloma acuminado (verruga viral genital ou perianal)/verrugas virais refratárias ao tratamento por pelo menos 3 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- Mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- Homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou numerosas).

## **5 É Suspeita de neoplasia do trato gastrointestinal inferior**

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para colonoscopia, quando disponível na APS:

- Investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida (homens com hemoglobina menor que 13 g/dL e mulheres com hemoglobina menor que 12 g/dL), sem outros sinais e sintomas que orientem investigação inicial;
- Sangramento persistente em trato gastrointestinal inferior não atribuível a doença orifical;
- Episódio de melena no qual foi excluído origem do sangramento no trato gastrointestinal superior;
- Rastreamento de paciente com história familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados;
- Acompanhamento de lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico;
- Pesquisa de sangue oculto positivo nas fezes em programa de rastreio de tumor colorretal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastrologia ou Proctologia:

- Pacientes com indicação de colonoscopia na impossibilidade de solicitar o exame na APS;
- Acompanhamento de lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico;

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para CACON ou UNACON:

- Diagnóstico de neoplasia maligna colorretal;
- Suspeita (massa ou úlcera anal persistente) ou diagnóstico de neoplasia maligna de canal anal;
- Suspeita clínica/radiológica de neoplasia maligna colorretal.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio\\_PCDT\\_IST\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- BREEN, E.; BLEDAY, R. **Condylomata acuminata (anogenital warts) in adults**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-in-adults>>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- CARUSI, D. A. **Treatment of vulvar and vaginal warts**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-vulvar-and-vaginalwarts>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

CLEMENS, J. Q. **Pathogenesis, clinical features, and diagnosis of interstitial cystitis/bladder pain syndrome.** Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis-of-interstitialcystitis-bladder-pain-syndrome>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED. Abnormal uterine bleeding. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2015. Disponível <<http://web.b.ebscohost.com/dynamed/detail?vid=2&sid=9549a6d9-a63d-4920-a6e4eb35230d9f80%40sessionmgr115&hid=118&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1keW5hbWVklWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#db=dme&AN=361089>>. Acesso em: 3 ago. 2015.

FREITAS F. et al. **Rotinas em ginecologia.** 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GOROLL, A. H.; MULLEY JR, A. G. **Primary care medicine:** office evaluation and management of the adult patient. 6. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA.

Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)> Acesso em: 25 jan. 2016.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Heavy menstrual bleeding.** NICE Clinical Guideline 44. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg44>>. Acesso em 31 jul. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Ovarian**

**cancer:** the recognition and initial management of ovarian cancer. NICE Clinical Guideline 122. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg122>>. Acesso em 31 jul. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Suspected**

**cancer:** recognition and referral. NICE Clinical Guideline 12. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2015. Disponível em <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>>. Acesso em 31 jul. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Urinary**

**incontinence:** the management of urinary incontinence in women. NICE Clinical Guideline 171. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013 [atualizado em 2015]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg171>>. Acesso em 31 jul. 2015.

SIMON, C.; EVERITT, H.; VAN DORP, F. **Manual de clínica geral de Oxford.** Porto Alegre: ArtMed, 2013.

TIMMERMAN, D. et al. Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. **Ultrasound in Obstetrics and Gynecology**, Lancaster, v. 31, n. 6, p. 681-90, 2008.

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18504770>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

TIMMERMAN, D. et al. Simple ultrasound rules to distinguish between benign and malignant adnexal masses before surgery: prospective validation by IOTA group. **BMJ**, London, v. 341, c6839.

## ANEXO 4

### **Resolução 014/2015**

03/03/2015

#### RESOLUÇÃO Nº 014/2015

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião realizada dia 27 de fevereiro de 2015, às 10 horas, no auditório da Secretaria de Saúde, Enseada do Suá, Vitória-ES

Considerando a Portaria nº 001-R, que enuncia uma política com foco na prevenção tanto dos fatores de risco (tabagismo, álcool, obesidade e radiação solar) quanto dos tipos de câncer mais sensíveis a atenção primária;

Considerando a Portaria GM/MS n.º 252, de 19 de fevereiro de 2013 que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria n.º 874 de 16 de maio de 2013 que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria n.º 140 de 27 de fevereiro de que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### RESOLVE:

Art. 1º - Aprova o Plano de Atenção Oncológica, do Estado do Espírito Santo.

Art.2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Vitória, 03 de março de 2015

RICARDO de OLIVEIRA  
Presidente da CIB/SUS-ES  
Secretário de Estado da Saúde