

# PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS ONCOLÓGICAS

2017



**FICHA TÉCNICA**

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.  
Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2017  
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017.  
ISSN: 2183-0746

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença, Mortalidade, Morbilidade, Rastreio, Cancro

**EDITOR**

Direção-Geral da Saúde  
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa  
Tel.: 218 430 500  
Fax: 218 430 530  
E-mail: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

**AUTOR**

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

**PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS ONCOLÓGICAS**

Diretor: Nuno Miranda  
Adjuntos: Margarida Brito Gonçalves  
Equipa: Carla Andrade e Gonçalo Santos

Lisboa, setembro, 2017

## ÍNDICE

---

1. RESUMO EM LINGUAGEM CLARA   SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE	4
2. ESTADO DA SAÚDE EM 2016	5
3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM 2016	7
3.1. Vigilância Epidemiológica	7
3.2. Prevenção	15
3.3. Diagnóstico	17
3.4. Tratamento	17
3.5. Apoio à Sociedade Civil	19
3.6. Comunicação e Imagem	19
3.7. Cooperação e Relações Internacionais	19
4. ORIENTAÇÕES PROGRAMÁTICAS 2017-2020	20
4.1. Enquadramento	20
4.2. Visão	20
4.3. Missão	20
4.4. Metas de Saúde a 2020	20
4.5. Implementação	21
4.6. Monitorização	21
5. ATIVIDADES PARA 2017	22
5.1. Desígnios para 2017	22
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

## 1. RESUMO EM LINGUAGEM CLARA

### O que é este documento?

Este documento faz um ponto de situação sobre a Oncologia em Portugal, os novos casos, a mortalidade relacionada e os tratamentos utilizados.

### O que consta do documento?

Um sumário das atividades feitas em 2016, uma previsão do que vai ser feito em 2017 e o que se prevê fazer até 2020.

### Quais são as principais conclusões?

O Cancro tem uma importância cada vez maior em Portugal, mas o Serviço Nacional de Saúde tem sido capaz de responder ao aumento de necessidades dos nossos doentes.

### O que se quer atingir em 2020?

- Tornar os programas de rastreio oncológico acessíveis a todos os portugueses. Reduzir a mortalidade associada a tumores preveníveis;
- 100% cobertura de nacional para os cancros da mama, colo do útero e colon e reto;
- Promover a integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares em três doenças oncológicas;
- Reduzir para menos de 10% as cirurgias que são feitas após o tempo definido para a sua realização.

## 1. SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE

### What is this document?

This document shows the situation of Oncology in Portugal, the new cases, the mortality related and what treatments are used.

### What can I find in this document?

A summary of what we did in 2016, what we hope to do in 2017 and what we expect to do until 2020.

### What are the main conclusions?

Cancer has an increasing importance in Portugal, however, the National Health Service has been able to respond to the increased needs of our patients.

### What do we aim for 2020?

- Having screening programs accessible to all Portuguese and Reduce mortality associated to preventable tumors;
- 100% of national coverage for cancers of the breast, cervix and colon and rectum;
- Promote integration of primary health care and hospital care in three oncological diseases;
- Reduce to less than 10% the surgeries that are done after the defined time for its accomplishment.

## 2. ESTADO DA SAÚDE EM 2016

Ao longo dos últimos anos, temos assistido, à semelhança do que se passa no resto da Europa, a um aumento regular da incidência do Cancro no nosso país, a uma taxa constante de aproximadamente 3% ao ano. Este aumento resulta do envelhecimento da população (1), fruto do aumento da taxa de sucesso no tratamento tanto do Cancro como de outras patologias aumentando a probabilidade do aparecimento de novas neoplasias. Aliados a estes factos, estão também presentes modificações dos estilos de vida, com impacto significativo na incidência de Cancro.

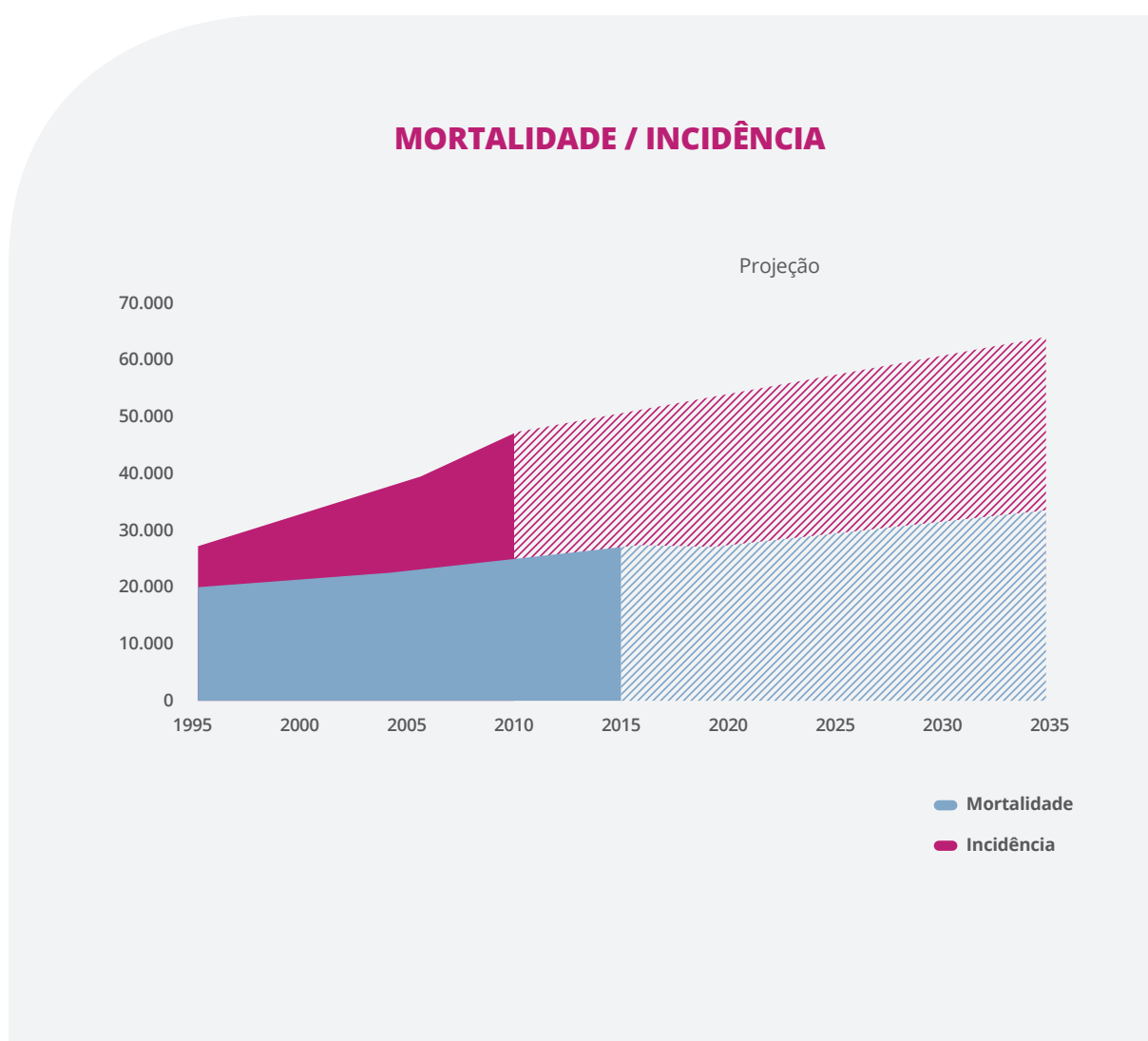
Para além da modificação do número de novos casos, existe também modificação na idade média dos doentes, no padrão de neoplasias e nas necessidades dos nossos doentes, com uma complexidade crescente.

As causas evitáveis de Cancro são de grande importância, não sendo nunca demais realçar o papel do tabaco, como

a causa evitável mais importante. Outros factores de risco conhecidos, como a exposição solar, os erros alimentares, a obesidade, o consumo excessivo de álcool e a infeção por alguns vírus, são áreas de importante intervenção, na educação dos cidadãos na literacia da saúde.

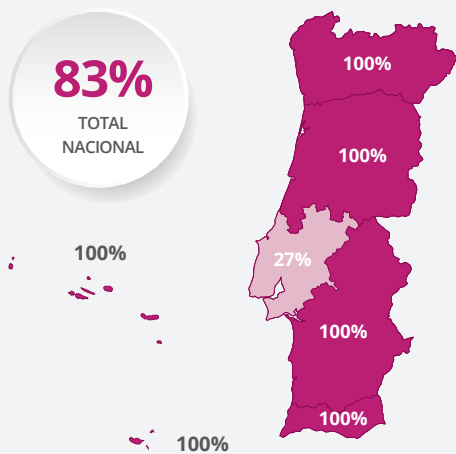
Durante o ano de 2016 houve uma expansão significativa dos programas de rastreios oncológicos, com mais utentes rastreados e maior taxa de adesão dos convidados.

As intervenções conducentes a reduzir o aumento de incidência do Cancro em Portugal são a aposta de futuro. Tomar medidas de prevenção primária, que promovam comportamentos saudáveis (modificação de estilos de vida e programas de vacinação) como de prevenção secundária (diagnóstico precoce) são a única forma de mitigar a atual epidemia do Cancro.

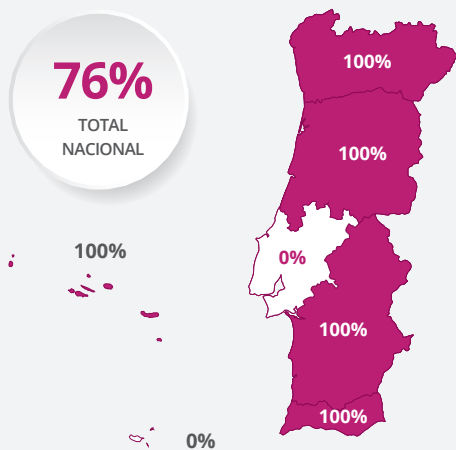
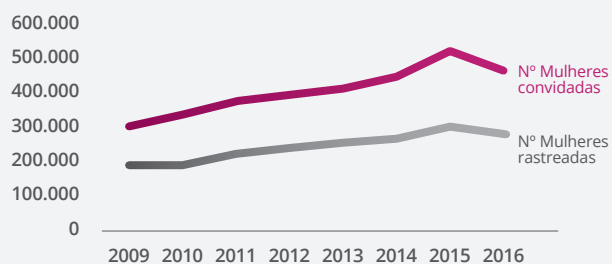


## RASTREIOS

### Mama

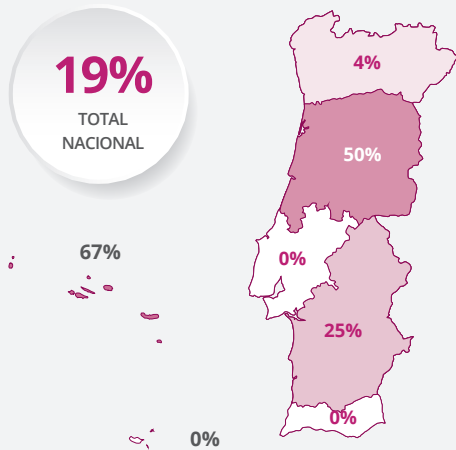
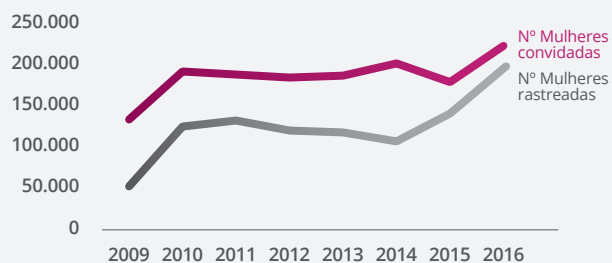


Evolução nº mulheres convidadas e rastreadas



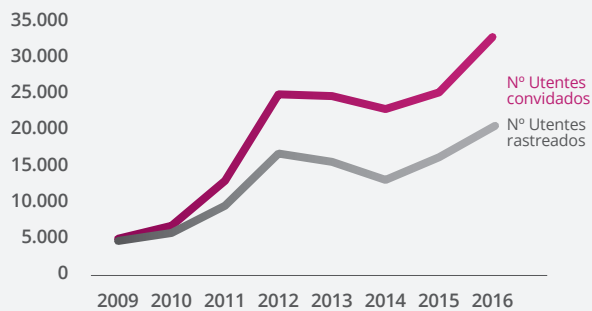
### Colo do Útero

Evolução nº mulheres convidadas e rastreadas



### Colon e Reto

Evolução do nº de utentes rastreados



## 3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM 2016

### 3.1. Vigilância Epidemiológica

#### Mortalidade

A variação do número de novos casos e dos óbitos por cancro, ao longo das últimas décadas, mostra uma linha ascendente em ambos os parâmetros, mas crescendo muito mais a incidência do que a mortalidade. Embora tenhamos cada vez mais casos, fruto do envelhecimento da população e da mudança de estilos de vida, há cada vez mais sucesso no tratamento deste grupo de doenças.

A análise das variações de mortalidade por neoplasia maligna, mostra em 2015 um aumento da taxa bruta em 2%, mesmo assim inferior ao aumento esperado da incidência, que deverá rondar os 3%.

A necessitar de mais análise o aumento da taxa padronizada em 0,4%, contrariando a tendência dos últimos anos de descida sustentada. Este pequeno aumento pode apenas corresponder a flutuação estatística normal ou a melhorias na qualidade do registo, pela consolidação do Sistema Informático de Certificados de Óbito. No entanto, não podemos descartar eventual efeito tardio da crise económica portuguesa, por dificuldades de acesso.

A variação do número de novos casos e dos óbitos por cancro, ao longo das últimas décadas, mostra uma linha ascendente em ambos os parâmetros, mas crescendo muito mais a incidência do que a mortalidade. Embora tenhamos cada vez mais casos, fruto do envelhecimento da população e da mudança de estilos de vida, há cada vez mais sucesso no tratamento deste grupo de doenças.

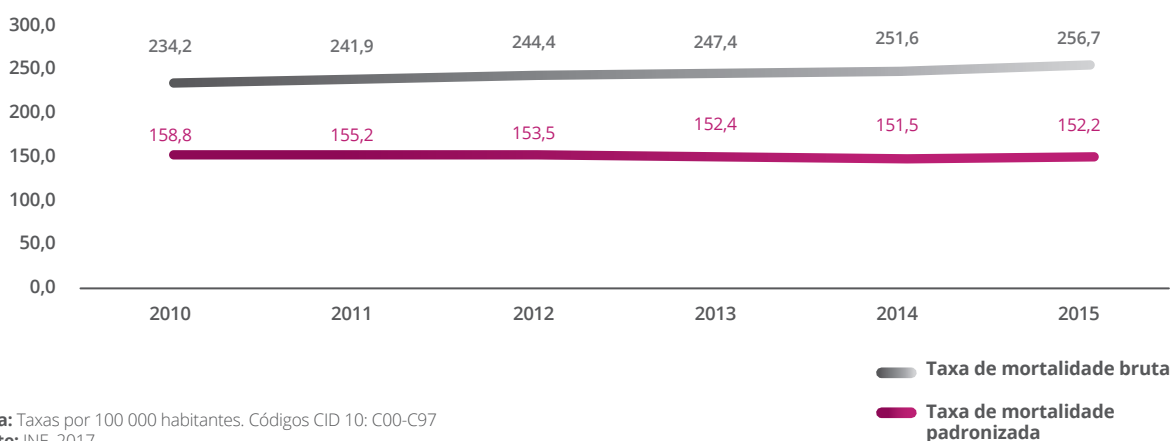
A relação entre crise económica e aumento da mortalidade por cancro, ficou bem estabelecida num estudo publicado por Mahiben Maruthappu (2). À crise de 2008-2010, foi por este autor atribuído um excesso de mortalidade por cancro de 260 000 casos, no espaço da OCDE, com particular ênfase para cancros potencialmente tratáveis. Este efeito está fortemente relacionado com o aumento do desemprego, mas é também reconhecido, pelo mesmo autor, um muito menor impacto nos países com sistemas de saúde com cobertura universal, como é o caso do português.

As variações observadas em Portugal são iguais em ambos os sexos e sucedem tanto acima como abaixo dos 65 anos, como se evidencia nos gráficos abaixo.

Não estando ainda disponíveis dados europeus referentes a 2015, quando nos comparamos com os restantes países europeus em termos de incidência e de mortalidade padronizada por cancro, e referente a 2012, o ano mais recente em que existem dados disponíveis, a situação portuguesa é francamente positiva. Mais importante do que a relativa baixa incidência é a baixa mortalidade comparativa.

Ainda em relação à situação portuguesa, avaliámos também as variações temporais em algumas neoplasias específicas, de particular interesse epidemiológico. No caso da mortalidade por cancro do pulmão observámos um aumento do número de óbitos, mas apenas no sexo feminino. No sexo masculino, onde se continua a observar a grande maioria dos óbitos, nota-se uma evolução positiva, em linha com a diminuição de incidência observada em 2012, sendo a inflexão consequente de anos de campanhas de luta antitabágica.

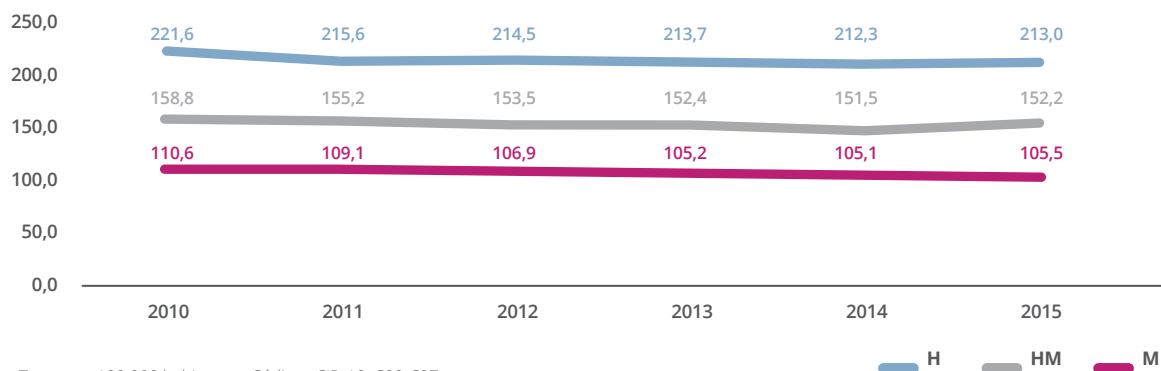
**GRÁFICO 1 EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE BRUTA E PADRONIZADA POR TUMORES MALIGNOS EM PORTUGAL | 2010 - 2015**



Nota: Taxas por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: C00-C97

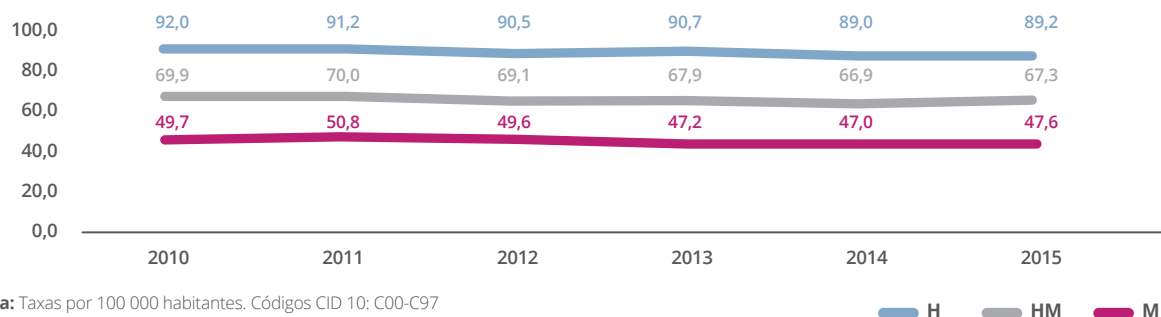
Fonte: INE, 2017

**GRÁFICO 2 EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR TUMORES MALIGNOS, POR SEXO EM PORTUGAL | 2010 - 2015**



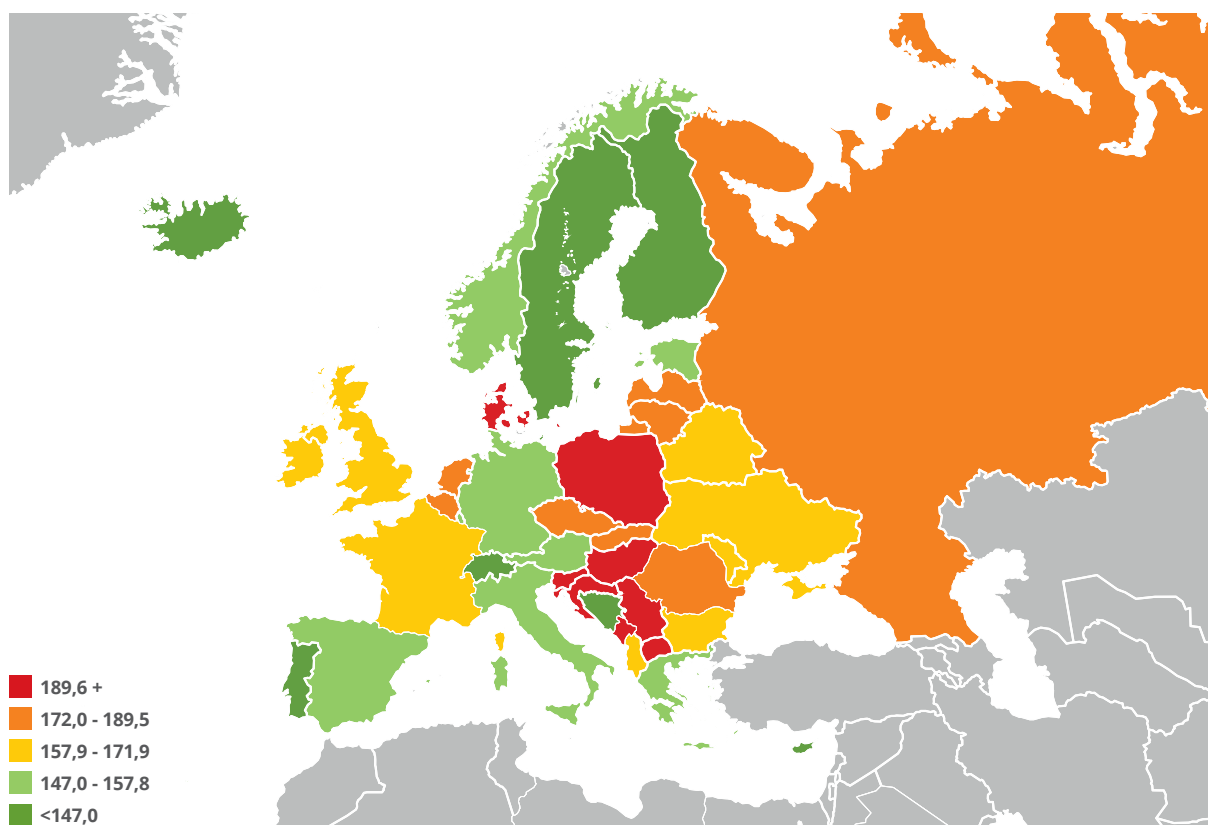
Nota: Taxas por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: C00-C97  
 Fonte: INE, 2017

**GRÁFICO 3 EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA (MENOS DE 65 ANOS) POR TUMORES MALIGNOS, POR SEXO EM PORTUGAL | 2010 - 2015**



Nota: Taxas por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: C00-C97  
 Fonte: INE, 2017

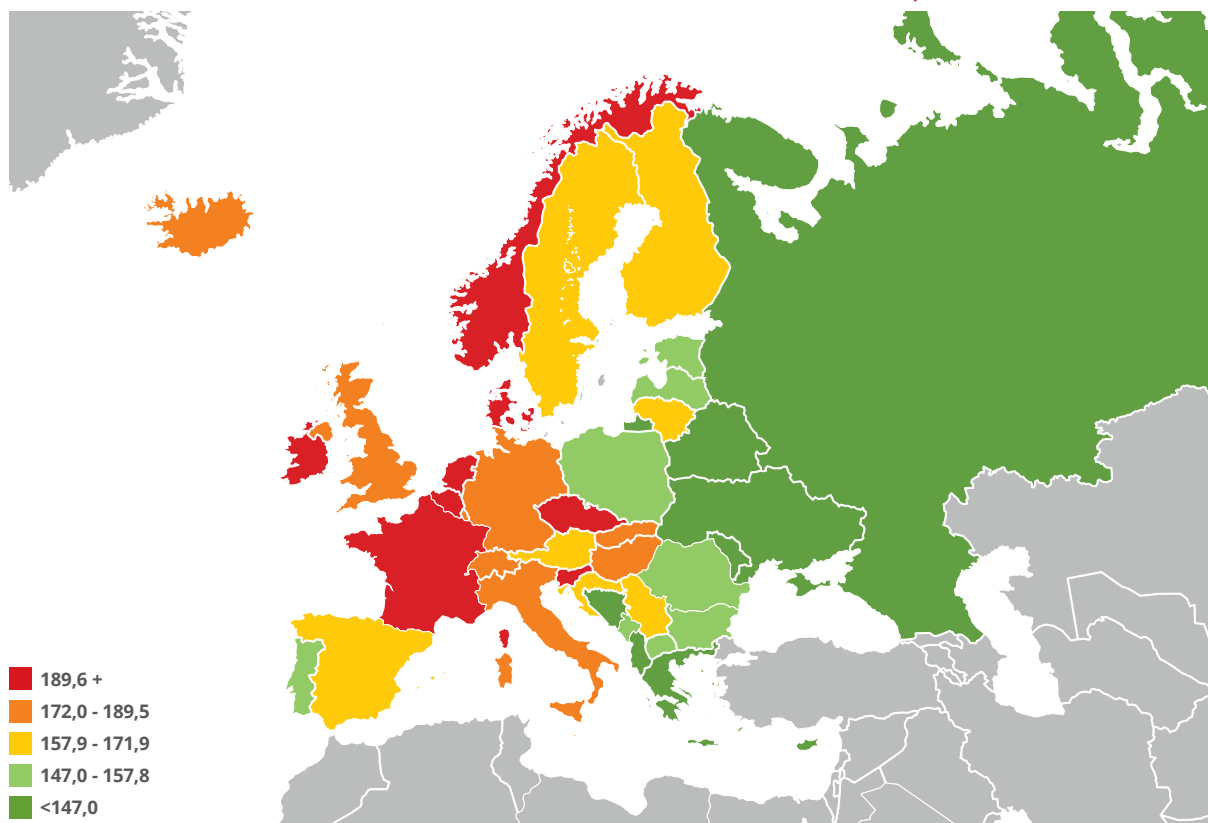
**FIGURA 1 MORTALIDADE PADRONIZADA NOS PAÍSES DA EUROPA EM AMBOS OS SEXOS | 2012**



Fonte: Adaptado de WHO/IARC



FIGURA 2 ESTIMATIVA DE INCIDÊNCIA NOS PAÍSES DA EUROPA EM AMBOS OS SEXOS | 2012



Fonte: Adaptado de WHO/IARC

As medidas legislativas levaram ao aumento da taxação e à restrição dos espaços públicos de consumo de tabaco. Merece também particular relevância o combate aos novos produtos do tabaco, que a legislação, aprovada em 2017, passou a tratar como semelhantes.

Foram também muito relevantes as medidas destinadas a promover a mudança de comportamentos, nomeadamente o aumento da acessibilidade a consultas de cessação

tabágica, tendo sido garantido, em 2016, pelo menos uma consulta aberta de cessação tabágica em cada ACES do país e a publicação do Despacho n.º 14202-A/2016, de 25 de novembro, que, entre outras medidas, reforça a necessidade de aumentar o acesso a consultas de cessação tabágica e determina a comparticipação dos medicamentos antitabágicos sujeitos a receita médica, cuja implementação ocorreu de forma inovadora em 2017.

**TABELA 1 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO, POR SEXO EM PORTUGAL | 2010 - 2015**

TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO					
	2011	2012	2013	2014	2015
<b>H/M</b>					
Número de óbitos	3.705	3.670	4.002	3.927	4.015
Taxa de mortalidade padronizada	24,3	23,8	25,8	24,6	24,9
<b>HOMENS</b>					
Número de óbitos	2.894	2.856	3.147	3.077	3.035
Taxa de mortalidade padronizada	43,3	42,3	46,2	43,9	42,8
<b>MULHERES</b>					
Número de óbitos	811	814	855	850	980
Taxa de mortalidade padronizada	9,2	9,1	9,4	9,4	10,7

Nota: Taxas por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: C 33-34

Fonte: INE, 2017

O aumento de 15% da mortalidade no sexo feminino, como já era esperado, reflete as mudanças conhecidas no consumo de tabaco. Este aumento, previsivelmente vai-se acentuar nos anos mais próximos, em linha como a diminuição da assimetria de género, no consumo de tabaco nas idades mais jovens.

A grande transformação cultural necessária é obrigatoriamente lenta, e vai exigir esforços porfiados da sociedade.

O reforço da luta antibiótica, junto das idades mais jovens, e em particular no sexo feminino, é essencial, para obter resultados no longo prazo.

As variações de mortalidade, no cancro da mama feminina, mostram um aumento muito discreto do número de óbitos, bem como da mortalidade padronizada.

Comparativamente com os valores da União Europeia, os números em Portugal continuam a ser dos mais baixos.

**TABELA 2 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DA MAMA FEMININA, EM PORTUGAL | 2010 - 2015**

TUMOR MALIGNO DA MAMA FEMININA					
	2011	2012	2013	2014	2015
Número de óbitos	1.634	1.752	1.640	1.660	1.683
Taxa de mortalidade padronizada	19,0	20,0	18,2	17,9	18,2

**Nota:** Taxas por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: C 50

**Fonte:** INE, 2017

Os valores de mortalidade associados ao Cancro colorretal, mostram um aumento do número de óbitos com uma pequena diminuição da taxa padronizada.

Estes dados significam que os óbitos ocorrem cada vez em idades mais avançadas.

**TABELA 3 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DO CÓLON, DA JUNÇÃO RETOSSÍGMÓIDE E DO RETO, POR SEXO, EM PORTUGAL | 2010 - 2015**

TUMOR MALIGNO DO CÓLON E RETO					
	2011	2012	2013	2014	2015
<b>H/M</b>					
Número de óbitos	3.791	3.776	3.803	3.760	3.812
Taxa de mortalidade padronizada	21,6	21,2	21,2	20,5	20,3
<b>HOMENS</b>					
Número de óbitos	2.161	2.222	2.213	2.181	2.284
Taxa de mortalidade padronizada	29,6	29,7	29,4	28,3	29,1
<b>MULHERES</b>					
Número de óbitos	1.630	1.552	1.590	1.579	1.525
Taxa de mortalidade padronizada	15,6	14,9	15,1	14,7	13,8

**Nota:** Taxas por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: C18 - C20

**Fonte:** INE, 2017

No caso do Cancro do Estômago observamos também uma discreta elevação, em ambos os sexos, contrariando a tendência dos últimos anos de descida sustentada. Portugal

continua a registar taxas de incidência e de mortalidade elevadas, para o padrão europeu, com assimetrias regionais significativas.

**TABELA 4 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DO ESTÔMAGO, POR SEXO, EM PORTUGAL | 2010 - 2015**

<b>TUMOR MALIGNO DO ESTÔMAGO</b>					
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>H/M</b>					
Número de óbitos	2.428	2.371	2.265	2.290	2.336
Taxa de mortalidade padronizada	14,5	14,0	13,2	13,1	13,4
<b>HOMENS</b>					
Número de óbitos	1.491	1.424	1.349	1.381	1.400
Taxa de mortalidade padronizada	21,1	20,0	18,8	18,7	19,0
<b>MULHERES</b>					
Número de óbitos	937	947	916	909	936
Taxa de mortalidade padronizada	9,4	9,3	8,9	8,8	8,9

**Nota:** Taxas por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C 16.

**Fonte:** INE, 2017

No Cancro do Colo do Útero verificou-se uma diminuição tanto no número de óbitos como na taxa padronizada. A expansão dos programas de rastreio tem -se refletido em

ganhos de saúde importantes, havendo ainda alguma margem para melhoria.

**TABELA 5 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DO COLO DO ÚTERO, EM PORTUGAL | 2010 - 2015**

<b>TUMOR MALIGNO DO COLO DO ÚTERO</b>					
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Número de óbitos	247	214	204	210	201
Taxa de mortalidade padronizada	3,2	2,8	2,5	2,6	2,4

**Nota:** Taxas por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C 53

**Fonte:** INE, 2017

O número de óbitos, bem como a taxa padronizada, relacionados com o Cancro da Próstata, tiveram uma diminuição em 2015, sendo mais marcante a diminuição da taxa

de mortalidade. Significa esta informação que houve menos óbitos e ocorreram em idades mais avançadas.

**TABELA 6 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DA PRÓSTATA, EM PORTUGAL | 2010 - 2015**

<b>TUMOR MALIGNO DA PRÓSTATA</b>					
	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
Número de óbitos	1.815	1.806	1.714	1.787	1.723
Taxa de mortalidade padronizada	21,9	21,5	20,0	20,3	19,3

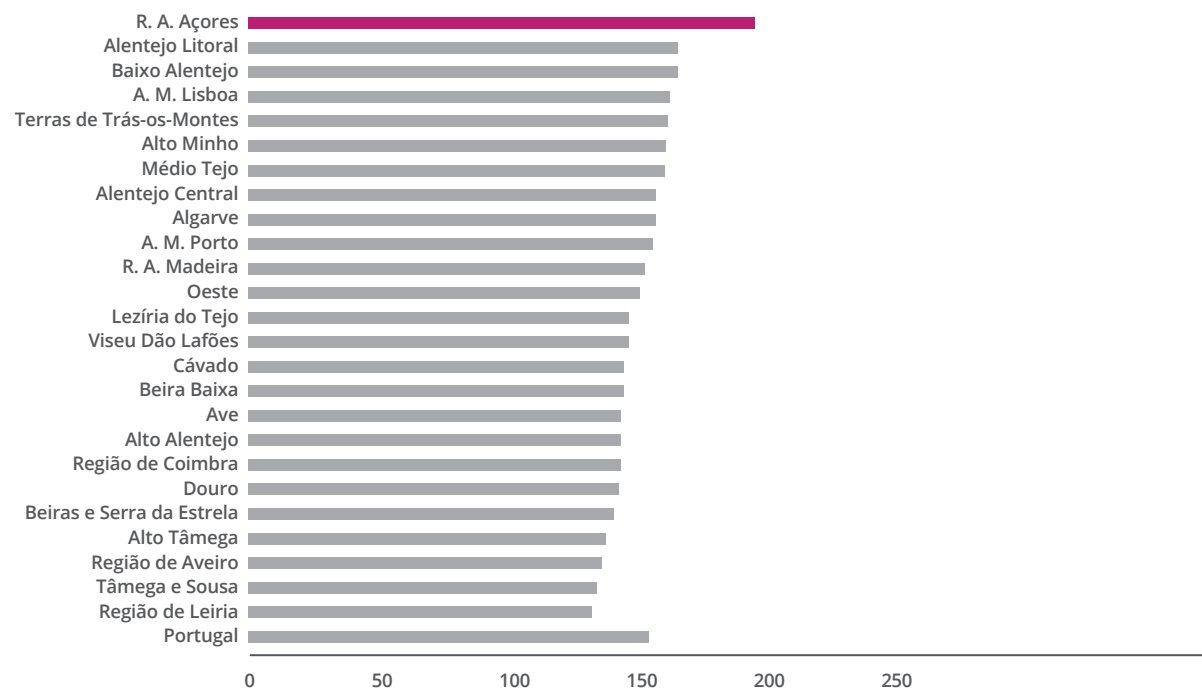
**Nota:** Taxas por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C 61

**Fonte:** INE, 2017

Para avaliar assimetrias no nosso território, estudámos a mortalidade global por Cancro, e por alguns tumores específicos, analisando-a regionalmente. Os dados constantes desta análise, referem-se a mortalidade padronizada, ou seja, o estudo elimina o efeito da variação da estrutura etária, simulando uma população semelhante em todas as regiões.

Quando avaliamos a mortalidade por cancro, considerando todas as neoplasias, os desvios regionais são pouco significativos, com exceção para a Região dos Açores. É conhecido que as neoplasias relacionadas com o consumo de tabaco têm uma maior incidência nesta região.

## GRÁFICO 4 MORTALIDADE PADRONIZADA POR CANCRO



**Nota:** Taxas por 100 000 habitantes

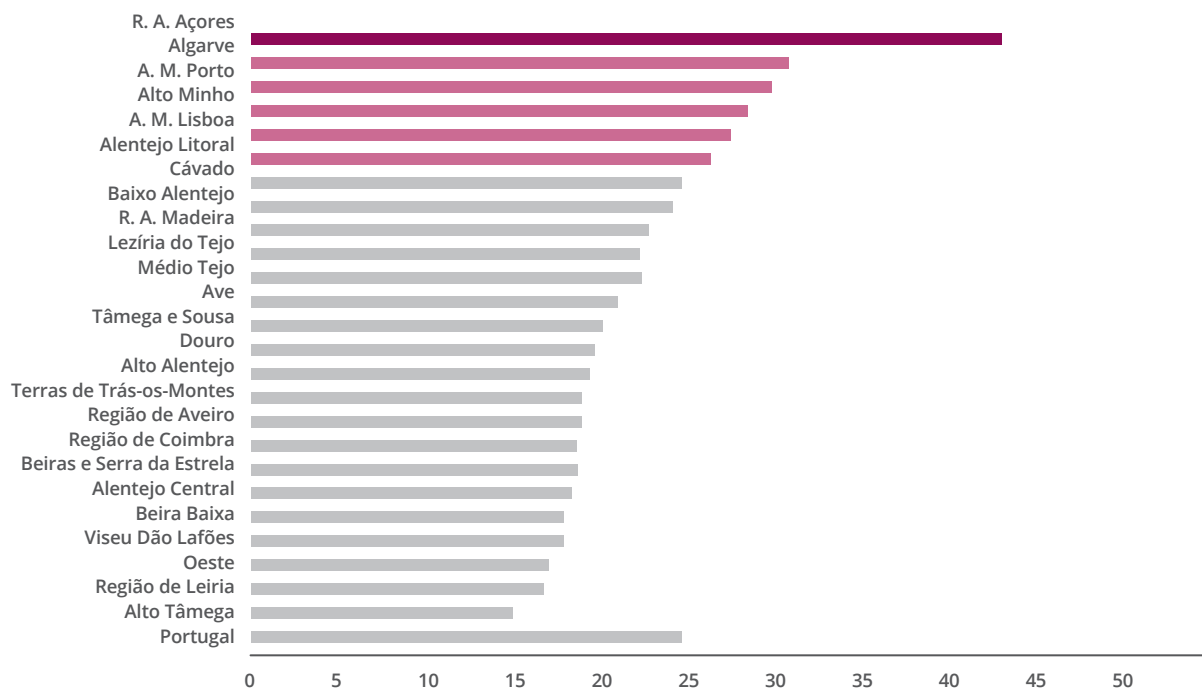
**Fonte:** INE, 2017

Realizámos também a análises de algumas neoplasias específicas, pela sua particular importância epidemiológica.

No caso do Cancro do Pulmão, que é ainda a neoplasia com maior mortalidade em Portugal, observamos uma variação geográfica significativa, com maior mortalidade nos

Açores, mas também com mortalidades acima da média nas regiões do Algarve, Área Metropolitana do Porto, Alto Minho, Área Metropolitana de Lisboa e Alentejo Litoral. No caso particular dos Açores a assimetria é muito marcada, sendo de alertar a menor taxação do tabaco nesta região autónoma.

## GRÁFICO 5 MORTALIDADE POR CANCRO DO PULMÃO

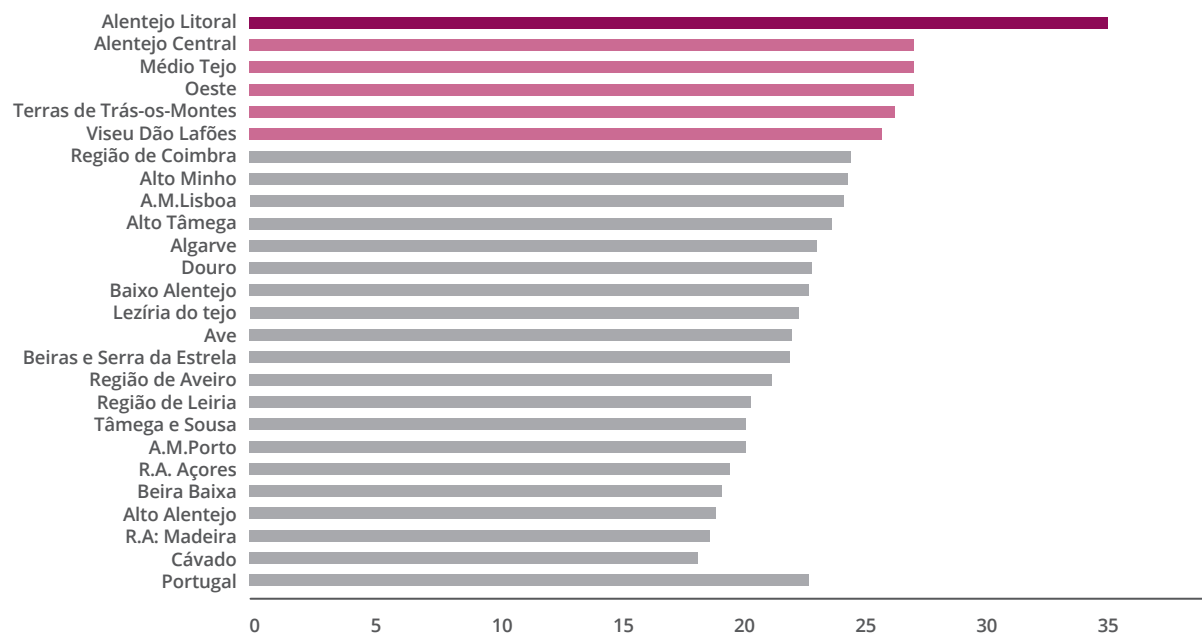


**Fonte:** INE, 2017

No cancro colorretal a mortalidade padronizada é relativamente homogénea ao longo do país, com exceção na Região do Alentejo Litoral, onde observamos valores subs-

tancialmente mais elevados. As variações nesta região podem dever-se apenas a variações estatísticas de pequenos números, necessitando de ser confirmadas.

**GRÁFICO 6 MORTALIDADE POR CANCRO COLORRETAL**

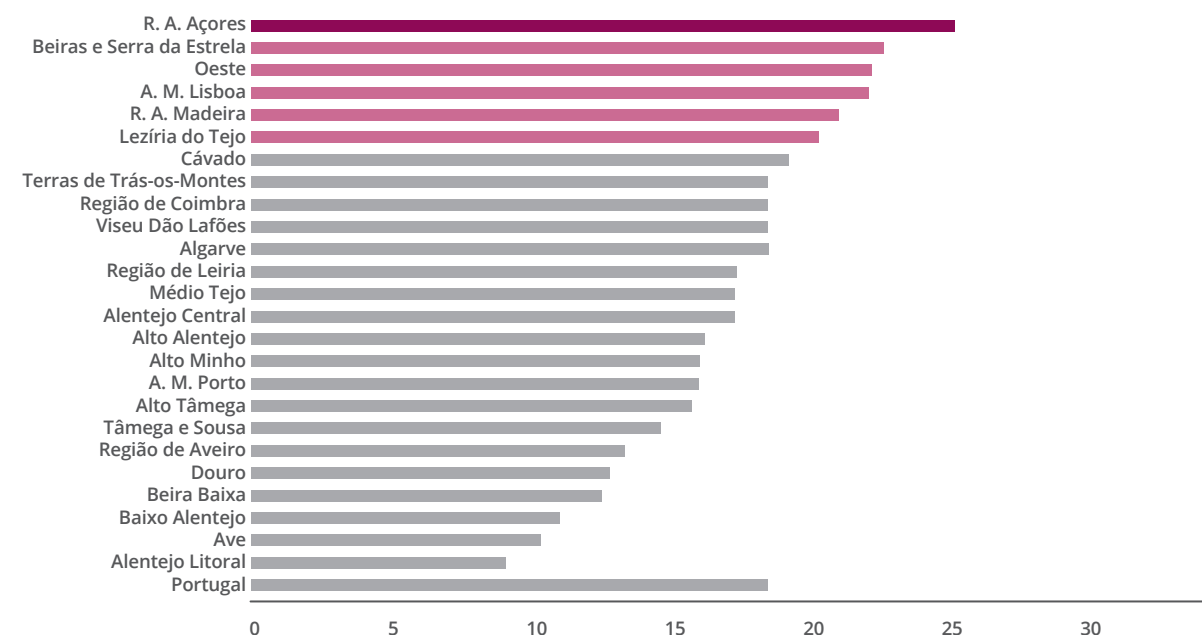


Fonte: INE, 2017

Apresentamos em seguida os dados para o Cancro da Mama Feminina, em que se verifica uma maior mortalidade na Região dos Açores, seguida pelas Regiões da Beiras e

Serra da Estrela, Oeste, Área Metropolitana de Lisboa, Madeira e Lezíria do Tejo.

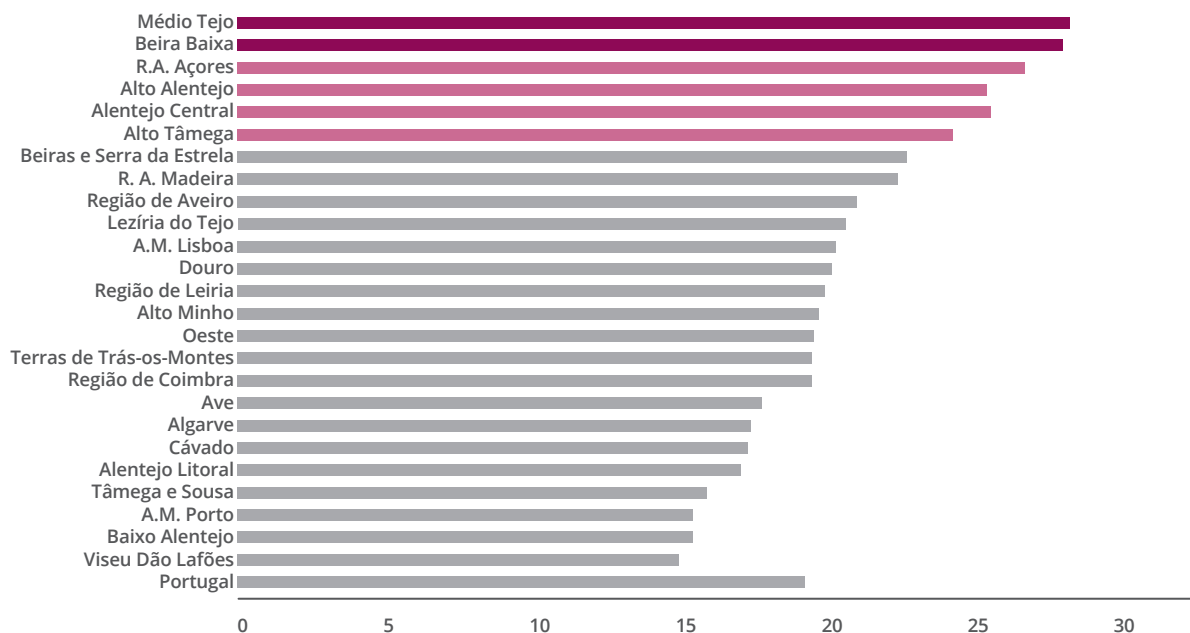
**GRÁFICO 7 MORTALIDADE POR CANCRO DA MAMA, SEXO FEMININO**



Fonte: INE, 2017

O tumor da próstata mostra uma pequena variação de mortalidade ao longo do país, de acordo com os dados apresentados em seguida.

### GRÁFICO 8 MORTALIDADE POR CANCRO DA PRÓSTATA

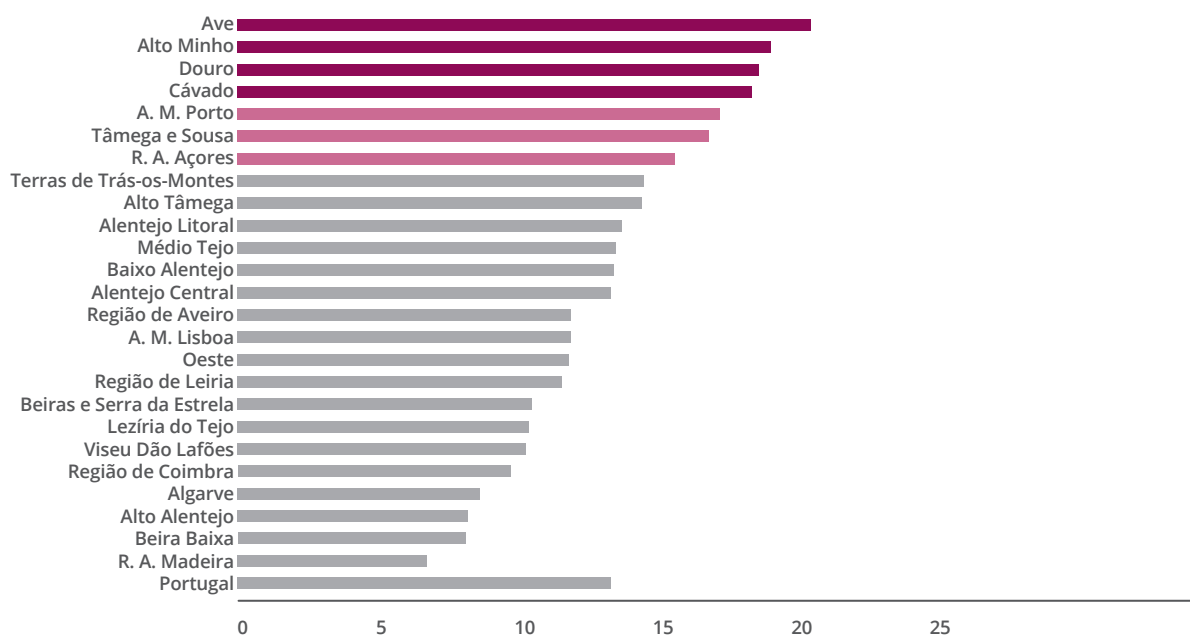


Fonte: INE, 2017

A mortalidade por cancro do estômago apresenta a distribuição conhecida, com valores significativamente mais

altos na Região Norte, estreitamente relacionados com hábitos alimentares.

### GRÁFICO 9 MORTALIDADE POR CANCRO DO DO ESTÔMAGO

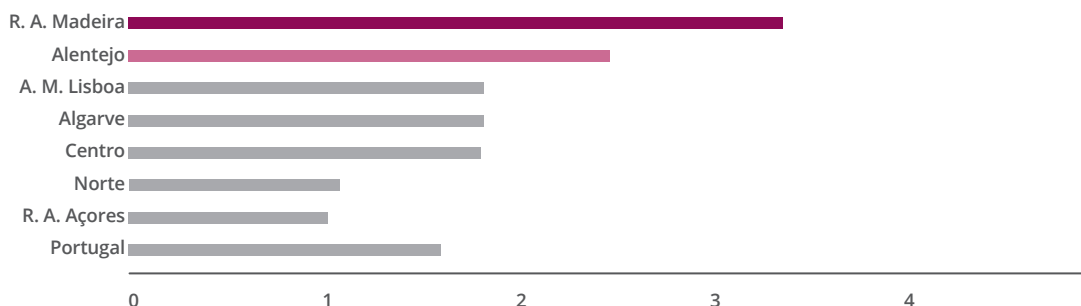


Fonte: INE, 2017

Devido à dimensão dos números, no que se refere à mortalidade por melanoma, optámos por apresentar os casos

distribuídos por NUTs II. Neste gráfico é notória a quase sobreposição com a latitude, de acordo com a exposição solar.

### GRÁFICO 10 MORTALIDADE POR MELANOMA

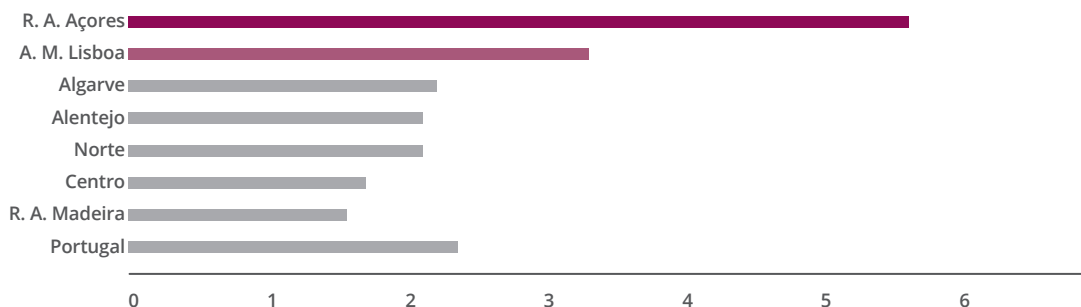


Fonte: INE, 2017

Também nos dados referentes à mortalidade por Cancro do Colo do Útero, que continuam a descer regularmente, apresentamos os dados divididos por NUTs II, tanto pela sua dimensão como pela organização dos programas de rastreio.

A mortalidade é significativamente maior da Região dos Açores, bem como na Área Metropolitana de Lisboa. Nesta última Região existe um viés significativo introduzido pela população imigrante.

### GRÁFICO 11 MORTALIDADE POR CANCRO COLO DO ÚTERO



Fonte: INE, 2017

Podemos concluir que a maioria das variações regionais estão associadas a tumores dependentes dos estilos de vida, nomeadamente o consumo de tabaco, os hábitos alimentares e a exposição solar, fatores modificáveis e a justificar esforço maior na promoção da saúde. A sociedade tem de encarar o cancro como um problema global, que não depende apenas dos serviços de saúde, mas a necessitar de um esforço concertado, que começa em cada um, com adoção de comportamentos mais saudáveis.

## 3.2. Prevenção

### Rastreios (3)(4)(5)(6)

Os programas de rastreio oncológicos de base populacional, no nosso país, evoluíram significativamente em 2016, com expansão da cobertura geográfica, aumento do número

de utentes rastreados e melhoria significativa das taxas de adesão (+5%).

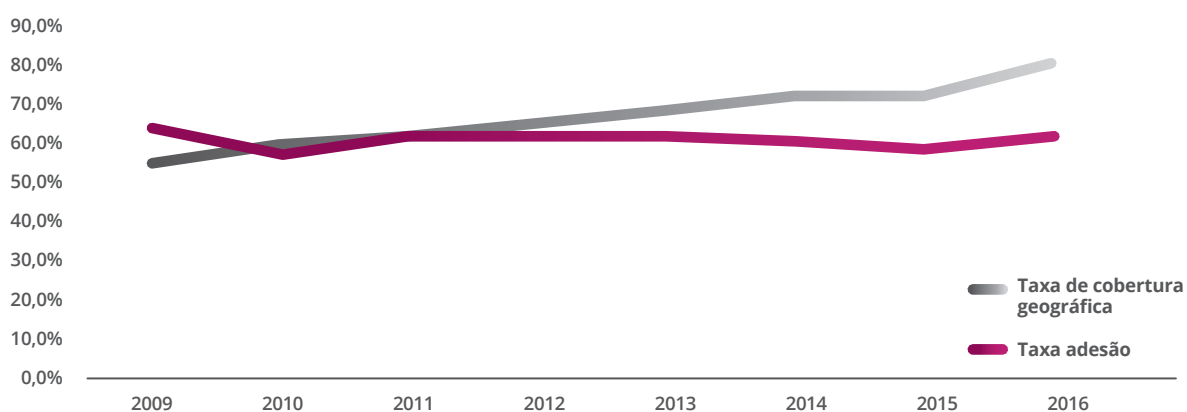
Durante o último ano, na Região Norte, atingiu-se a cobertura geográfica de 100%, em termos de ACES rastreadas para o Cancro da Mama. Durante o ano de 2017 serão igualmente incluídos os 10 CS restantes, ficando o programa completo nas regiões Norte, Centro, Alentejo, Algarve, Açores e Madeira, ficando apenas por concluir a Região LVT. Nesta última região prevê-se o alargamento durante o ano de 2017.

O programa de rastreio do Cancro do Colo do Útero ficou também concluído na Região Norte, juntando-se às regiões Centro, Alentejo, Algarve e Açores. Ficam por iniciar os programas nas regiões da Madeira e LVT, estando previsto o início do mesmo, nesta última, em 2017.

O rastreio do Cancro Coloretal é agora o de maior necessidade de investimento. Estão em desenvolvimento programas piloto disseminados nacionalmente, de molde a permitir o alargamento geográfico progressivo, com objetivos claros em 2017. Importa destacar o projeto piloto iniciado na região norte em 2 ACES, no final do ano de 2016, e que se pretende que seja alargado, durante o ano de 2017, e

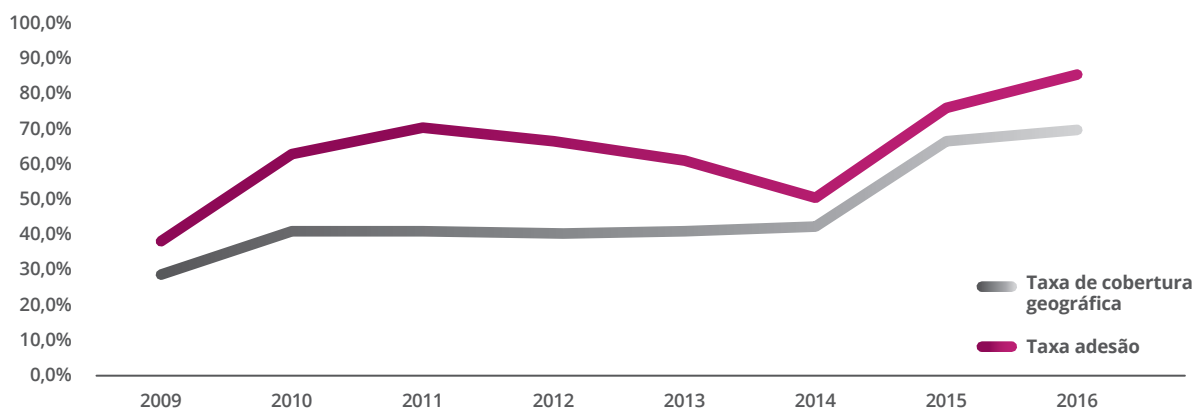
os dois projetos pilotos que serão implementados no início do segundo semestre de 2017 nas regiões do Algarve, no ACES Central, e de Lisboa e Vale do Tejo em 4 ACES, 3 da Península de Setúbal e o ACES Lisboa Norte. Estes projetos juntam-se aos rastreios já implementados na região Centro, em 4 ACES, e na região do Alentejo, no ACES Central.

**GRÁFICO 12 EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE COBERTURA GEOGRÁFICA E DE ADESÃO DO RASTREIO DO CANCRO DA MAMA, EM PORTUGAL | 2009 - 2016**



Fonte: DGS/ARS, 2017

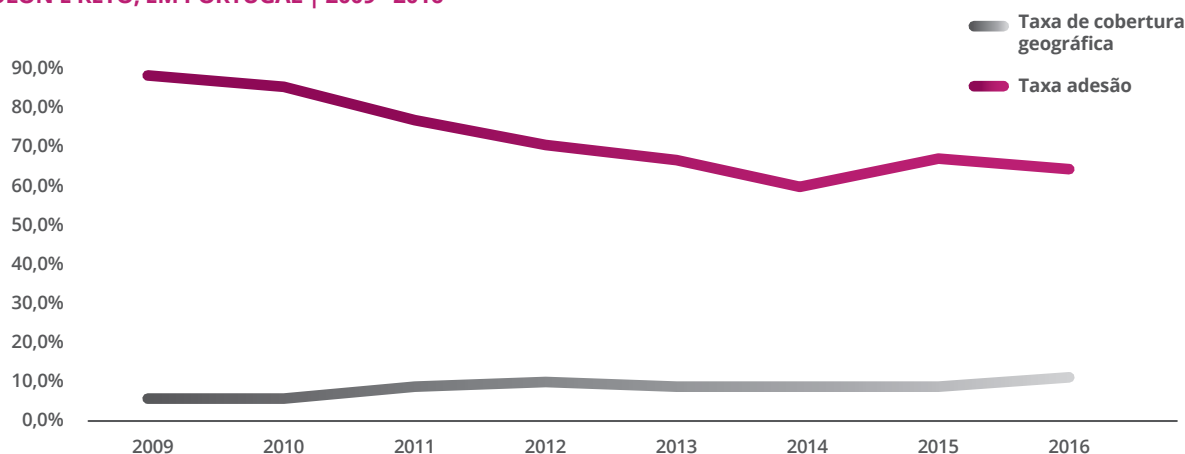
**GRÁFICO 13 EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE COBERTURA GEOGRÁFICA E DE ADESÃO DO RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO, EM PORTUGAL | 2009 - 2016**



Fonte: DGS/ARS, 2017



**GRÁFICO 14 EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE COBERTURA GEOGRÁFICA E DE ADESÃO DO RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RETO, EM PORTUGAL | 2009 - 2016**



Fonte: DGS/ARS, 2017

O esforço notável que Portugal tem desenvolvido nos programas de vacinação, tem tido como reflexo taxas de cobertura populacional invejáveis. Como formas reconhecidas de prevenir o cancro, são de referir os programas de vacinação da hepatite B e do vírus do papiloma humano (HPV).

A população vacinada para o HPV começa a ter agora idade para ser recrutada para o programa de rastreio do cancro do colo do útero, e a adoção por este rastreio de um teste primário para o HPV vai-nos permitir elucidar os ganhos de saúde efetivos.

### 3.3. Diagnóstico

Os novos casos de Cancro, em 2015, já ultrapassam os 50 000, de acordo com o envelhecimento da população.

Durante o ano de 2016 foram desenvolvidos esforços significativos para a criação do Registo Oncológico Nacional, lei que acabou por ser promulgada já em 2017, com notável unanimidade. Este terá de ser o instrumento conducente à

uniformização da informação epidemiológica nacional, no que se refere ao Cancro.

### 3.4. Tratamento

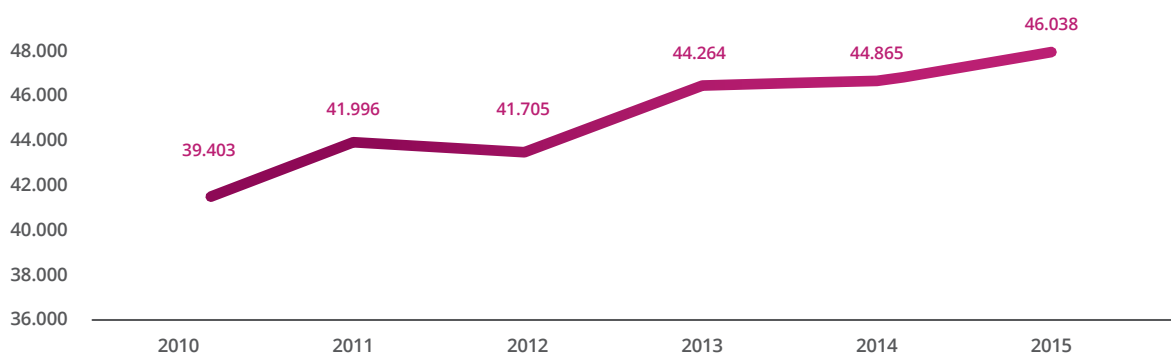
#### Atividade Cirúrgica

Em Oncologia, a atividade cirúrgica tem particular importância, traduzindo tanto o acesso ao diagnóstico como ao início do processo terapêutico.

O número de cirurgias em 2015, avaliado no relatório do SIGIC, e no que diz respeito a neoplasias malignas, continua a mostrar um aumento de procura, que foi de 1,9% face ao ano anterior, bem como um aumento da capacidade de resposta de 2,6%, que reflete a capacidade do Serviço Nacional de Saúde em acomodar o aumento de necessidades.

A mediana do tempo de espera foi reduzida em 1 dia, tendo-se mantido estável a percentagem de doentes que são operados para além do TMRG (19,7%).

**GRÁFICO 15 NÚMERO TOTAL DE CIRURGIAS ONCOLÓGICAS, EM PORTUGAL | 2010 - 2015**



Fonte: ACSS/SIGIC

**TABELA 7 EVOLUÇÃO NA LISTA DE INSCRITOS EM CIRURGIA (LIC) DE UTENTES INSCRITOS COM NEOPLASIAS MALIGNAS QUE ULTRAPASSARAM O TMRG, EM PORTUGAL CONTINENTAL | 2010 - 2015**

INDICADORES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ 2014/2015
Entradas NM em LIC	44.610	47.144	46.827	49.349	50.217	51.182	<b>1,9%</b>
Nº Utentes Inscritos NM (LIC NM)	3.287	3.624	3.524	3.916	3.908	4.133	<b>5,8%</b>
Mediana TE LIC NM em dias	22	25	26	27	28	27	<b>-3,6%</b>
Percentil 90 do TE da LIC NM em dias	66	99	83	92	71	73	<b>2,8%</b>
% Inscritos NM > TMRG	16,5	23,7	21,7	25,1	19,7	19,7	<b>0,1%</b>

TMRG - Tempo máximo de Resposta Garantido  
 Fonte: SIGIC/ACSS 2015

### Medicamentos

O consumo de medicamentos oncológicos, por parte do SNS, tem continuado a aumentar, tendo o valor despendido pelos Hospitais do SNS aumentado 6% no último ano. Este aumento é mais acentuado nos novos fármacos,

colocados no grupo dos imunomoduladores. O aumento da despesa é também superior ao aumento em quantidade (5,5%) refletindo a transferência para tratamentos mais dispendiosos.

**TABELA 8 MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS DISPENSADOS EM FARMÁCIA DE COMUNIDADE, EM PORTUGAL | 2012 - 2016**

CFT Descrição	VALOR 2012	VALOR 2013	VALOR 2014	VALOR 2015	VALOR 2016
Citotóxicos	996 618	1 321 960	1 607 682	1 839 384	1 987 142
Hormonas e anti-hormonas	3 237 699	3 888 452	4 811 625	5 332 406	5 726 954
Imunomoduladores	6 063 681	5 797 254	6 063 477	5 965 377	5 759 725

CFT Descrição	ENCARGOS 2012	ENCARGOS 2013	ENCARGOS 2014	ENCARGOS 2015	ENCARGOS 2016
Citotóxicos	698 016	925 532	1 135 571	1 335 765	1 394 584
Hormonas e anti-hormonas	1 817 623	2 202 617	2 635 440	2 791 161	2 900 913
Imunomoduladores	5 774 271	5 546 793	5 797 244	5 528 008	5 267 314

Fonte: NS dispensa. CHNM (2012 a 2016)

**TABELA 9 CONSUMO DE MEDICAMENTOS DO SNS NO ÂMBITO DE PLANO NACIONAL DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS EM MEIO HOSPITALAR | 2012 - 2016**

CFT Descrição	QUANTIDADE			VALOR		
	2015	2016	Variação	2015	2016	Variação
Citotóxicos	6.744.172	7.071.424	<b>+4,8%</b>	113.483.469	116.689.923	<b>+2,8%</b>
Imunomoduladores	328.000	349.207	<b>+6,4%</b>	98.948.763	111.269.519	<b>+12,4%</b>
Hormonas + antihormonas	23.970.615	25.651.237	<b>+7 %</b>	23.970.615	25.651.237	<b>+7%</b>

Fonte: CHNM (2012 a 2016)

### 3.5. Apoio à Sociedade Civil

Durante o ano de 2016 foi publicada a Portaria n.º 284/2016, de 4 de novembro, que estabeleceu o regime de comparticipação dos dispositivos médicos para o apoio aos doentes ostomizados, destinados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) o que permitiu desburocratizar o processo para o utente, aumentar o acesso a estes produtos através da sua disponibilidade em farmácias comunitárias, comparticipação a 100% dos produtos, ausência de necessidade de o utente adiantar o dinheiro e um maior controlo da despesa por parte do SNS.

### 3.6. Comunicação e Imagem

No âmbito da campanha “Conhecer melhor a doença”, em colaboração com o IPATIMUP, foram produzidos um grupo

de documentos para aumentar a capacidade dos doentes em compreender os exames que lhe são realizados. O primeiro grupo de documentos abrange oito tipos de neoplasias, e foram elaborados com recurso a grupos de doentes, para aferir as dúvidas comuns e garantir a legibilidade dos mesmos.

### 3.7. Cooperação e Relações Internacionais

A direção do PNDO colaborou numa *Joint Action Against Cancer*, no âmbito do Conselho da Europa, tendo sido concluído o *Working Package*.

Mantivemos colaboração com o *MD Andersen Cancer Center*, que tinha sido iniciada no programa da Diáspora, sob a égide da Presidência da República.

**Nota:** o documento integral referente ao Plano de Atividades 2016 está disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

## 4. ORIENTAÇÕES PROGRAMÁTICAS 2017-2020

### 4.1. Enquadramento

As doenças oncológicas são a segunda causa de morte em Portugal e a que mais subiu nos últimos anos. O envelhecimento da população e as modificações de estilos de vida têm contribuído para o aumento relativo da incidência de novos casos. Por outro lado, o aumento dos sucessos terapêuticos, contribuem também para o aumento significativo do número de sobreviventes de cancro, tendo esta população necessidades particulares, tanto em termos clínicos como sociais.

A oncologia apresenta atualmente dois grandes desafios: o primeiro prende-se com a necessidade de aumentar os esforços nos domínios da prevenção primária e secundária; o segundo com o peso económico crescente dos novos medicamentos.

Relativamente ao primeiro desafio, estão hoje estabelecidos como úteis os rastreios de base populacional dos cancros da mama feminina, do colo do útero e do cólon e reto. É também consensual a importância de programas de controlo do tabagismo e da promoção de estilos de vida saudáveis, sabendo que estas atividades só têm efeitos a longo prazo. Atualmente a cobertura regional dos rastreios

do cancro tem assimetrias, que têm, no entanto, vindo a diminuir nos últimos anos. A correção destas assimetrias é matéria da maior prioridade.

Da capacidade de resposta ao segundo desafio depende a sustentabilidade do sistema nacional de saúde. Trata-se de um problema novo para os países desenvolvidos e para o estado social, que necessita de soluções globais.

A necessidade de informação é crescente, mais pormenorizada, mais circunstanciada e mais atualizada. O envolvimento dos cidadãos no debate e nas decisões é também essencial sendo crítica a promoção da literacia.

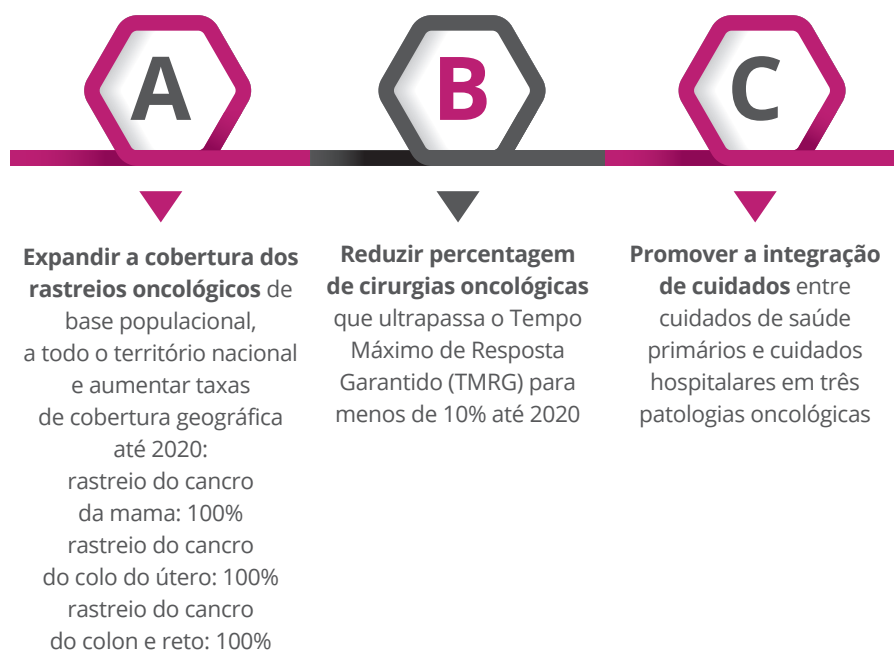
### 4.2. Visão

Diminuir os cancros evitáveis e os diagnósticos tardios através da prevenção e diagnóstico precoce e atenuar o impacto do cancro nos doentes e familiares.

### 4.3. Missão

Promover a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas garantindo a equidade e a acessibilidade dos cidadãos.

### 4.4. Metas de Saúde a 2020



#### 4.5. Implementação

METAS 2020	OBJETIVOS
<b>A B C D</b>	1. Monitorizar indicadores de saúde na área das Doenças Oncológicas
<b>A</b>	2. Promover a cidadania em relação à doença oncológica
<b>A B D</b>	3. Influenciar a incidência das doenças oncológicas nomeadamente das três patologias rastreáveis
<b>A B D</b>	4. Melhorar a recolha de dados no âmbito das doenças oncológicas
<b>B D</b>	5. Promover a qualidade e a equidade de acesso ao tratamento oncológico
<b>C</b>	6. Promover a articulação entre os diversos níveis de cuidados

#### 4.6. Monitorização

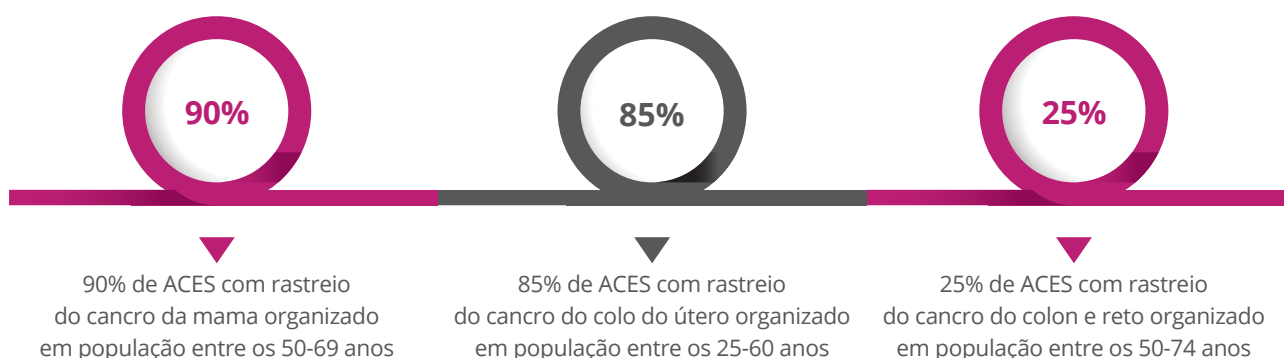
METAS 2020	INDICADOR	VALOR BASE	FONTE / OBS.
<b>A</b>	1. Taxa de cobertura geográfica do rastreio do cancro da mama	77%	Relatório de Monitorização dos Rastreios ARS
	2. Taxa de cobertura geográfica do rastreio do cancro do colo do útero	76%	
	3. Taxa de cobertura geográfica do rastreio do cancro do cólon e reto	16%	
<b>B</b>	4. % de doentes com cirurgia oncológica realizada acima do TMRG	16%	Relatório do SIGIC GDH
<b>C</b>	5. Nº de patologias oncológicas com integração de cuidados implementada	0	Relatório – Portugal Doenças Oncológicas em Números DGS
<b>D</b>	6. % de novos casos de cancro do reto tratado em centros de referência	ND	Registos Oncológicos GDH
	7. % de novos casos de cancro do pâncreas	ND	
	8. % de novos casos de cancro do testículo tratados em centros de referência	ND	

**Nota:** o documento integral das Orientações Programáticas está disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

## 5. ATIVIDADES PARA 2017

- Uniformização dos rastreios oncológicos, a nível nacional, com utilização de metodologias comuns;
- Uniformização de preços para os atos relacionados com os rastreios oncológicos de base populacional;
- Estabelecimento de linhas de financiamento específicas para aumento da cobertura dos programas de rastreio oncológicos de base populacional e/ou implementação de novos programas;
- Desenvolvimento de manuais de programas de rastreio oncológico nacionais baseados nas guidelines internacionais e nas recomendações da UE de 2003 com critérios obrigatórios para implementação de rastreios oncológicos de base populacional para cada uma das patologias oncológicas rastreáveis;
- Reformulação dos indicadores de contratualização anual com os ACeS no sentido de promover a adesão das suas unidades funcionais aos programas de rastreio de base populacional;
- Desenvolvimento de programas de divulgação e informação às populações alvo dos rastreios onde estes estão implementados no sentido de melhorar as taxas de adesão.

### 5.1. Desígnios para 2017



**Nota:** o documento integral referente ao Plano de Atividades 2017 está disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Direção-Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses 2016. ISSN: 2183-5888. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>
2. Maruthappu, Johnathan Watkins, Aisyah Mohd Noor, Callum Williams, Raghieb Ali, Richard Sullivan, Thomas Zeltner, Rifat Atun. Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990–2010: a longitudinal analysis. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00577-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00577-8/fulltext)
3. RORENO. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil – EPE. Registo Oncológico Nacional 2010. Disponível em: [http://www.roreno.com.pt/images/stories/pdfs/ro\\_nacional\\_2010.pdf](http://www.roreno.com.pt/images/stories/pdfs/ro_nacional_2010.pdf)
4. RORENO. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil – EPE. Registo Oncológico Nacional 2005. Disponível em: [http://www.roreno.com.pt/images/stories/pdfs/ro\\_nacional\\_2005.pdf](http://www.roreno.com.pt/images/stories/pdfs/ro_nacional_2005.pdf)
5. RORENO. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil – EPE. Registo Oncológico Nacional 2001. Disponível em: [http://www.roreno.com.pt/images/stories/pdfs/ro\\_nacional\\_2001.pdf](http://www.roreno.com.pt/images/stories/pdfs/ro_nacional_2001.pdf)
6. RORCENTRO. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – EPE. Registo Oncológico Nacional 1993. Disponível em: <http://www.rorcentro.com.pt/Data/RORCentro/207/Publicacao%20nacional%201993.pdf>



Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1049-005 Lisboa - Portugal  
Tel.: +351 218 430 500  
Fax: +351 218 430 530  
E-mail: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)