



**Encontro de Cacons/Unacons**  
do Rio Grande do Sul  
para **Construção de Protocolos**  
**Essenciais em Oncologia:**

*câncer  
de pulmão*

Organização: **EDUCARE**  
EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

Apoio: **AstraZeneca** 

## Encontro de CACONS e UNACONS do Rio Grande do Sul Para Construção de Protocolos Essenciais em Oncologia: Câncer de Pulmão

No dia 15 de setembro de 2023, a Educare promoveu o encontro dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACONS) e Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONS) do Rio Grande do Sul para construção de protocolos essenciais em oncologia para câncer de pulmão. O evento, realizado no Plenarinho da Assembléia Legislativa do RS, contou com o apoio da AstraZeneca, abertura do deputado estadual do RS Dr. Thiago Duarte, médico ginecologista, bem como com a participação presencial e online de diversos representantes de CACONS/UNACONS do estado. Além dos atores envolvidos diretamente na jornada, estiveram presentes representantes da Secretaria Estadual de Saúde do RS, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, o presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) e outras entidades engajadas com esta causa.

O projeto teve como objetivo construir um protocolo essencial a partir do mapeamento de *gaps* e gargalos da jornada de pacientes com câncer de pulmão atendidos em CACONS/ UNACONS do estado do RS. A construção do protocolo se deu a partir das respostas dos centros/unidades a um questionário específico, considerando também os *guidelines* atuais de câncer de pulmão. O grupo técnico, composto pelo médico oncologista Dr. Otávio Al-Alam e pela enfermeira especialista em onco hematologia Valesca Cezar, elaborou uma sugestão de protocolo, contemplando o mínimo considerado essencial pelos representantes dos centros de referência, com sugestões de melhorias, apontando as fragilidades a serem superadas na atual jornada do paciente com câncer de pulmão atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no RS. No dia do encontro, as equipes multidisciplinares de CACONS/UNACONS do RS se reuniram em formato colaborativo, gerando a discussão dos achados e a finalização dos dados para entrega do protocolo desenvolvido no projeto em formato de infográfico e *paper report*.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de pulmão é o terceiro tipo de câncer mais comum em homens e o quarto em mulheres no Brasil, sendo o primeiro no mundo em incidência entre os homens e o terceiro entre as mulheres. Estimativas mundiais de 2020, apontavam a incidência de 2,2 milhões de casos novos e, segundo a estimativa em 2022 do INCA, para 2023 são esperados 32.560 casos novos no Brasil, sendo 18.020 homens e 14.540 mulheres. No que tange à mortalidade, o câncer de pulmão é o primeiro entre os homens e o segundo entre as mulheres, e em 2020 foi responsável por 28.618 mortes no Brasil, sendo que no final do século XX, o câncer de pulmão se tornou uma das principais causas de morte evitáveis<sup>1</sup>.

O cigarro é de longe, o fator de risco mais importante para o desenvolvimento desta doença, sendo que 85% dos casos diagnosticados estão associados ao consumo de derivados do tabaco. Além disso, existem estudos que comprovam que a exposição a agentes carcinogênicos no trabalho (asbesto, arsênico etc.) podem estar relacionados com 17 a 29% dos casos de câncer de pulmão. O risco ocupacional está relacionado ao tempo de exposição, ao ambiente de trabalho e a fatores genéticos. Quando diagnosticado em estágio inicial, a taxa de sobrevivência em cinco anos do câncer de pulmão é de 56%, porém, somente

16% dos casos são cânceres localizados ao serem diagnosticados. Sabe-se também que a taxa de sobrevivência relativa em cinco anos para câncer de pulmão no Brasil é de 18%, pois a maior parte dos casos é diagnosticada em fases mais avançadas, não existindo consenso e indicação no país para rastreamento populacional<sup>1</sup>.

O câncer de pulmão compreende seis tipos histológicos: carcinoma de pequenas células, carcinoma epidermoide, adenocarcinoma, carcinoma de grandes células, carcinoma adenoescamoso e carcinoma indiferenciado. Para fins terapêuticos e prognósticos, são diferenciados em dois grupos: o carcinoma de pequenas células (CPPC) e o carcinoma de não pequenas células (CPCNP). O primeiro grupo, CPPC, corresponde a cerca de 15% dos casos, com evolução clínica mais agressiva, enquanto o segundo grupo corresponde aos outros 85% dos casos. Nas últimas décadas, com a evolução do tratamento do câncer de pulmão, tem sido evidenciada a importância de se conhecer os subtipos histológicos e suas características moleculares, principalmente diferenciando os subtipos escamoso e não escamoso do CPCNP e também, identificando a presença de mutação do receptor para o fator de crescimento epitelial (EGFR) nos casos de adenocarcinoma, dados esses que irão interferir diretamente na escolha, segurança e eficácia dos medicamentos antineoplásicos a serem utilizados<sup>2</sup>.

## **POLÍTICAS PÚBLICAS E JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE**

Ao diagnosticar uma doença grave como o câncer de pulmão, além do impacto psicológico que o paciente e os familiares enfrentam, existem ainda os entraves para o acesso à assistência e tratamento adequados. E quando falamos do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus percalços, que acabam atrasando e onerando a jornada do paciente, uma das vias que se apresenta como alternativa viável para pacientes e médicos é a judicialização em saúde. Segundo o deputado estadual Dr. Thiago Duarte, esta via representa mensalmente aos cofres do estado do Rio Grande do Sul cerca de 15 milhões de reais e, em contrapartida, a criação de políticas públicas que aumentem a previsibilidade desses gastos, representaria uma economia de 150 milhões de reais ao ano, permitindo ao estado investir na ampliação do atendimento, em programas de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce e, até mesmo, na incorporação de novas tecnologias se comprovadamente eficazes no manejo de doenças graves como o câncer de pulmão.

Dentre os projetos de lei do deputado que hoje tramitam na assembleia legislativa e aguardam para serem votados, o PL 371/2019 dispõe sobre a criação de um Programa Estadual de Medicamentos de Alto Custo e Alta Complexidade (Oncológicos) e estabelece as diretrizes para formação de uma lista para aquisição de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado do Rio Grande do Sul, evitando o sequestro de valores e a judicialização indevida. Além disso, é necessária a melhoria na gestão para aquisição e distribuição destas drogas destinadas a patologias que necessitem de ação imediata para seu controle. O PL 303/2021 prevê a criação de um Programa Estadual de aquisição de medicamentos, sendo este um programa de adesão dos municípios para a aquisição de medicamentos e outros bens, realizado pelo Estado do Rio Grande do Sul, e que tem por objetivo oferecer aos municípios a possibilidade de

compra de medicamentos e outros bens, gerando maior eficiência e economia aos cofres públicos.

Além de todo o cenário que envolve pressão para incorporação de novas tecnologias e judicialização para acesso ao tratamento, não se pode esquecer que um dos principais fatores de risco para o câncer de pulmão é a exposição ativa ou passiva ao tabaco, por isso a importância de destinar recursos para programas de promoção e prevenção, com foco na cessação do tabagismo, visto que a qualquer tempo resulta na diminuição do risco de desenvolver câncer de pulmão. Neste sentido, há o PLC 182/2020, que também tramita na assembleia legislativa como projeto de lei complementar e que, segundo Dr. Thiago Duarte, tem como objetivo assegurar a disponibilidade de recursos financeiros para programas e projetos voltados à prevenção do câncer no estado do Rio Grande do Sul. Outra proposta possível e já implementada no estado de São Paulo para aumentar os recursos disponíveis para a saúde no estado, é a reformulação da loteria estadual, destinando o recurso para áreas básicas como a saúde. Tal proposta (PL 46/2021) também tramita aguardando para ser votada e, se aprovada pelos parlamentares, autorizará o estado do Rio Grande do Sul a explorar o serviço público de loterias, observando o disposto na legislação federal quanto às modalidades lotéricas passíveis de operação, destinando parte da arrecadação à saúde dos gaúchos em programas como o Fundo de Combate ao Câncer.

## **A JORNADA DO PACIENTE COM CÂNCER DE PULMÃO NO RS: O BÁSICO x O IDEAL x O ESSENCIAL**

Os dados que deram origem ao infográfico preliminar elaborado para o encontro presencial e que embasaram a escrita deste *paper report*, são oriundos dos questionários encaminhados para os CACONS e UNACONS do estado. De um total de 30 centros/unidades convidados, 14 instituições enviaram suas respostas, que foram analisadas pelos especialistas que compõem o *Leader Group* do projeto. O questionário aplicado continha 39 questões para mapeamento de *gaps* e gargalos na jornada do câncer de pulmão, divididas em sessões compreendendo a jornada do paciente (Promoção e Prevenção, Rastreamento, Diagnóstico e Estadiamento, Tratamento, Doença Avançada, Follow Up, Financiamento e Repasse, Equipe Multidisciplinar).

A jornada ideal focada no câncer de pulmão envolve muito mais do que pensarmos em estratégias para incorporação de novas tecnologias e medicamentos: envolve a educação da população, através de políticas de prevenção e promoção em saúde que falem sobre os fatores de risco do câncer de pulmão, o maior deles o tabagismo, e também sobre os sinais e sintomas, para que o paciente seja capaz de reconhecer sinais de alerta e procurar a rede de atenção em saúde de forma precoce, antes do avanço da doença. Além disso, está ligada à educação de profissionais da atenção primária para diagnóstico precoce em pacientes de alto risco (tabagistas) com sintomas como tosse, falta de ar e hemoptise, solicitando tomografia de tórax para avaliação ou referenciando o paciente para um centro de alta complexidade.

No que tange ao campo da prevenção/promoção, os CACONS/UNACONS relatam engajar-se em

iniciativas como palestras de orientações nutricionais e incentivo à prática de atividade física e outros hábitos de vida saudável, porém, somente 9 das 14 instituições realizam no seu centro campanhas antitabagismo, sendo o tabaco o principal fator de risco para o câncer de pulmão. Contudo, é preciso ponderar que tais campanhas de promoção e prevenção em saúde, bem como os programas de cessação do tabagismo devem ser o foco da atenção básica em saúde, visto esta ser a porta de entrada do usuário no SUS, além de estar mais próxima do cotidiano dos pacientes e os acompanharem ao longo dos anos. Os centros/unidades de referência devem engajar-se nessas iniciativas como parceiros da atenção básica na construção de ações, palestras e materiais educativos que tenham esta finalidade.

Outro mecanismo de prevenção e promoção em saúde a ser considerado é o uso de aplicativos digitais que auxiliem na disseminação de conhecimento baseado em evidências, elaborado por especialistas que orientem e empoderem os pacientes sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de pulmão.

O câncer de pulmão é intrinsecamente relacionado ao tabagismo (ativo e passivo) e por isso apresenta grande potencial de prevenção, no entanto, diagnosticá-lo precocemente é um grande desafio por seus sintomas iniciais inespecíficos e sua rápida evolução. Apesar de não existirem métodos eficazes para rastreamento da população em geral, existem evidências atuais que indicam a eficácia do rastreamento na redução da mortalidade em grupos de alto risco através de tomografia de baixa dose de radiação e algumas sociedades internacionais já indicam o rastreamento para casos selecionados. No Brasil, ainda não existe um consenso e uma recomendação formal por parte do Ministério da Saúde (MS) e do INCA, apesar do rastreamento ser citado no tópico de diagnóstico das Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) para câncer de pulmão publicadas em 2014. É de fundamental importância pensar nos riscos de reproduzir tal rastreamento no país, pois em muitos casos existem os resultados falso-positivos, que acabam por levar o paciente a submeter-se a mais exames, por vezes invasivos, e no fim, não ter o diagnóstico de câncer de pulmão confirmado<sup>2</sup>.

Ainda assim, dadas as respostas dos questionários e o debate realizado no encontro presencial, percebe-se que já existem em alguns serviços iniciativas de rastreio com tomografia de baixa dose para pacientes de alto risco, tabagistas ou por risco ocupacional. Contudo, cabe pontuar que o rastreio geralmente não é algo realizado pelos CACONS/UNACONS e sim por serviços da atenção primária e/ou secundária em saúde, onde os pacientes são avaliados por pneumologistas, e a partir de determinados critérios, selecionados para rastreio com exames de imagem.

Por fim, considera-se de extrema importância conhecer melhor os dados epidemiológicos da população alvo para formulação de estratégias, estabelecimento de critérios de *screening* e otimização de recursos para o rastreamento, sendo ainda essencial destacar que o exame padrão-ouro para rastreio é a tomografia de tórax e não radiografia, impactando diretamente em mortalidade. Diante das respostas ao questionário, da discussão no encontro e dos dados da literatura disponíveis, considera-se essencial o estabelecimento de rastreamento para paciente de alto risco (idade entre 50 e 80 anos, fumantes ativos ou que pararam nos últimos 15 anos, com carga tabágica de 20 maços por ano ou mais) com

tomografias de baixa dose.

Apesar de não existirem perguntas específicas sobre regulação dos pacientes na rede de atenção à saúde nos questionários respondidos pelos CACONS/UNACONS, no dia do encontro, durante as falas dos representantes das instituições, pode-se perceber que muitos entraves da jornada do paciente com câncer de pulmão atendido pelo SUS no estado estão vinculados à demora e burocracia desse sistema. Houve relatos de casos de pacientes que são encaminhados para um serviço de referência para uma especialidade cirúrgica e muitas vezes tem de retornar à atenção básica em saúde para ser regulada novamente para a especialidade da oncologia. O mesmo acontece com pacientes que entram nos serviços de referência em oncologia via emergência, e tendo o diagnóstico de neoplasia são, então, encaminhados para a atenção básica para regularizar o acesso à oncologia para continuidade do tratamento.

Existem alguns casos em que as instituições possuem Núcleos Internos de Regulação (NIR), sendo possível regular o paciente para a oncologia, assim como regularizar o acesso do paciente que deu entrada via emergência, também, internamente. Durante o evento presencial, Dr. João Marcelo Lopes Fonseca, médico da Atenção Especializada da Secretaria Estadual de Saúde do RS, comentou sobre a regulação dos pacientes através da rede e negou a necessidade de encaminhar o paciente para a rede de atenção básica para regulação nos casos de oncologia, sendo possível para todos os centros realizarem a regulação interna desses casos supracitados. Ainda ressaltou que nos casos em que as unidades de alta complexidade em oncologia não disponham de alguma especialidade cirúrgica ou determinado tipo de tratamento (por exemplo, radioterapia), o paciente pode então ser encaminhado para outro centro a fim de realizar os procedimentos específicos e então retornar para a sua unidade de referência, pois essas respeitam fatores como distância do domicílio do paciente, o que acaba tornando a jornada menos onerosa para o paciente e família. No entanto, Dr. João Marcelo ressaltou a importância de analisar caso a caso e individualizar as decisões, visto que nem sempre retornar o paciente para a sua unidade de referência pode ser o melhor para ele, mas no geral, deve-se respeitar as referências evitando a sobrecarga dos serviços pela regulação errônea.

O diagnóstico do câncer de pulmão é feito a partir da investigação de sintomas respiratórios (tosse, dispneia, hemoptise) e constitucionais (fadiga e emagrecimento) ou por achado radiológico atípico em exame realizado para outros fins, sendo que o diagnóstico definitivo é firmado pelo exame histopatológico ou citológico de espécime tumoral obtido por broncoscopia, mediastinoscopia, biópsia pleural ou biópsia pleuropulmonar a céu aberto ou por vídeo, ou ainda anatomopatológico da peça cirúrgica, não sendo recomendada a citologia do escarro. Segundo dados dos questionários, 57% dos centros referem que a maioria dos pacientes já chega com diagnóstico anatomopatológico, porém, quando necessário realizar a biópsia no centro/unidade, por vezes, o tempo máximo de espera excede os 30 dias recomendados pelas evidências científicas para nódulos pulmonares suspeitos, direito garantido por lei (Lei 13.896/2019). Vale frisar que é essencial que a imuno-histoquímica seja solicitada junto com a análise anatomopatológica, bem como se necessário, os exames moleculares e de mutação.

Após a confirmação da malignidade e do tipo histológico do tumor pulmonar, deve-se então estadiar a doença. Estadiar um caso de câncer significa avaliar seu grau de disseminação, a fim de definir o tipo de tratamento e prever o prognóstico do paciente. Para casos de câncer de pulmão, conforme a DDT atual, os métodos de estadiamento recomendados são a tomografia de tórax e abdômen, e a totalidade dos centros que participaram respondendo ao questionário, tem acesso a esses exames. Contudo, metade dos centros afirmou que os exames de estadiamento podem demorar de 30 a 60 dias para serem realizados, e em 14% dos serviços podem levar mais de 60 dias, sendo que idealmente os exames de estadiamento devem ser realizados em até 30 dias.

Ainda sobre o estadiamento, a DDT atual recomenda a indicação de PET-CT para casos de câncer de pulmão não pequenas células<sup>2</sup>, porém, somente dois serviços relataram utilizar esta tecnologia. Durante a discussão da resposta sobre esta indicação, verificou-se que a grande maioria dos centros não dispõe da tecnologia, tendo que encaminhar os pacientes para outros serviços para a realização do exame, o que acaba onerando em tempo a jornada do paciente com câncer de pulmão, que em grande parte já chega aos centros com doença avançada.

Em relação ao tratamento do câncer de pulmão, ao longo dos anos houve muitos avanços, sendo que atualmente existem diversas possibilidades terapêuticas, porém, muitas das tecnologias disponíveis ainda não estão incorporadas ao SUS. Ainda em relação ao tratamento sistêmico, foi possível notar que existem diferenças no acesso a medicamentos tanto na adjuvância quanto na doença avançada entre os centros, devido à diferença de valor da droga de um centro para o outro, não sendo possível encaixá-lo na Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC) em todos os serviços. Todavia, a partir das respostas dos questionários, percebeu-se que em alguns serviços (cerca de 20% deles) o tempo até a primeira aplicação de quimioterapia quando indicada pode ser de até 60 dias, tempo limite para o primeiro tratamento segundo a legislação atual (Lei 12.732/2012).

Atualmente, muito mais do que uma doença dividida em dois grandes grupos, pequenas células e não pequenas células, o câncer de pulmão é definido por seus subtipos histológicos e a partir de exames moleculares que guiam os tratamentos sistêmicos. Os exames de mutação realizados nos centros abrangem as principais alterações moleculares como: EGFR, ALK, BRAF, HER, PDL1, KRAS e em 85% dos serviços eles são realizados no contexto da doença metastática em primeira linha com incentivo da indústria farmacêutica. Outro dado interessante é que em metade dos centros/unidades os pacientes com EGFR mutado com progressão à primeira linha, conseguem ter acesso à pesquisa de T790m em biópsia líquida ou tecidual, porém, foi relatado que após o resultado do exame faz-se necessário judicializar a alternativa de tratamento por não estar disponível no SUS. Os centros/unidades afirmam que entre as dificuldades para realização do tratamento medicamentoso está a desatualização do guideline do serviço em relação a DDT atual, o desabastecimento e questões de logística para compra, disponibilização e administração dos medicamentos antineoplásicos.

Além disso, faz-se necessário o investimento em testes moleculares no diagnóstico do câncer de pulmão, testes de baixo custo, testes biflexo das mutações para os quais já existem alvos terapêuticos

aprovados, a serem oferecidos nos próprios centros, ao invés de dependerem do incentivo da indústria farmacêutica, pensando no impacto relevante em sobrevivência desses pacientes. A partir desses dados, relacionados ao tratamento sistêmico, fica clara a necessidade de discutir precificação com a indústria e de intensificar a incorporação de novas tecnologias, especialmente as disponíveis para administração oral, visto que existe escassez de espaço e recursos humanos para administração de tratamentos sistêmicos endovenosos nos centros/unidades de referência. Fica evidente também, a necessidade de diminuir a judicialização destes tratamentos, algo que pode se concretizar a partir da criação de métodos e listas de medicamentos que possam incentivar a previsibilidade de gastos e otimizar o uso de recursos financeiros do estado.

O tratamento cirúrgico no contexto atual, em que o paciente já acessa o serviço tardiamente, pode até parecer coadjuvante na jornada do paciente com câncer de pulmão. Contudo, na grande maioria das vezes o paciente acessa o centro/unidade de referência através de especialidades cirúrgicas, e nos casos de doença avançada ou status/performance que contraindiquem procedimentos cirúrgicos, são então encaminhados para o oncologista. Uma sugestão para otimização dos tempos da jornada do paciente com câncer de pulmão, é que os pacientes passem por uma triagem realizada pelo oncologista, podendo essa ser realizada por meio de tele-consulta, para que se possa então encaminhar os casos cirúrgicos e dar encaminhamento rápido aos pacientes com doença avançada para que iniciem o tratamento sistêmico/radioterápico com brevidade.

Em cerca de 21% dos centros o serviço de cirurgia torácica não está disponível, sendo necessário que o paciente seja encaminhado para outro local para biópsia e ressecção cirúrgica quando indicada, ou realização de exames pré-operatórios, o que impacta negativamente no tempo da jornada desses pacientes. No caso do tratamento radioterápico, 71% dos centros conta com parque radioterápico e o tratamento inicia em até 30 dias, porém, em 21% dos centros o início do tratamento pode demorar mais de 30 dias. Nos casos em que o serviço não dispõe de radioterapia, o paciente é encaminhado e pode ter de se deslocar 200km diariamente para dar continuidade ao tratamento.

No dia do encontro presencial, além de todas as sugestões relacionadas ao módulos do questionário, ainda houve um amplo incentivo por parte dos profissionais para que os pacientes com câncer de pulmão sejam inseridos em pesquisas clínicas e possam ter acesso a outras linhas de tratamento ainda não incorporadas ao SUS. Sugere-se a criação de uma rede com todos os centros de pesquisa clínica, onde se possa cadastrar o paciente e o perfil molecular e se possa ter um panorama de estudos abertos indicados para aquele paciente em questão.

As políticas do SUS direcionadas ao paciente com câncer abrangem a jornada desde a prevenção até os cuidados paliativos e conforme a legislação vigente, os serviços devem obrigatoriamente contar com assistência ou programa de cuidados paliativos para serem habilitados em centros ou unidades de alta complexidade em oncologia. Todavia, 42% dos serviços responderam que não contam cuidados paliativos e os outros 58% encaminham somente pacientes com doença avançada e em fase final de vida, sabendo-se que idealmente os cuidados paliativos devem ser ofertados desde o diagnóstico até o

final da jornada do paciente com câncer, impactando em qualidade de vida e sobrevida conforme evidências científicas atuais. Nos locais onde há o serviço, não foi possível inferir a partir dos dados coletados, se existe um programa consolidado ou se são iniciativas isoladas, mas fica clara, diante do contexto, a necessidade de ampliar urgentemente a oferta de cuidados paliativos nos CACONs e UNACONs do RS de modo a proporcionar o acompanhamento precoce dos pacientes, impactando em desfecho e morbimortalidade.

O câncer de pulmão é uma doença desgastante para o paciente e família, diagnosticada em estadios avançados na maior parte das vezes, envolvendo tratamentos agressivos, efeitos colaterais e sequelas, uma ampla perda de autonomia desse paciente e por vezes um alto custo econômico para essa família. Nesse sentido, além de um cuidado multidisciplinar que auxilie no gerenciamento dos efeitos colaterais e preste uma assistência qualificada e centrada nas necessidades do paciente, buscando aumentar a adesão ao tratamento e prevenindo fatores que possam levá-lo a desistir do tratamento (quadros depressivos, problemas sociais), ainda é necessário que se invistam em programas de enfermagem navegadora em câncer de pulmão. A navegação de pacientes em oncologia tem se mostrado cada vez mais eficiente para manter o paciente no centro do tratamento, possibilitando que esse seja ativo e tenha voz durante a sua jornada terapêutica, podendo opinar na condução daquilo que faz sentido para ele, impactando significativamente nos níveis de qualidade de vida dos pacientes navegados frente aos que não possuem essa experiência.

Outra questão relevante abordada pelos profissionais no dia do encontro é a relevância da realização de *tumor boards*, reuniões da equipe multiprofissional (cirurgiões, oncologistas clínicos, radioterapeutas, patologistas, enfermagem, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, entre outros) em que se discutem as condutas terapêuticas mais efetivas para cada caso, como por exemplo, qual a melhor sequência de tratamento, planejamento da reabilitação, levando em conta o histórico, as condições atuais e as preferências de cada paciente. Já existem evidências científicas de que tais reuniões impactam efetivamente em desfecho clínico, satisfação do paciente, qualidade de vida e sobrevida.

A jornada terapêutica do paciente com câncer de pulmão envolve inúmeros *gaps* e gargalos conhecidos na literatura, sendo esta patologia uma doença silenciosa, que quando apresenta sintomas já está em estágio avançado, não havendo protocolos ou programas de rastreamento e diagnóstico precoce. A incorporação de novas tecnologias do SUS não acompanha a evolução do tratamento do câncer de pulmão ao longo dos anos, impactando tanto em qualidade de vida quanto em sobrevida dos pacientes, contudo, antes de falarmos de incorporação de novas drogas e tratamentos inovadores, sabe-se que os principais esforços precisam ser realizados em políticas de prevenção com campanhas antitabagismo e programas de diagnóstico precoce, pois é sabido que a neoplasia de pulmão só é potencialmente curável quando em estadios clínicos I, podendo ser ressecada cirurgicamente, e o paciente devolvido à sua vida social e profissional em plenas condições de seguir em frente sem sequelas.

Por fim, este encontro e a construção conjunta do protocolo essencial, demonstram que todos os

profissionais estão engajados em melhorar o acesso, diminuir os entraves e fornecer atendimento humanizado e de qualidade aos pacientes com câncer de pulmão durante sua jornada no atendimento de saúde pública.

Clique no link e assista ao vídeos pós-evento: <https://eduprimebrasil.com.br/encontro-de-cacons-unacons-do-rio-grande-do-sul-para-construcao-de-protocolos-essenciais-em-oncologia-cancer-de-pulmao/>.

**Elaborado por** Valesca Cezar (COREN/RS 464.801) - Enfermeira especialista em oncohematologia do *Leader Group* do projeto.

**Colaboração de** Otávio Al-Alam (CREMERS 39863) - Médico oncologista do *Leader Group* do projeto.

Setembro de 2023

## Referências

1. BRASIL. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional do Câncer, 2022. Dados e números sobre câncer de pulmão: Relatório Anual 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pulmao>
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria Conjunta nº 957, de 26 de setembro de 2014. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Pulmão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2014/ddt\\_capulmao\\_26092014.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2014/ddt_capulmao_26092014.pdf)
3. CALIXTO, Murilo Seixas et al. O impacto dos cuidados paliativos no tratamento de pacientes com câncer de pulmão. Revista Eletrônica Acervo Médico, v. 23, n. 7, p. e12815-e12815, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/12815/7739>
4. BORCHARTT, Dara Brunner; SANGOI, Kelly Cristina Meller. A importância do enfermeiro navegador na assistência ao paciente oncológico: uma revisão integrativa da literatura. Research, Society and Develop v. 11, n. 5, p. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28024>.