



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

# PORTUGAL

## Doenças Oncológicas em Números - 2015

Programa Nacional para  
as Doenças Oncológicas





# PORTUGAL

## **Doenças Oncológicas em Números - 2015**

Programa Nacional para  
as Doenças Oncológicas



Portugal. Direção-Geral da Saúde.  
Direção de Serviços de Informação e Análise

Portugal – Doenças Oncológicas em números – 2015  
ISSN: 2183-0681  
Periodicidade: Anual

#### **EDITOR**

Direção-Geral da Saúde  
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa  
Tel.: 218 430 500  
Fax: 218 430 530/1  
E-mail: [dgs@dgs.pt](mailto:dgs@dgs.pt)  
<http://www.dgs.pt>

#### **AUTORES**

##### **Programa Nacional para as Doenças Oncológicas**

Nuno Miranda

Cristina Portugal

##### **Direção de Serviços de Informação e Análise**

Paulo Jorge Nogueira

Carla Sofia Farinha

Ana Lisette Oliveira

Ana Paula Soares

Maria Isabel Alves

José Martins

Tania Mendanha

Matilde Valente Rosa

Carolina Silva

Luís Serra

#### **LAYOUT**

Pinto Design e Comunicação

Calçada Santo António, nº9 R/C Dtº . 1150-313 Lisboa

Lisboa fevereiro 2016

## ÍNDICE

SIGLAS E ACRÓNIMOS	06
1. ENQUADRAMENTO/NOTA INTRODUTÓRIA	07
2. INCIDÊNCIA DE TUMORES	08
3. RASTREIOS ONCOLÓGICOS DE BASE POPULACIONAL	10
<b>3.1 Monitorização dos rastreios oncológicos por ACES</b>	<b>10</b>
3.1.1 ARS Norte	10
3.1.2. ARS Centro	11
3.1.3. ARS de Lisboa e Vale do Tejo	12
3.1.4. ARS Alentejo	12
3.1.5. ARS Algarve	13
<b>3.2 Evolução nacional dos rastreios oncológicos 2009 – 2014</b>	<b>14</b>
4. DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CANCRO ORAL	17
5. CUIDADOS HOSPITALARES ASSOCIADOS ÀS DOENÇAS ONCOLÓGICAS	18
<b>5.1 Caracterização da produção hospitalar relacionada com doenças oncológicas segundo diagnóstico principal</b>	<b>18</b>
5.1.1 Produção hospitalar em Portugal	18
5.1.2. Produção hospitalar em Portugal, para algumas patologias	19
5.1.3 Evolução da produção hospitalar em Portugal, relativa a admissão para sessão de radioterapia	26
6. CARGA ASSISTENCIAL POR DOENTE	27
7. CIRURGIA ONCOLÓGICA	28
8. DISPENSA DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS	30
<b>8.1 Venda e dispensa de medicamentos no SNS</b>	<b>30</b>
<b>8.2 Encargos 1º semestre 2015 e 2014</b>	<b>31</b>
9. MORTALIDADE ASSOCIADA AOS TUMORES MALIGNOS	33
<b>9.1 Caracterização da geral da mortalidade por tumores malignos entre 2010 e 2014</b>	<b>33</b>
<b>9.2 Caracterização da mortalidade dos dez tumores mais frequentes em Portugal entre 2010 e 2014</b>	<b>36</b>
<b>9.3 Caracterização da mortalidade por causa de morte e local de residência (ARS) em 2013</b>	<b>42</b>
<b>9.4 Comparação da mortalidade padronizada entre os Estados-membros da União Europeia – análise por quartis</b>	<b>51</b>
10. NOTAS METODOLÓGICAS	55
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
12. ÍNDICE QUADROS	62
13. ÍNDICE FIGURAS	64

## SIGLAS E ACRÓNIMOS

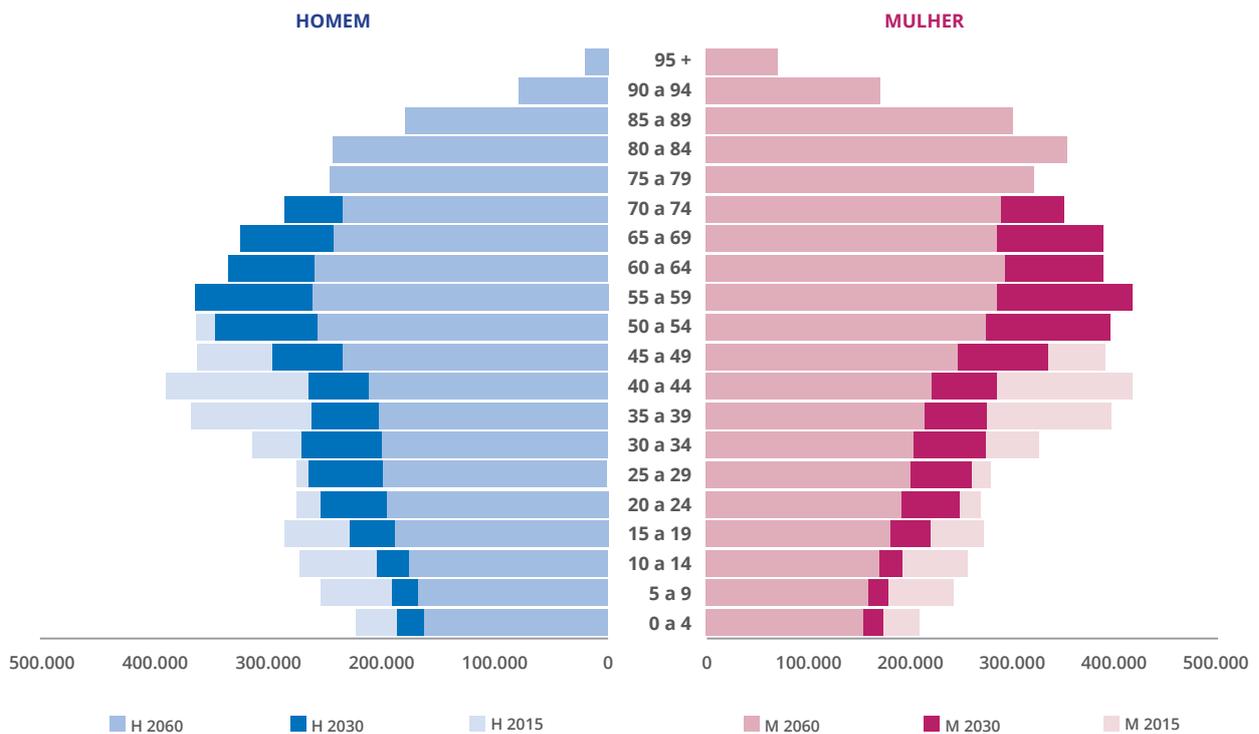
<b>ACES</b> Agrupamentos de Centros de Saúde	<b>INME</b> Inquérito Nacional em Meio Escolar
<b>ACSS</b> Administração Central do Sistema de Saúde	<b>IP</b> Instituto Público
<b>ARS</b> Administração Regional de Saúde	<b>IPSS</b> Instituições particulares de solidariedade social
<b>CESO</b> Centro de Estudos e Sondagens de Opinião (da Universidade Católica Portuguesa)	<b>LVT</b> Lisboa e Vale do Tejo
<b>CH</b> Centro Hospitalar	<b>MGF</b> Medicina Geral e Familiar
<b>CHLC</b> Centro Hospitalar Lisboa Central	<b>NCOP</b> Não Classificada em Outra Parte (nas classificações de entidades nosológicas)
<b>CHPC</b> Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra	<b>NSP</b> Novas Substâncias Psicoativas
<b>CHPL</b> Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	<b>NUTS</b> Nomenclaturas de Unidades Territoriais (para fins estatísticos)
<b>CID-9-MC</b> Classificação Internacional de Doenças (da OMS) - 9.ª revisão - Modificação Clínica	<b>OMS</b> Organização Mundial da Saúde
<b>CID-10</b> Codificação Internacional de Doenças (da OMS) - 10.ª revisão	<b>PLA</b> Problemas Ligados ao Álcool
<b>CSP</b> Cuidados de Saúde Primários	<b>PVP</b> Preço de Venda ao Público
<b>DC</b> Day Case	<b>RAA</b> Região Autónoma dos Açores
<b>DCI</b> Designação Comum Internacional (medicamentos)	<b>RAM</b> Região Autónoma da Madeira
<b>DDD</b> Dose Diária Definida ou Defined Daily Dose	<b>RIMA</b> Reversible Inhibitors of Monoamine Oxidase (classe de antidepressivos)
<b>DGS</b> Direção Geral da Saúde	<b>SICO</b> Sistema Informatizado dos Certificados de Óbito
<b>ECATD</b> Estudo do Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas	<b>SIARS</b> Sistema de Informação de ARS (por)
<b>EENSM</b> Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental	<b>SIM@SNS</b> Sistema de Informação e Monitorização do Serviço Nacional de Saúde
<b>ESPAD</b> European School Survey Projected on Alcohol and other Drugs	<b>SLSM</b> Serviço Local de Saúde Mental
<b>GDH</b> Grupos de Diagnósticos Homogéneos	<b>SMIA</b> Saúde Mental da Infância e Adolescência
<b>H</b> Hospital	<b>SNS</b> Serviço Nacional de Saúde
<b>HBSC</b> Health Behaviour in School-aged Children	<b>TMRG</b> Tempo Máximo de Resposta Garantido
<b>HDE</b> Hospital D. Estefânia	<b>UE</b> União Europeia
<b>HFA Database</b> Health For All Database	<b>UNL</b> Universidade Nova de Lisboa
<b>HML</b> Hospital Magalhães de Lemos (Hospital Psiquiátrico do Porto)	<b>UE 27</b> União Europeia com 27 países
<b>IDT</b> Instituto da Droga e Toxicoddependência	<b>WHO</b> <i>World Health Organization (OMS na sigla latina)</i>
<b>INE</b> Instituto Nacional de Estatística	<b>WHO/Euro</b> idem para a Região Europa
<b>INFARMED</b> Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde	<b>WMH</b> <i>World Mental Health (de Survey Initiative)</i>
	<b>WMHSI</b> <i>World Mental Health Surveys Initiative</i>

## 1. ENQUADRAMENTO/NOTA INTRODUTÓRIA

A transformação epidemiológica da Oncologia, tem levado a um crescimento progressivo do número de novos casos anuais, e a um aumento da idade média da população afetada. O aumento de incidência deve-se maioritariamente aos ganhos de esperança de vida da população portuguesa. As modificações dos estilos de vida, para além de influenciarem as variações de incidência, contribuem para mudanças relativas entre as diversas neoplasias. A conjugação destes dois fatores, tem vindo a levar a correções em alta, das previsões de evolução de incidência. Os recursos humanos e materiais necessários tem também crescido significativamente. Temos doentes com maiores

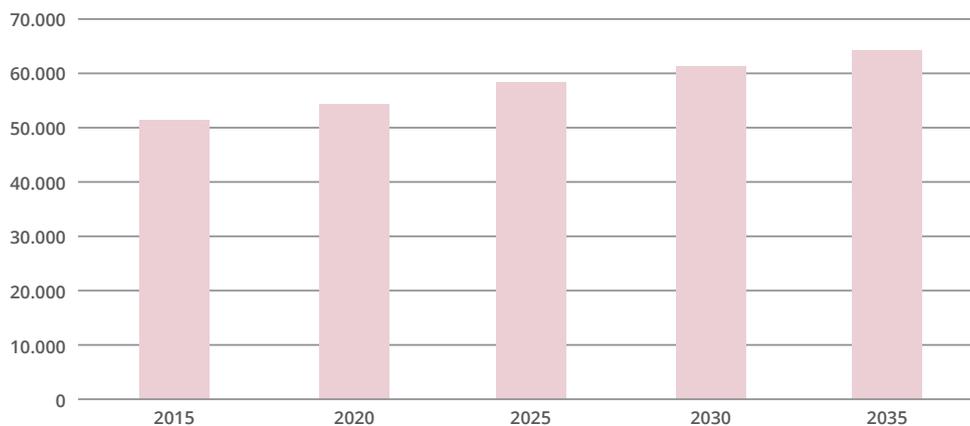
necessidades de informação e atenção; temos meios de diagnóstico e tratamento mais exigentes; temos também profissionais querendo fazer mais e melhor. A capacidade de resposta do SNS tem permitido acomodar a maioria das novas solicitações. Foram elaboradas em 2015 três redes de referência de especialidade hospitalar com influência determinante na oncologia, a saber: Oncologia Médica, Radio-Oncologia e Hematologia Clínica. O cancro é uma das doenças do futuro (e do presente) que para além duma perspetiva clínica multidisciplinar, reclama uma abordagem política e social concertada, que se estende para além dos muros das estruturas de saúde.

**FIGURA 1** ESTRUTURA DA PIRÂMIDE POPULACIONAL EM PORTUGAL EM 2015 E PREVISÃO PARA 2030 E 2060



Fonte: INE, 2015

**FIGURA 2** PREVISÃO DA EVOLUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE CANCRO EM PORTUGAL (2015 A 2035)



Fonte: IARC, 2016

## 2. INCIDÊNCIA DE TUMORES

Como previsto, a incidência de novos casos de tumores malignos, tem vindo a aumentar regularmente. Entre 2009 e 2010 assistiu-se a um aumento de 4% dos casos registados em Portugal. São apresen-

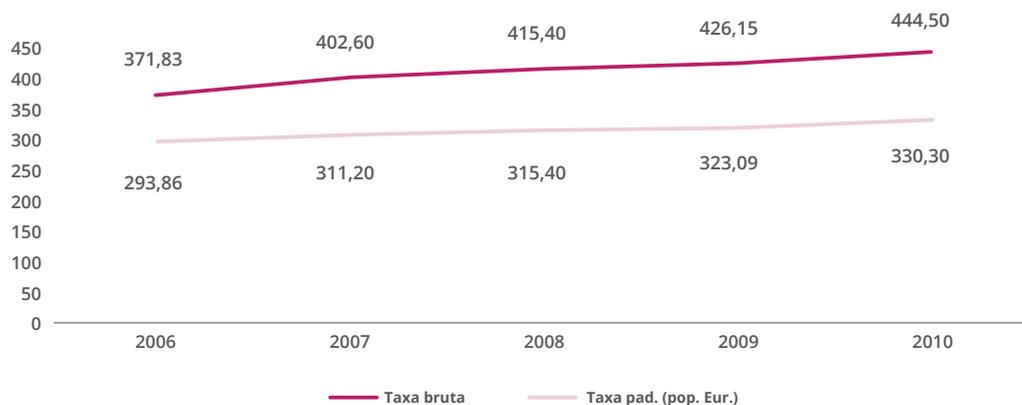
tados os dados globais e dos tumores mais frequentes. Os dados apresentados são os mais recentes e repostam a 2010

**QUADRO 1** TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS, PORTUGAL 2010

TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS, (POR 100.000)		
	Taxa bruta	Taxa pad. (pop. Eur.)
Total de Tumores Malignos	444,50	330,30

Fonte: RORENO, RON 2010

**FIGURA 3** EVOLUÇÃO DA TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS



Fonte: RORENO, RON 2010

**QUADRO 2 | TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS, PORTUGAL 2010**

TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS (100000 HABITANTES)		
	Taxa bruta	Taxa pad. (pop. Eur.)
Próstata	120,3	90,5
Mama	62,5	50,2
Cólon	47,6	32,1
Traqueia, Brônquios e Pulmão	35,8	26,5
Estômago	27,8	18,9
Reto	22,7	15,8
Corpo do Útero	17,8	12,4
Bexiga	17,3	11,3
Linfoma não Hodgkin	17,1	12,9
Glândula Tiroideia	15,3	13,7
Total	444,5	330,3

Fonte: RORENO, RON 2010

**QUADRO 3 | TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS, NO SEXO MASCULINO, PORTUGAL 2010**

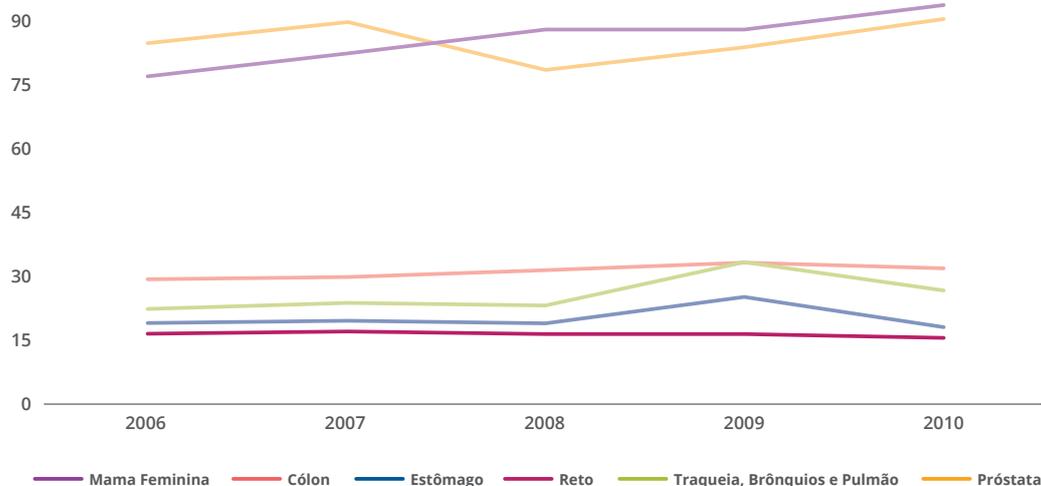
TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS (100000 HABITANTES), NO SEXO MASCULINO (2010)		
	Taxa bruta	Taxa pad. (pop. Eur.)
Próstata	120,3	90,5
Traqueia, Brônquios e Pulmão	57,7	45,2
Cólon	57,1	42,3
Estômago	34,8	26,2
Reto	29,7	22,6
Bexiga	27,9	20,4
Linfoma não Hodgkin	19,2	15,4
Rim	12,6	10,2
Laringe	11,7	9,9
Esófago	9,3	7,7
Total	512,0	398,8

Fonte: RORENO, RON 2010

**QUADRO 4 | TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS, NO SEXO FEMININO, PORTUGAL 2010**

TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS (100000 HABITANTES), NO SEXO FEMININO (2010)		
	Taxa bruta	Taxa pad. (pop. Eur.)
Mama	118,5	93,2
Cólon	39,0	24,2
Glândula Tiroideia	23,8	21,5
Estômago	21,3	13,1
Corpo do Útero	17,8	12,4
Reto	16,3	10,4
Traqueia, Brônquios e Pulmão	15,8	11,0
Linfoma não Hodgkin	15,3	10,8
Colo do Útero	13,5	11,3
Melanoma Maligno da Pele	9,1	6,9
Total	382,7	279,6

Fonte: RORENO, RON 2010

**FIGURA 4** EVOLUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE ALGUMAS DAS PRINCIPAIS PATOLOGIAS ONCOLÓGICAS, PORTUGAL (2006-2010)


Fonte: Registo Oncológico Nacional, RON (2006-2010)

### 3. RASTREIOS ONCOLÓGICOS DE BASE POPULACIONAL

A implementação e funcionamento dos rastreios oncológicos de base populacional, para os cancros da mama, do colo do útero e colo-retal, têm sido monitorizados de forma normalizada. A publicação regular desta informação, mantida com grande

empenhamento das ARS's. Continuamos a ter assimetrias significativas na cobertura geográfica. Embora se note um aumento dos programas de rastreio de cancro colo-retal, a expansão acelerada a todas as regiões é uma prioridade.

#### 3.1. Monitorização dos rastreios oncológicos por ACES

##### 3.1.1. ARS Norte

**QUADRO 5** RASTREIO CANCRO DA MAMA

TAXAS DE ADEÇÃO DO RASTREIO CANCRO DA MAMA 2014 DA ARS NORTE / ACES			
ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão do ACES Alto Tâmega e Barroso	8.612	11.597	74,3%
Taxa Adesão do ACES Aveiro Norte	9.658	13.177	73,3%
Taxa Adesão do ACES Baixo Tâmega	5.725	7.351	77,9%
Taxa Adesão do ACES Barcelos Esposende	3.229	5.879	54,9%
Taxa Adesão do ACES Braga	8.839	11.959	73,9%
Taxa Adesão do ACES Douro Sul	7.247	9.421	76,9%
Taxa Adesão do ACES Gaia e Espinho Gaia	5.461	18.812	29,0%
Taxa Adesão do ACES Feira Arouca	9.349	17.693	52,8%
Taxa Adesão do ACES Gerês Cabreira	4.737	7.865	60,2%
Taxa Adesão do ACES Gondomar	6.789	12.210	55,6%
Taxa Adesão do ACES Guimarães Vizela e Terras de Basto	9.583	15.121	63,4%

TAXAS DE ADESÃO DO RASTREIO CANCRO DA MAMA 2014 DA ARS NORTE / ACES			
ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão do ACES Maia Valongo	1.149	3.656	31,4%
Taxa Adesão ULS Nordeste	10.087	12.724	79,3%
Taxa Adesão do ACES Porto Ocidental e Porto Oriental	12.272	21.590	56,8%
Taxa Adesão do ULS Alto Minho	9.836	12.618	78,0%
Taxa Adesão do ULS Matosinhos	7.508	23.966	73,3%
Taxa Adesão do ACES Vale Sousa Sul	0	0	0,0%

Fonte: ARS Norte

#### QUADRO 6 | RASTREIO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

TAXAS DE ADESÃO DO RASTREIO CANCRO DO COLO DO ÚTERO 2014 DA ARS NORTE / ACES			
ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão do ACES Aveiro Norte	1.966	2.623	75,0%
Taxa Adesão do ACES Baixo Tâmega	520	590	88,1%
Taxa Adesão do ACES Douro Sul	1.681	2.344	71,7%
Taxa Adesão do ACES Feira Arouca	1.950	2.327	83,8%
Taxa Adesão do ACES Maia Valongo	1.531	1.829	83,7%
Taxa Adesão do ACES Porto Oriental	1.387	1.591	87,2%
Taxa Adesão do ULS Alto Minho	6.011	7.256	82,8%
Taxa Adesão do ULS Nordeste	1.492	2.201	67,8%
Taxa Adesão do ACES Vale Sousa Sul	329	427	77,0%

Fonte: ARS Norte

### 3.1.2. ARS Centro

#### QUADRO 7 | RASTREIO CANCRO DA MAMA

TAXAS DE ADESÃO DO RASTREIO CANCRO DA MAMA 2014 DA ARS CENTRO / ACES			
ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Baixo Mondego	17.195	31.273	55,0%
Taxa Adesão ACES Baixo Vouga	24.718	35.685	69,3%
Taxa Adesão ACES Dão Lafões	10.816	16.879	64,1%
Taxa Adesão do ACES Pinhal Interior Norte	9.581	14.267	67,2%
Taxa Adesão do ACES Pinhal Litoral	2.035	5.326	38,2%
Taxa Adesão ULS Castelo Branco	6.116	8.939	68,4%
Taxa Adesão ACES Cova Beira	689	2.420	28,5%
Taxa Adesão ULS Guarda	9.908	13.661	72,5%

Fonte: ARS Centro

**QUADRO 8** RASTREIO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

TAXAS DE ADESÃO DO RASTREIO CANCRO DO COLO DO ÚTERO 2014 DA ARS CENTRO / ACES			
ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Baixo Mondego	14.954	33.907	44,1%
Taxa Adesão ACES Baixo Vouga	15.930	33.740	47,2%
Taxa Adesão ACES Dão Lafões	11.881	23.219	51,2%
Taxa Adesão do ACES Pinhal Interior Norte	3.470	10.799	32,1%
Taxa Adesão do ACES Pinhal Litoral	8.540	23.894	35,7%
Taxa Adesão ULS Castelo Branco	3.947	7.889	50,0%
Taxa Adesão ACES Cova Beira	3.795	7.147	53,1%
Taxa Adesão ULS Guarda	6.957	12.944	53,7%

Fonte: ARS Centro

**QUADRO 9** RASTREIO CANCRO DO CÓLON E RETO

TAXAS DE ADESÃO DO RASTREIO CANCRO DO CÓLON E RETO 2014 DA ARS CENTRO / ACES			
ACES	Nº Utentes Rastreados do ACES	Nº Utentes Convidados do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Baixo Mondego	563	967	58,2%
Taxa Adesão ACES Dão Lafões	5.580	9.463	59,0%
Taxa Adesão do ACES Pinhal Interior Norte	1.715	3.163	54,2%
Taxa Adesão do ACES Pinhal Litoral	3.907	7.896	49,5%

Fonte: ARS Centro

## 3.1.3. ARS de Lisboa e Vale do Tejo

**QUADRO 10** RASTREIO CANCRO DA MAMA

TAXAS DE ADESÃO DO RASTREIO CANCRO DA MAMA 2014 DA ARS LVT / ACES			
ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão do ACES Lezíria	7.026	15.357	45,8%
Taxa Adesão do ACES Médio Tejo	7.312	12.411	58,9%
Taxa Adesão do Oeste Norte	7.308	13.819	52,9%
Taxa Adesão do Estuário Tejo	964	3.245	29,7%

Fonte: ARS LVT

## 3.1.4. ARS Alentejo

**QUADRO 11** RASTREIO CANCRO DA MAMA

TAXAS DE ADESÃO DO RASTREIO CANCRO DA MAMA 2014 DA ARS ALENTEJO / ACES			
ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Alentejo Central	8.812	13.654	64,5%
Taxa Adesão ACES Alentejo Litoral	5.665	9.515	59,5%
Taxa Adesão ACES Baixo Alentejo	3.971	6.209	64,0%
Taxa Adesão do ACES Norte Alentejano	8.511	11.491	74,1%

Fonte: ARS Alentejo

**QUADRO 12** RASTREIO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

TAXAS DE ADESÃO DO RASTREIO CANCRO DO COLO DO ÚTERO 2014 DA ARS ALENTEJO / ACES			
ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Alentejo Central	5.308	7.517	70,6%
Taxa Adesão ACES Alentejo Litoral	2.161	4.648	46,5%
Taxa Adesão ACES Baixo Alentejo	3.342	4.443	75,2%
Taxa Adesão do ACES Norte Alentejano	3.281	5.295	62,0%

Fonte: ARS Alentejo

**QUADRO 13** RASTREIO CANCRO DO CÓLON E RETO

TAXAS DE ADESÃO DO RASTREIO CANCRO DO CÓLON E RETO 2014 DA ARS ALENTEJO / ACES			
ACES	Nº Utentes Rastreados do ACES	Nº Utentes Convidados do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Alentejo Central	698	1.078	64,7%

Fonte: ARS Alentejo

## 3.1.5. ARS Algarve

**QUADRO 14** RASTREIO CANCRO DA MAMA

TAXAS DE ADESÃO DO RASTREIO CANCRO DA MAMA 2014 DA ARS ALGARVE / ACES			
ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Central	7.317	11.712	62,5%
Taxa Adesão ACES Barlavento	3.745	5.634	66,5%
Taxa Adesão ACES Sotavento	4.415	6.145	71,8%

Fonte: ARS Algarve

**QUADRO 15** RASTREIO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

TAXAS DE ADESÃO DO RASTREIO CANCRO DO COLO DO ÚTERO 2014 DA ARS ALGARVE / ACES			
ACES	Nº Mulheres Rastreadas do ACES	Nº Mulheres Convidadas do ACES	Taxa de Adesão
Taxa Adesão ACES Central	1.343	1.892	71,0%
Taxa Adesão ACES Barlavento	515	1.197	43,0%
Taxa Adesão ACES Sotavento	97	100	97,0%

Fonte: ARS Algarve

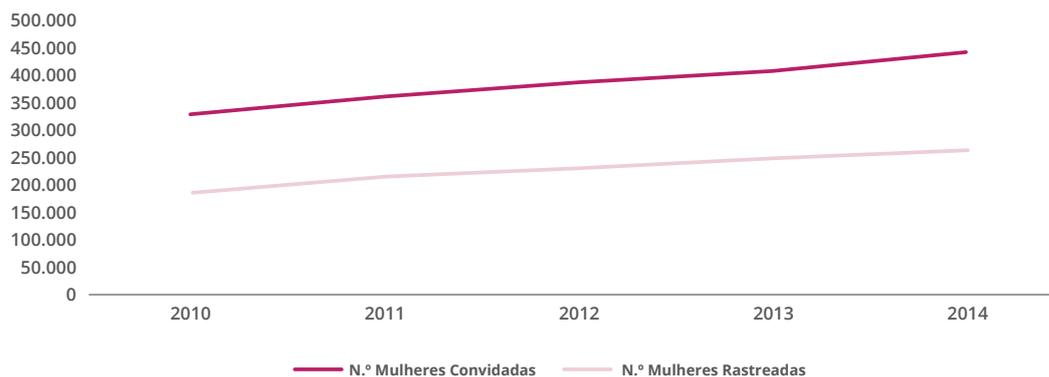
### 3.2. Evolução Nacional dos Rastreios Oncológicos 2010 – 2014

#### Rastreio Cancro da Mama

São apresentados os dados nacionais referentes às taxas de adesão e de cobertura geográfica dos três rastreios. O comportamento tem sido diferente, nos

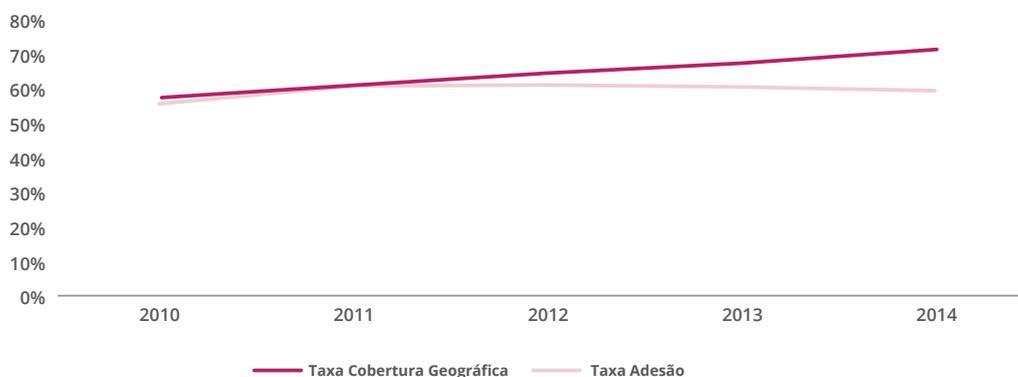
diversos rastreios, notando-se algum efeito de atrito dos programas.

**FIGURA 5 | EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE MULHERES CONVIDADAS E RASTREADAS ENTRE 2010-2014**



Fonte: PNDO (2015) Relatório Nacional 2014 – Avaliação e Monitorização dos Rastreios Oncológicos de Base Populacional em Portugal Continental

**FIGURA 6 | EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE COBERTURA GEOGRÁFICA E DE ADESÃO ENTRE 2010-2014**



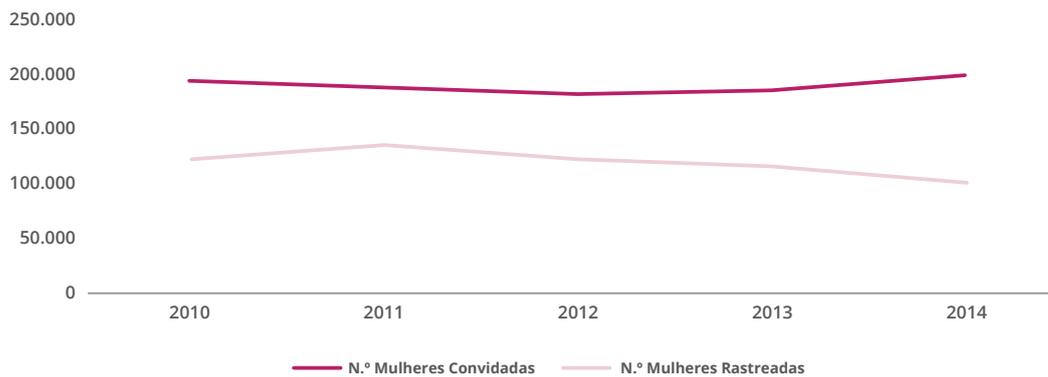
Fonte: PNDO (2015) Relatório Nacional 2014 – Avaliação e Monitorização dos Rastreios Oncológicos de Base Populacional em Portugal Continental

## Rastreio Cancro do Colo do Útero

O aumento significativo da taxa de cobertura, para o Rastreio do Cancro do Colo do Útero, foi apenas atingido em 2015. No 1º Semestre atingiu-se uma taxa de cobertura geográfica de 72%, com a cobertura completa da Região Norte.

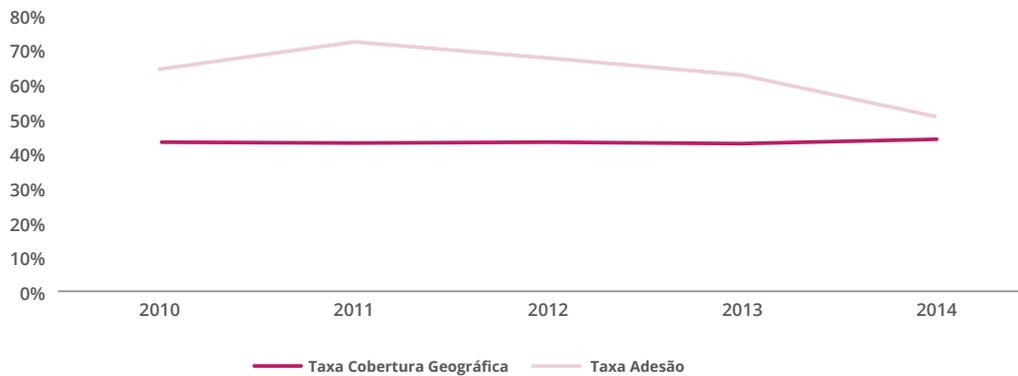
Persiste por cobrir a Região de Lisboa e Vale do Tejo.

**FIGURA 7** EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE MULHERES CONVIDADAS E RASTREADAS ENTRE 2010-2014



Fonte: PNDO (2015) Relatório Nacional 2014 – Avaliação e Monitorização dos Rastreamentos Oncológicos de Base Populacional em Portugal Continental

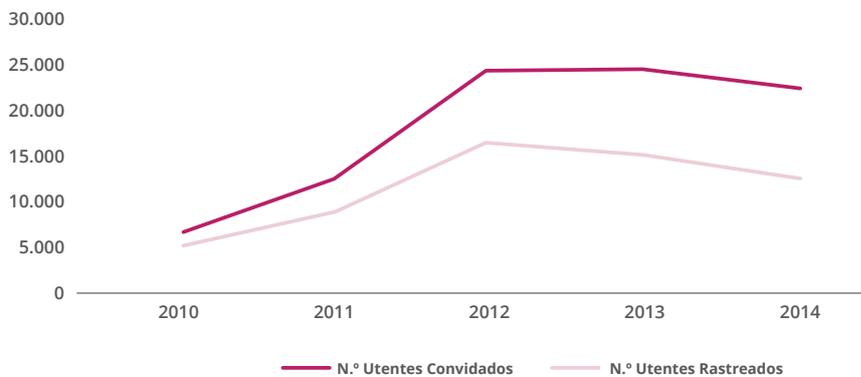
**FIGURA 8** EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE COBERTURA GEOGRÁFICA E DE ADESÃO ENTRE 2010-2014



Fonte: PNDO (2015) Relatório Nacional 2014 – Avaliação e Monitorização dos Rastreamentos Oncológicos de Base Populacional em Portugal Continental

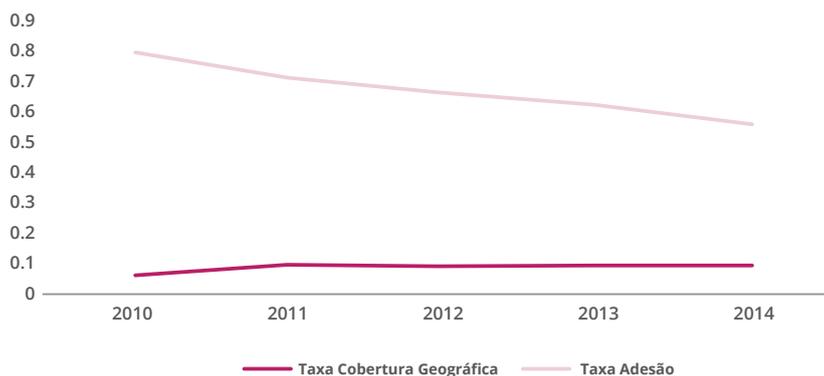
## Rastreio Cancro do Cólon e Reto

**FIGURA 9** EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE UTENTES CONVIDADOS E RASTREADOS ENTRE 2010-2014



Fonte: PNDO (2015) Relatório Nacional 2014 – Avaliação e Monitorização dos Rastreios Oncológicos de Base Populacional em Portugal Continental

**FIGURA 10** EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE COBERTURA GEOGRÁFICA E DE ADESÃO ENTRE 2010-2014



Fonte: PNDO (2015) Relatório Nacional 2014 – Avaliação e Monitorização dos Rastreios Oncológicos de Base Populacional em Portugal Continental

## 4. DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CANCRO ORAL

O programa de diagnóstico precoce do cancro oral tem tido resultados muito significativos. O ano de 2015 é o primeiro em que o programa abrangeu os

12 meses. Independentemente deste facto, ocorreu um aumento do diagnóstico tanto de neoplasias como de lesões pré-malignas.

**QUADRO 16** DISTRIBUIÇÃO DO N.º DE CHEQUES DIAGNÓSTICO E N.º DE CHEQUES BIÓPSIA EM FUNÇÃO DE EMITIDOS OU UTILIZADOS EM 2014 E 2015

PIPCO	2014		2015		2014/15	
	Nº de cheques diagnóstico	Nº de cheques Biópsia	Nº de cheques diagnóstico	Nº de cheques Biópsia	Nº de cheques diagnóstico	Nº de cheques Biópsia
Emitidos	2.401	328	3.770	676	6.171	1.004
Utilizados	685	269	1.374	658	2.059	723

O PIPCO iniciou-se em 1 de março 2014  
**Fonte:** SISO, 2015 (25 setembro)

**QUADRO 17** DISTRIBUIÇÃO POR ARS DOS RESULTADOS DE BIÓPSIAS POSITIVAS

ARS	RESULTADOS POSITIVOS	
	2014	2015
ARS Norte	9	14
ARS Centro	2	2
ARS LVT	2	0
ARS Alentejo	1	1
ARS Algarve	0	4
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>21</b>

Casos encaminhados para os IPO de referência, via SISO  
 Todos os casos apresentaram resultado negativo para HPV  
**Fonte:** SISO, 2015 (25 setembro)

**QUADRO 18** DISTRIBUIÇÃO POR ARS DOS RESULTADOS DE BIÓPSIA "POTENCIALMENTE MALIGNOS"

ARS	RESULTADOS POTENCIALMENTE MALIGNOS	
	2014	2015
ARS Norte	19	34
ARS Centro	2	7
ARS LVT	3	4
ARS Alentejo	0	0
ARS Algarve	1	4
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>49</b>

Casos encaminhados pelos médicos de família para os hospitais de referência do utente, via CTH  
**Fonte:** SISO, 2015 (25 setembro)

## 5. CUIDADOS HOSPITALARES ASSOCIADOS ÀS DOENÇAS ONCOLÓGICAS

### 5.1. Caracterização da produção hospitalar relacionada com doenças oncológicas segundo diagnóstico principal

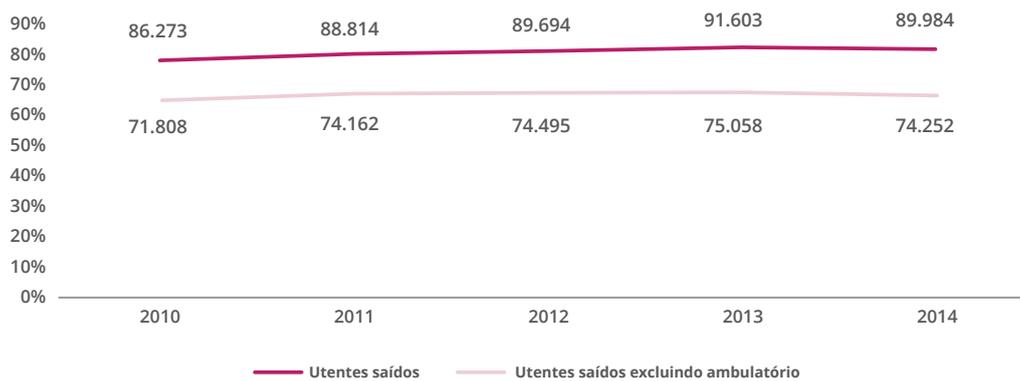
#### 5.1.1. Produção hospitalar em Portugal

A carga assistencial em internamento, relacionada com doenças oncológicas, tem aumentado regularmente, ao longo dos últimos anos.

A seleção das patologias foi realizada ou por critérios de frequência ou pela relevância particular nos programas em curso na direção do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (PNDO). Seleccionámos as dez patologias mais frequentes, os

tumores da cavidade oral, a patologia hematológica e os tumores da laringe pela especificidade do tratamento e os tumores do testículo pela preocupação particular que nos levantam os resultados conhecidos. Foi também incluída a análise da produção hospitalar oncológica, em doentes com idade pediátrica.

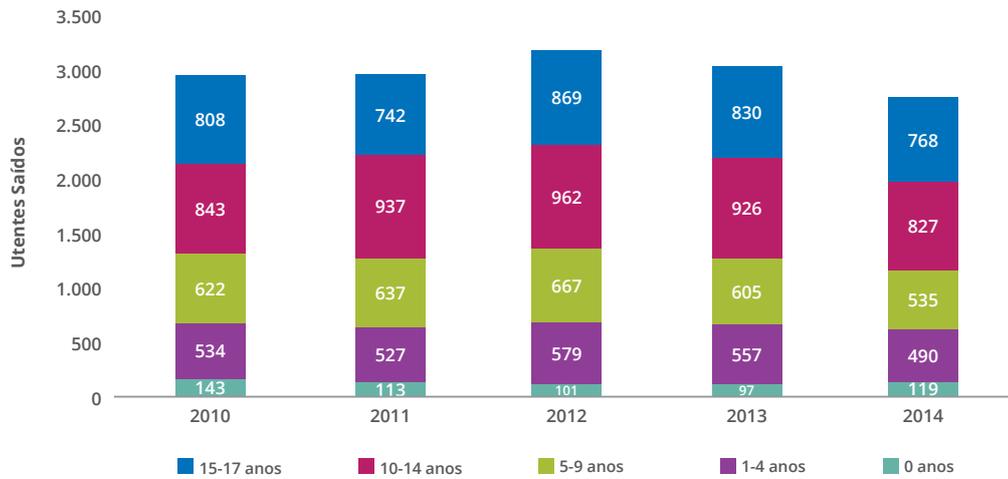
**FIGURA 11** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A TODAS AS DOENÇAS ONCOLÓGICAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

Em 2014 assistiu-se, pela primeira vez, a uma discreta diminuição da produção hospitalar associada ao cancro, tanto em internamento como em ambulatório. Estes dados devem ser interpretados com

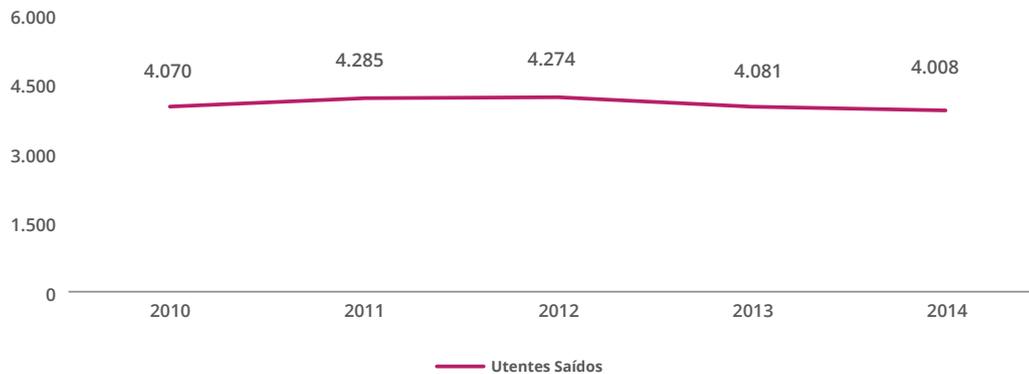
cautela, já que os elementos referentes a 2014 são ainda considerados provisórios. De qualquer forma, o número de cirurgias e o de sessões de quimioterapia continuaram a aumentar.

**FIGURA 12** | **NEOPLASIAS POR GRUPO ETÁRIO PEDIÁTRICO**

Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

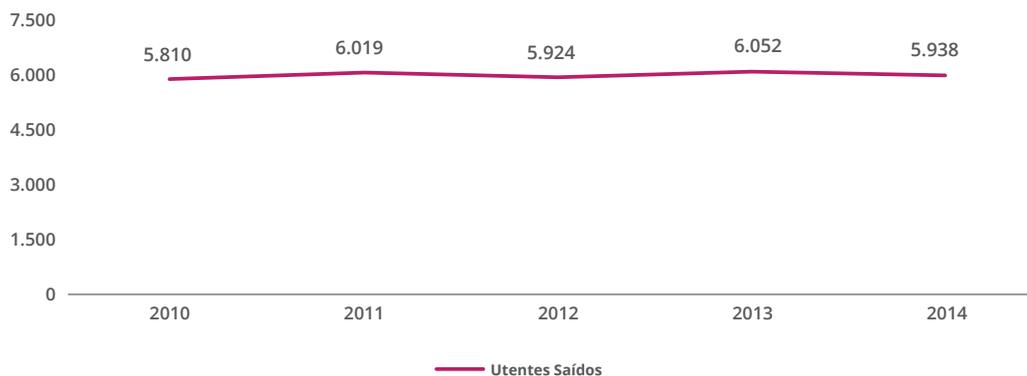
### 5.1.2. Produção hospitalar em Portugal, para algumas patologias

A carga assistencial associada ao cancro do estômago, tem vindo lenta e sustentadamente a diminuir, refletindo as alterações epidemiológicas.

**FIGURA 13** | **EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A NEOPLASIA MALIGNA DO ESTÔMAGO, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)**

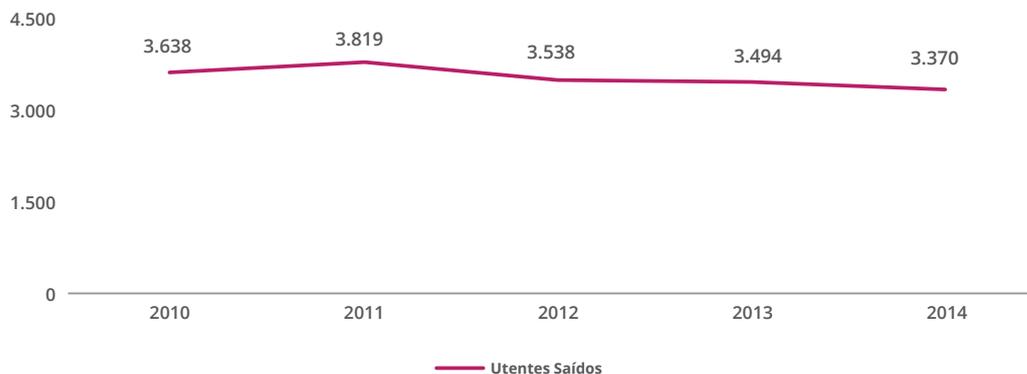
Fonte: ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

**FIGURA 14** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



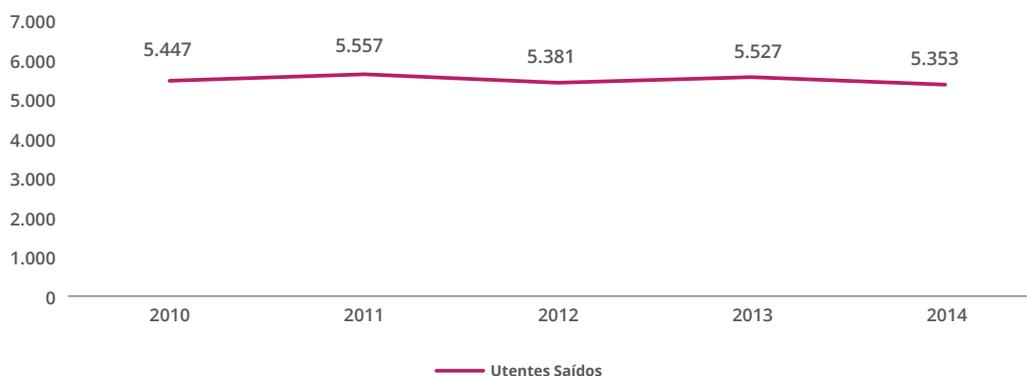
Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

**FIGURA 15** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A NEOPLASIA MALIGNA DO RETO, JUNÇÃO RETO-SIGMOIDEIA E ÂNUS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



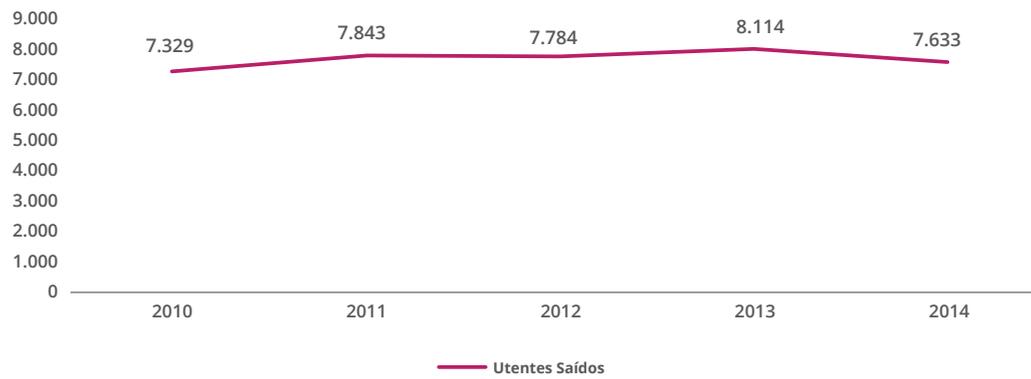
Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

**FIGURA 16** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A NEOPLASIA MALIGNA DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

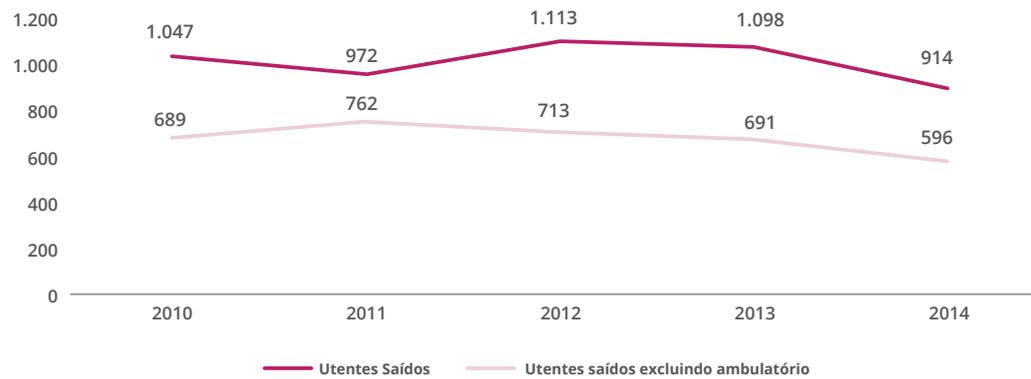
**FIGURA 17** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA FEMININA, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

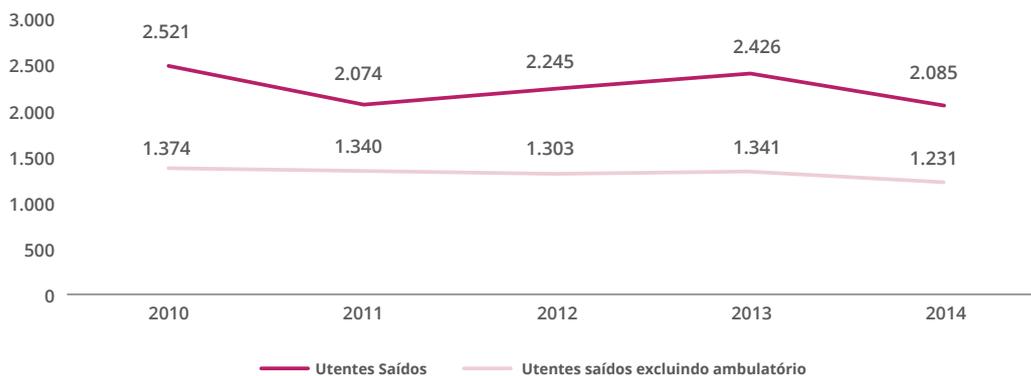
No caso do cancro do colo do útero, também tem vindo a diminuir a carga assistencial, em concordância com a menor incidência e mortalidade.

**FIGURA 18** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A NEOPLASIA MALIGNA DO COLO DO ÚTERO, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



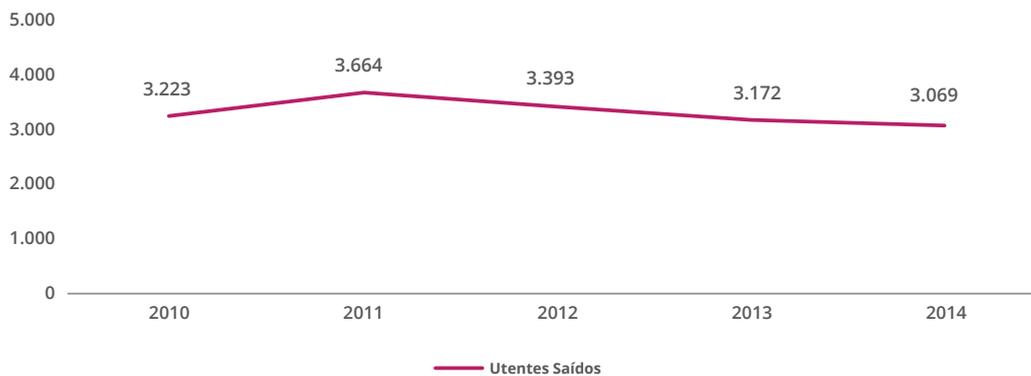
Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

**FIGURA 19** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A NEOPLASIA MALIGNA DO CORPO DO ÚTERO, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



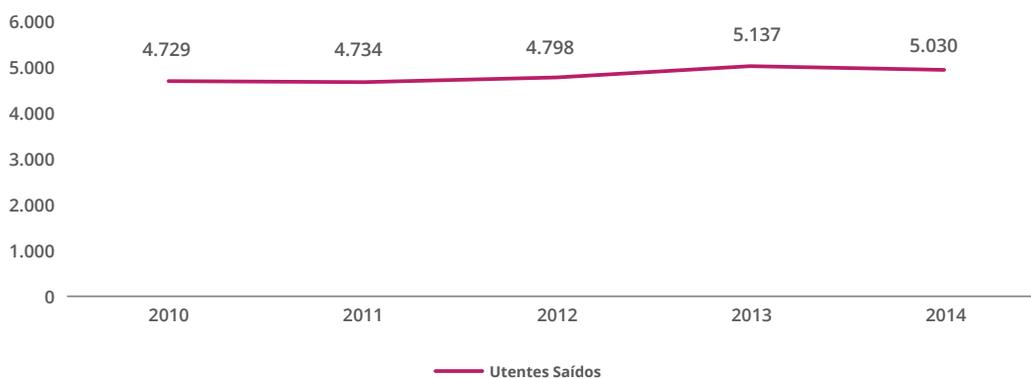
Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

**FIGURA 20** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

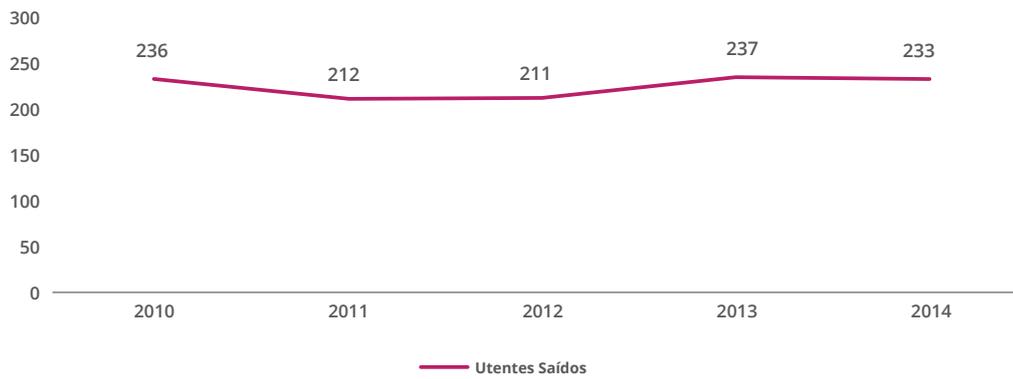


Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

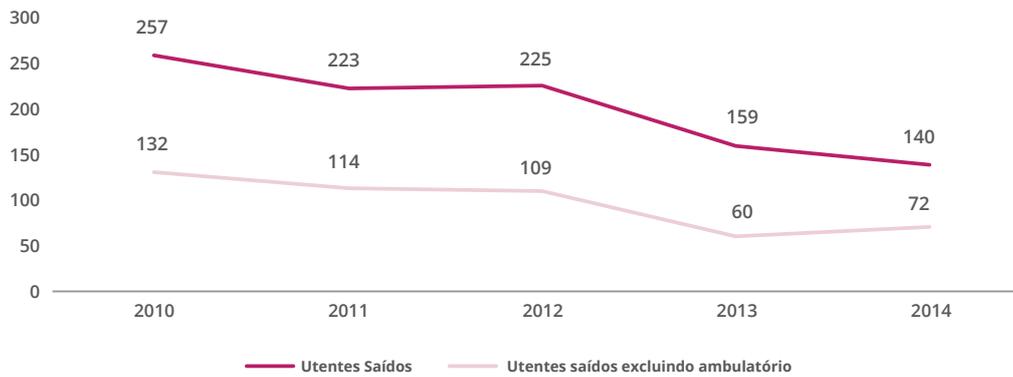
**FIGURA 21** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A NEOPLASIA MALIGNA DA BEXIGA, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

**FIGURA 22** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A NEOPLASIA MALIGNA DO TESTÍCULO, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

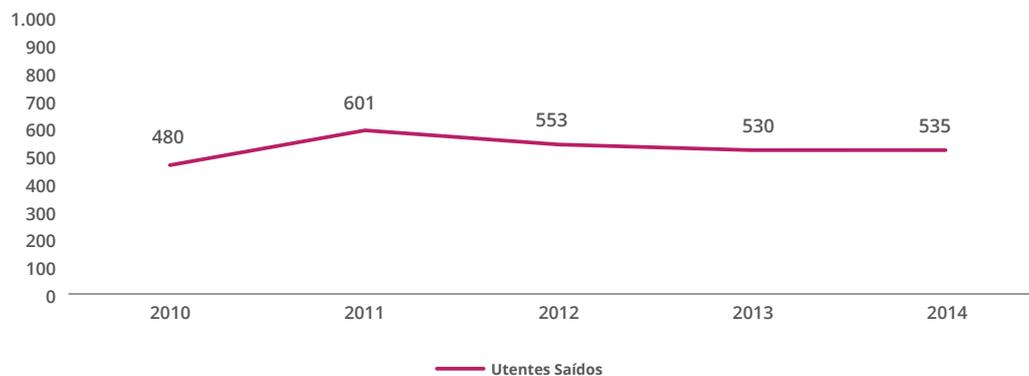
Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

**FIGURA 23** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A NEOPLASIA MALIGNA DO LÁBIO, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

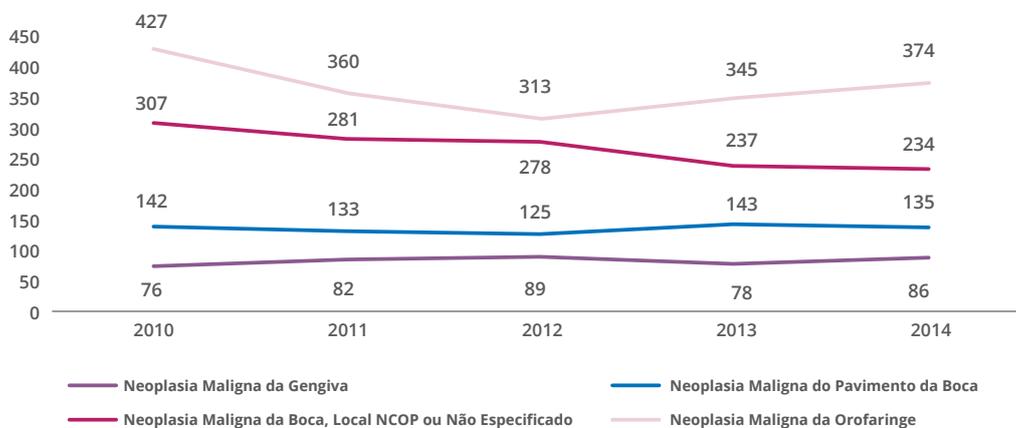
Em concordância com o já previamente descrito, a carga assistencial associada ao tumor do lábio man-

tém a tendência de diminuição, com parte significativa da atividade cirúrgica realizada em ambulatório.

**FIGURA 24** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A NEOPLASIA MALIGNA DA LÍNGUA, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)

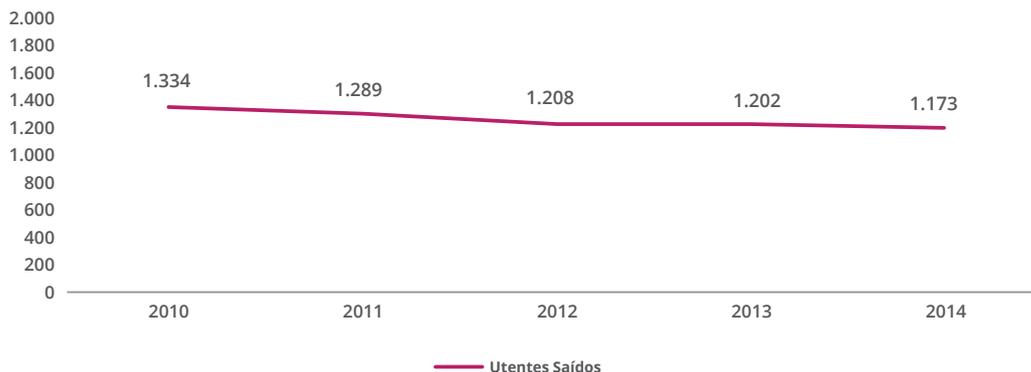
Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

**FIGURA 25** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A NEOPLASIA MALIGNA DA GENGIVA, PAVIMENTO DA BOCA, BOCA, LOCAL NCOP OU NÃO ESPECIFICADO, E DA OROFARINGE, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



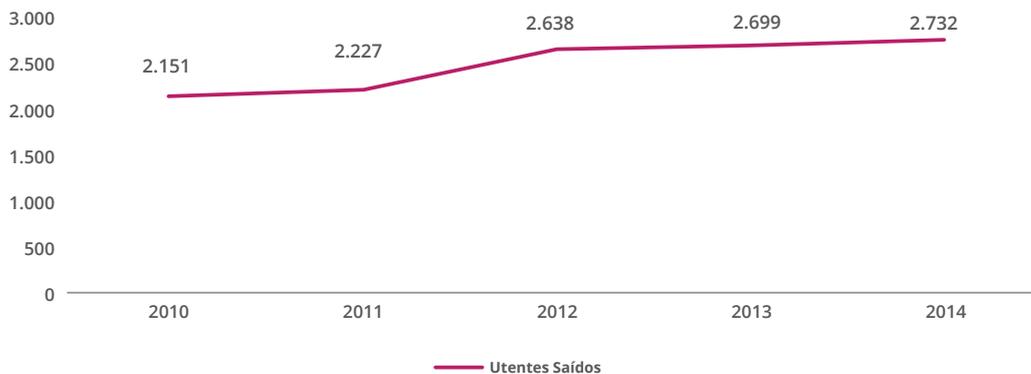
Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

**FIGURA 26** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A NEOPLASIA MALIGNA DA LARINGE, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

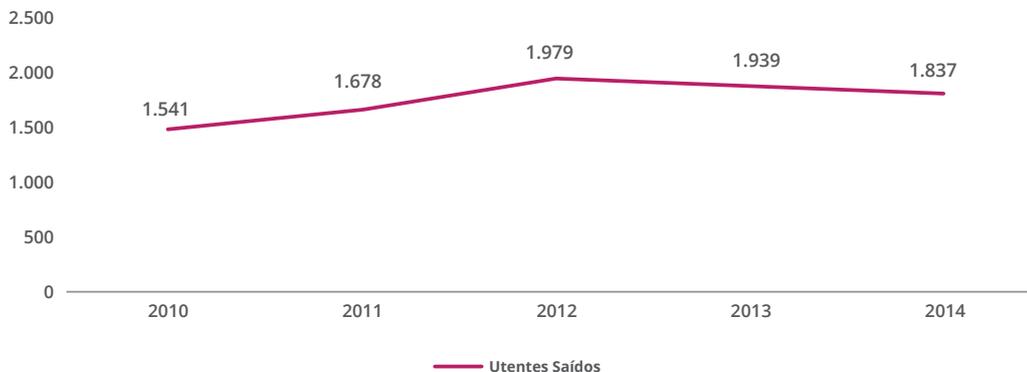
**FIGURA 27** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A LINFOMAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

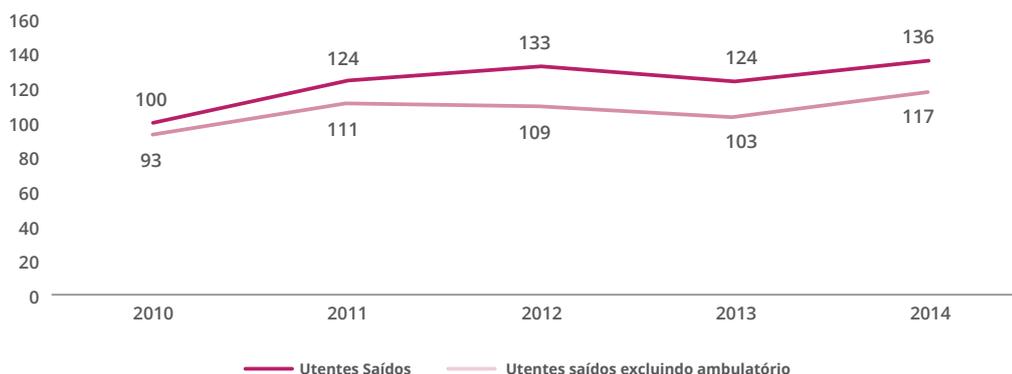
Os linfomas são uma carga crescente na nossa atividade, tanto pelo aumento de incidência, como pelo aumento da complexidade dos tratamentos.

**FIGURA 28** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A LEUCEMIAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



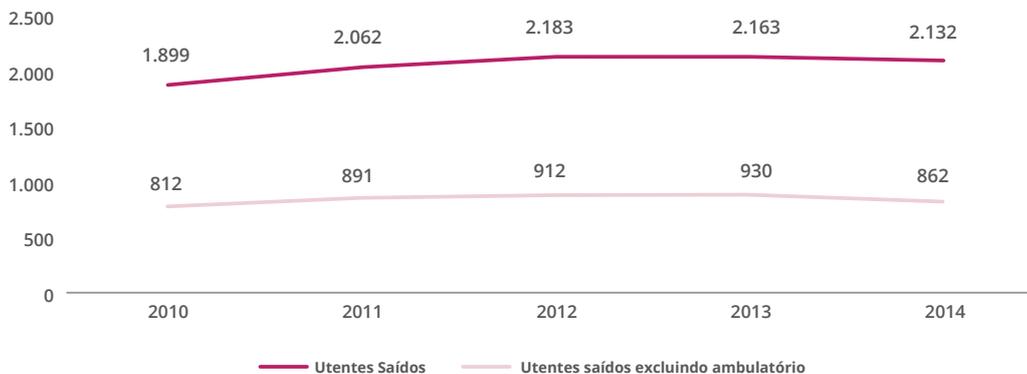
Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

**FIGURA 29** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A CARCINOMA IN SITU DOS ÓRGÃOS DIGESTIVOS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

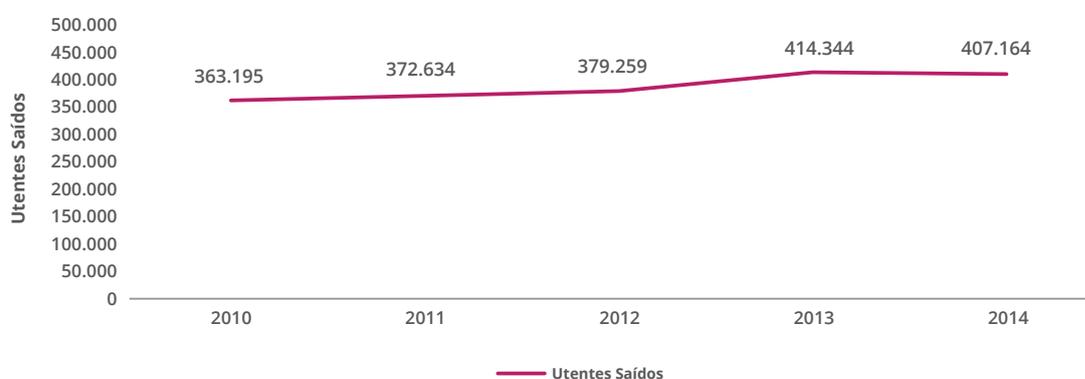
**FIGURA 30** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A CARCINOMA IN SITU DA MAMA E APARELHO GENITO-URINÁRIO, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

### 5.1.3. Evolução da produção hospitalar em Portugal, relativa a admissão para sessão de radioterapia

**FIGURA 31** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR, RELATIVA A ADMISSÃO PARA SESSÃO DE RADIOTERAPIA, PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014)



Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2015 E ACSS, SICA 2014 (21.01.2016)

Os dados referentes à produção de radioterapia, no ano de 2014, mostram uma muito discreta diminuição face a 2013. Na apreciação global temos uma

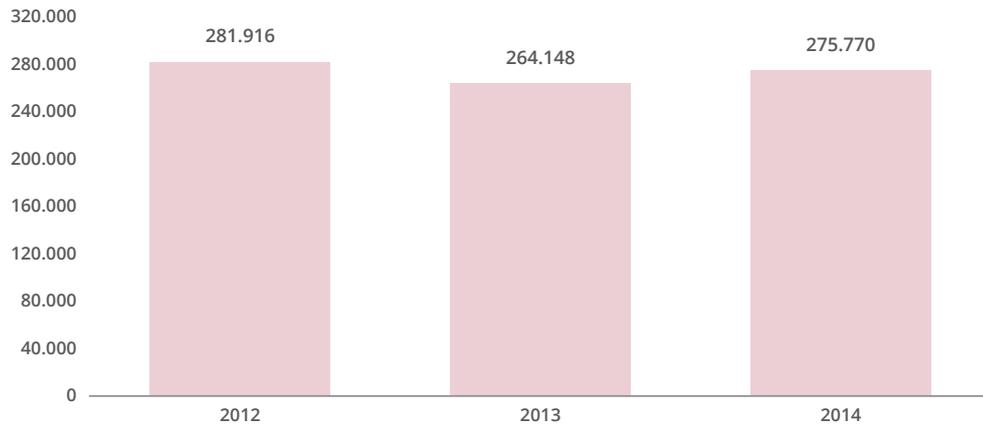
tendência de procura crescente, de acordo com o esperado e previsto.

**QUADRO 19** CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A ADMISSÃO PARA QUIMIOTERAPIA E IMUNOTERAPIA POR CONDIÇÕES NEOPLÁSICAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2013 E 2014)

ADMISSÃO PARA QUIMIOTERAPIA E IMUNOTERAPIA POR CONDIÇÕES NEOPLÁSICAS		
	2013	2014
Utentes saídos	264.148	275.770
Dias de Internamento	23.506	24.062
Demora Média	0,09	0,09
Day Cases (DC)	257.612	268.768
Demora Média sem DC	3,60	3,44
Casos de Ambulatório	256.804	267.545

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

**FIGURA 32** EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A ADMISSÃO PARA QUIMIOTERAPIA E IMUNOTERAPIA POR CONDIÇÕES NEOPLÁSICAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2012 A 2014)



Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

Durante o ano de 2014 houve aumento do número de tratamentos com quimioterapia. Este aumento observou-se tanto em sessões de hospital de dia como em internamento.

## 6. CARGA ASSISTENCIAL POR DOENTE

**QUADRO 20** CARGA ASSISTENCIAL POR DOENTE, NO PERÍODO 2013-2014

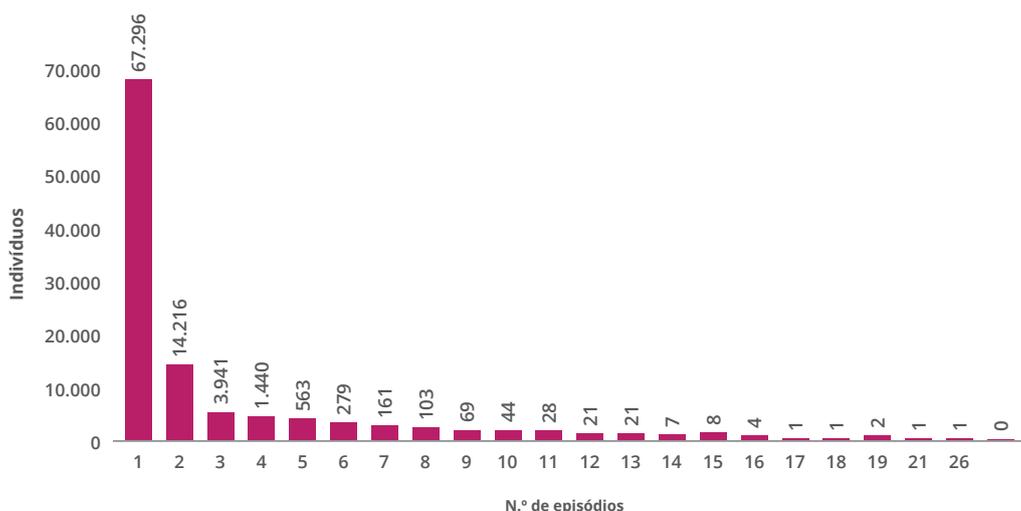
Região	Soma de Episódios (Principal + Secundários)		Soma de Dias Int (Principal + Secundários)		Soma de Indivíduos (Principal + Secundários)		DM por episódio		Episódios por indivíduo		Dias Internamento por indivíduo	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Norte	42.109	42.291	433.683	441.864	31.387	31.303	10,30	10,45	1,34	1,35	13,82	14,12
Centro	26.467	26.734	265.556	268.340	18.064	18.376	10,03	10,04	1,47	1,45	14,70	14,60
LVT	45.250	45.498	506.326	503.690	33.031	33.100	11,19	11,07	1,37	1,37	15,33	15,22
Alentejo	3.860	3.955	42.234	43.059	3.118	3.211	10,94	10,89	1,24	1,23	13,55	13,41
Algarve	3.700	3.569	43.059	45.635	2.970	2.885	11,64	12,79	1,25	1,24	14,50	15,82
Portugal Continental	121.386	122.047	1.290.858	1.302.588	87.878	88.207	10,63	10,67	1,38	1,38	14,69	14,77

Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

Avaliámos a totalidade dos internamentos dos doentes oncológicos, contabilizando todos os casos em que a doença oncológica surgia, quer como diagnóstico principal quer como diagnóstico secundário.

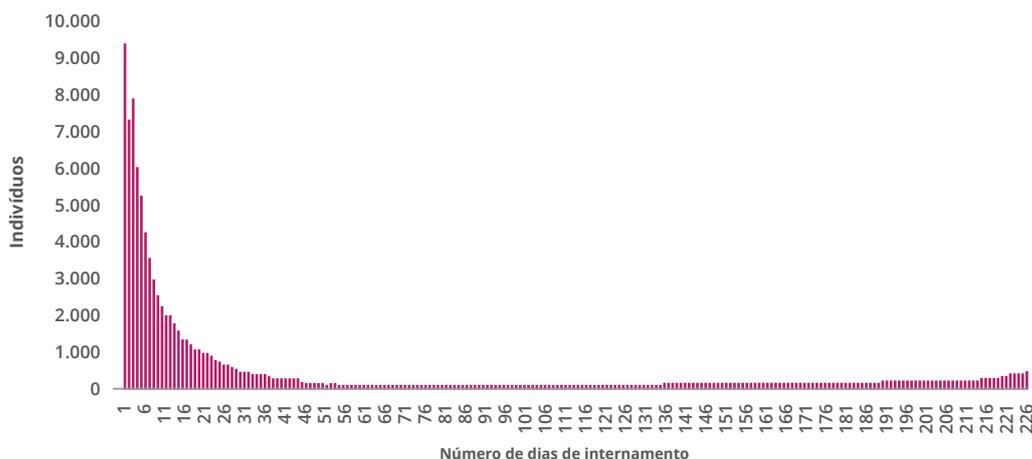
A maioria dos doentes tem um único episódio de internamento e a duração média deste, excluindo os casos de duração inferior a 24 horas, é de 10,67 dias.

FIGURA 33 INDIVÍDUOS POR N.º DE EPISÓDIOS (2014)



Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

FIGURA 34 INDIVÍDUOS POR DIAS DE INTERNAMENTO (2014)

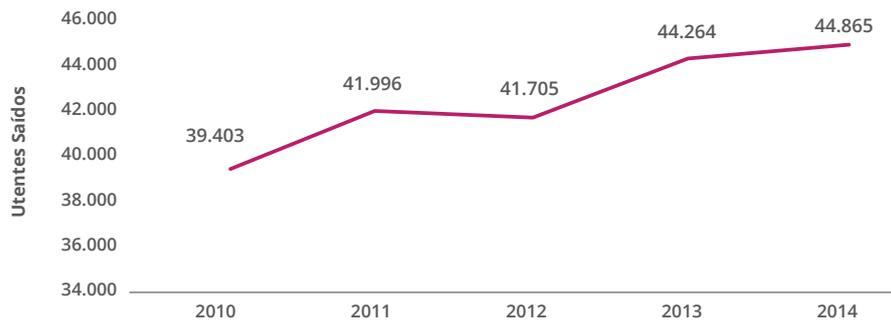


Fonte: GDH – ACSS/DGS, 2015 (dados do ano 2014 são preliminares)

## 7. CIRURGIA ONCOLÓGICA

O número de cirurgias oncológicas realizadas tem continuado aumentar. Embora a percentagem dos doentes inscritos em lista para cirurgia oncológica, que ultrapassa o tempo máximo de resposta garantido tenha diminuído de 25,1% para 19,7%, a percentagem de doentes, operados a neoplasias malignas, que ultrapassaram o tempo máximo de

resposta garantida aumentou de 15,8% para 16,8%, tendo o tempo médio de espera aumentado também um dia. Dado novo e importante, no relatório do SIGIC, é a monitorização do percentil 90 dos doentes em espera para cirurgia oncológica. Este índice mostra uma melhoria significativa de 92 para 71 dias.

**FIGURA 35** EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CIRURGIAS A NEOPLASIAS MALIGNAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

Fonte: SIGIC/ACSS (2015)

**QUADRO 21** PERCENTAGEM DE OPERADOS QUE ULTRAPASSARAM O TMRG EM 2014 – TOTAL DE OPERADOS E TOTAL DE OPERADOS A NEOPLASIAS MALIGNAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2014)

PERCENTAGEM DE OPERADOS QUE ULTRAPASSAM O TMRG EM 2014		
	Total de Operados (%)	Total de operados a Neoplasias
%Operados > TMRG	8,0%	16,0%
%Operados prioritários > TMRG	13,0%	16,8%

TMRG – Tempo máximo de Resposta Garantido;

Fonte: SIGIC/ACSS (2014)

**QUADRO 22** EVOLUÇÃO DA PERCENTAGEM DE OPERADOS A NEOPLASIAS MALIGNAS QUE ULTRAPASSARAM O TMRG, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

	2010	2011	2012	2013	2014	%Δ 2013/2014
% Operados > TMRG	13,2%	12,6%	14,8%	15,3%	16,0%	4,6%
%Operados prioritários > TMRG	14,2%	13,6%	15,3%	15,8%	16,8%	6,3%

TMRG – Tempo máximo de Resposta Garantido;

Fonte: SIGIC/ACSS 2014

**QUADRO 23** EVOLUÇÃO NA LIC DE UTENTES INSCRITOS COM NEOPLASIAS MALIGNAS QUE ULTRAPASSARAM O TMRG, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

INDICADORES	2010	2011	2012	2013	2014	Δ 2006/2014
Entradas NM em LIC	44.610	47.144	46.827	49.349	50.217	51,9%
Nº Utentes Inscritos NM (LIC NM)	3.287	3.624	3.524	3.916	3.908	<b>13,9%</b>
Mediana TE LIC NM em dias	22	25	26	27	28	-45,1%
Percentil 90 do TE da LIC NM em dias	66	99	83	92	71	-76,7%
% Inscritos NM > TMRG	16,5	23,7	21,7	25,1	19,7	-64,2%

TMRG – Tempo máximo de Resposta Garantido;

Fonte: SIGIC/ACSS 2014

## 8. DISPENSA DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS

O consumo de medicamentos oncológicos sofreu variações importantes neste período. Manteve-se o aumento do consumo de medicamentos, em quantidade, mas agora com aumento também dos custos associados.

Como esperado o aumento de custos é particularmente importante nos fármacos novos.

Mais preocupantes são os dados referentes ao pri-

meiro semestre de 2015. Quando comparado com o período homólogo de 2014 nota-se um aumento de 9,8% em custos, associado a um aumento apenas de 4,5% em quantidades. Estamos a assistir a uma deriva significativa no sentido do consumo de fármacos mais caros, colocando pressão muito significativa sobre o SNS.

### 8.1. Venda e dispensa de medicamentos no SNS

#### QUADRO 24

VENDAS DE MEDICAMENTOS NO SNS (PVP, ENCARGOS DO SNS), EM PORTUGAL CONTINENTAL (2010 A 2014) – SUBGRUPOS DO GRUPO FARMACOTERAPÊUTICO MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS E IMUNOMODULADORES

Subgrupos Farmacoterapêuticos	PVP				
	2010	2011	2012	2013	2014
16.1 – Citotóxicos	802.947	1.020.919	963.531	1.288.584	1.607.682
16.2 – Hormonas e anti-hormonas	3.565.769	3.474.972	3.166.419	3.835.959	4.811.625
16.3 – Imunomoduladores	6.479.645	6.539.089	5.936.213	5.723.059	6.063.477
Subgrupos Farmacoterapêuticos	Encargos				
	2010	2011	2012	2013	2014
16.1 – Citotóxicos	576.948	736.915	697.972	925.532	1.135.571
16.2 – Hormonas e anti-hormonas	1.950.126	1.876.728	1.817.915	2.202.106	2.635.440
16.3 – Imunomoduladores	6.069.326	6.312.178	5.774.237	5.546.753	5.797.244

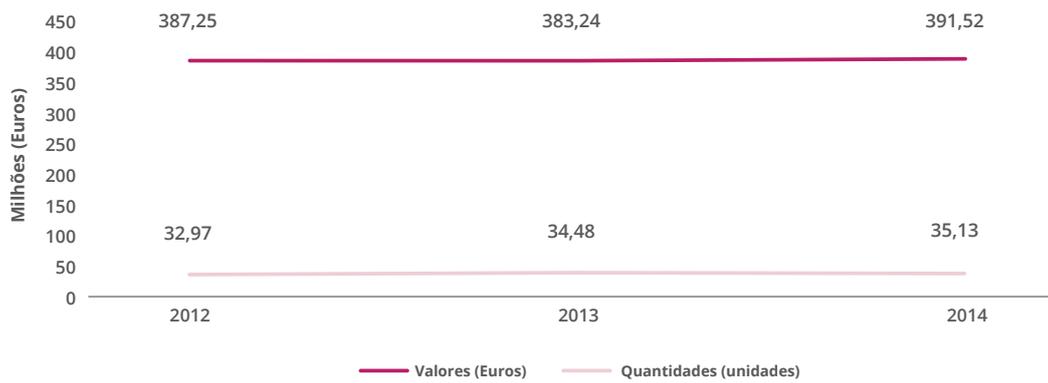
Fonte: Estatística do medicamento/INFARMED, 2015

#### QUADRO 25

DISPENSA DE MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS E IMUNOMODULADORES NOS HOSPITAIS DO SNS (NÚMERO DE EMBALAGENS E CUSTOS) POR SUBGRUPO, PORTUGAL CONTINENTAL (2012 A 2014)

Medicamento	Quantidades			Valor (Euros)			
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	
Dispensa em internamento	16.1 – Citotóxicos	425.664	427.970	158.497	8.175.773	8.605.457	6.035.528
	16.2 – Hormonas e anti-hormonas	617.261	645.441	87.259	302.909	312.152	163.317
	16.3 – Imunomoduladores	411.666	2.050.803	2.206.160	8.888.208	12.626.745	10.767.425
<b>Sub-total dispensa internamento</b>		<b>1.454.591</b>	<b>3.124.214</b>	<b>2.451.916</b>	<b>17.366.890</b>	<b>21.544.354</b>	<b>16.966.270</b>
Dispensa total em meio hospitalar	16.1 – Citotóxicos	6.166.181	6.264.512	6.515.091	95.583.054	98.976.237	101.456.916
	16.2 – Hormonas e anti-hormonas	12.624.377	12.228.267	12.428.782	23.329.060	22.008.282	21.173.551
	16.3 – Imunomoduladores	12.720.204	12.864.196	13.731.992	250.971.990	240.709.052	251.924.777
<b>Dispensa total em meio hospitalar</b>		<b>31.510.762</b>	<b>31.356.975</b>	<b>32.675.865</b>	<b>369.884.104</b>	<b>361.693.570</b>	<b>374.555.244</b>

Fonte: CHNM/INFARMED, 2015

**FIGURA 36** EVOLUÇÃO DOS ENCARGOS E DAS QUANTIDADES DE EMBALAGENS NOS HOSPITAIS (2012 A 2014)

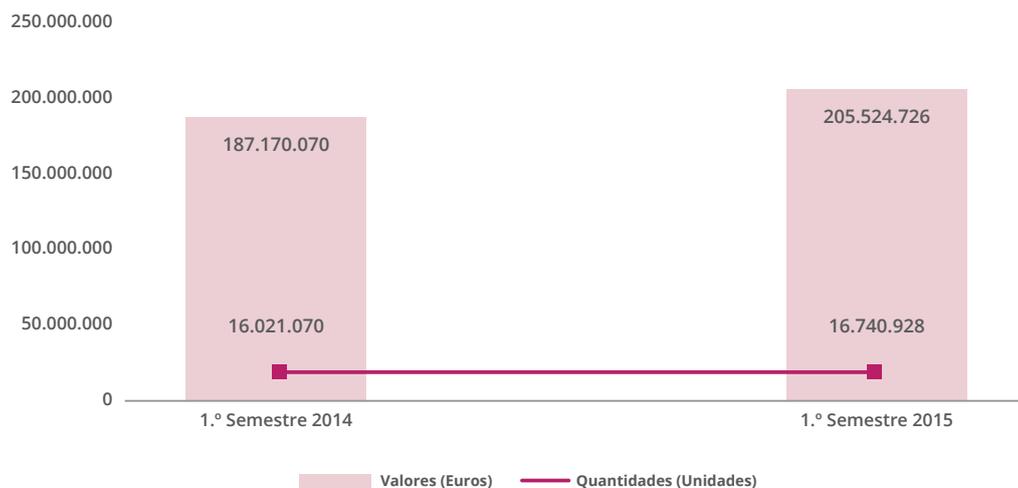
Fonte: Estatística do medicamento/INFARMED,2015

## 8.2 Encargos 1º semestre 2015 e 2014

**QUADRO 26** ENCARGOS COM MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS DO SNS, EM MEIO HOSPITALAR (COMPARAÇÃO HOMÓLOGA 1º SEMESTRE DO ANO 2014 E 2015)

ENCARGOS SNS COM MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS EM MEIO HOSPITALAR		
	Quantidades (Unidades)	Valor (Euros)
1.º Semestre 2014	16.021.070	187.170.070
1.º Semestre 2015	16.740.928	205.524.726
Variação Homóloga 2014/2015	+4,5%	+9,8%

Fonte: Estatística do medicamento/INFARMED,2015

**FIGURA 37** ENCARGOS EM MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS EM MEIO HOSPITALAR (COMPARAÇÃO HOMÓLOGA 1º SEMESTRE 2014/2015)

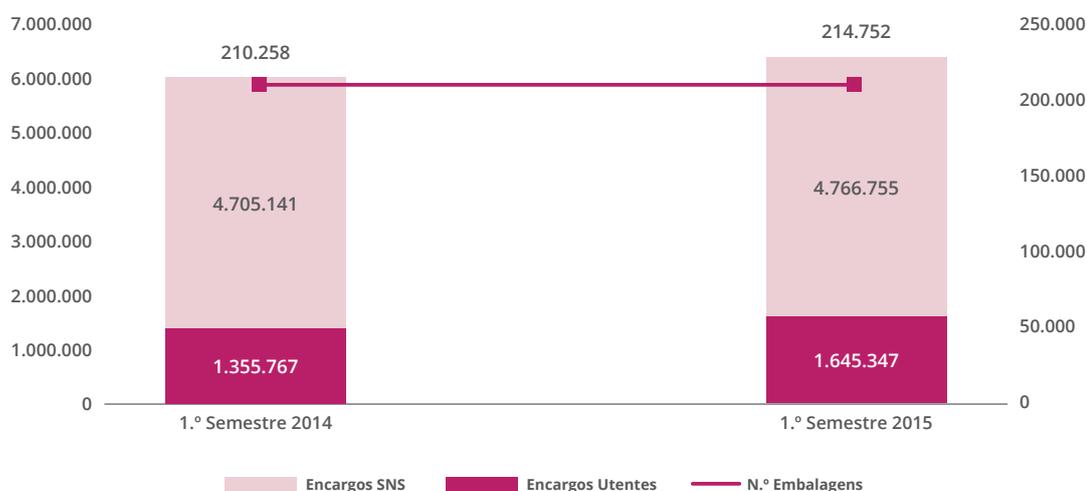
Fonte: Estatística do medicamento/INFARMED,2015

**QUADRO 27** ENCARGOS DO SNS COM MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA (COMPARAÇÃO HOMÓLOGA 1ª SEMESTRE DO ANO 2014 E 2015)

ENCARGOS SNS COM MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA			
	PVP	Encargos SNS	Embalagens
1.º Semestre 2014	6.060.908	4.705.141	210.258
1.º Semestre 2015	6.412.102	4.766.755	214.752
Variação Homóloga 2014/2015	+5,8%	+1,3%	+2,1%

Fonte: Estatística do medicamento/INFARMED,2015

**FIGURA 38** ENCARGOS COM MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA (COMPARAÇÃO HOMÓLOGA 1º SEMESTRE 2014/2015)



Fonte: Estatística do medicamento/INFARMED,2015

**FIGURA 39** ENCARGOS DO SNS EM MEIO HOSPITALAR VS AMBULATÓRIO (COMPARAÇÃO HOMÓLOGA 1º SEMESTRE 2014/2015)



Fonte: Estatística do medicamento/INFARMED,2015

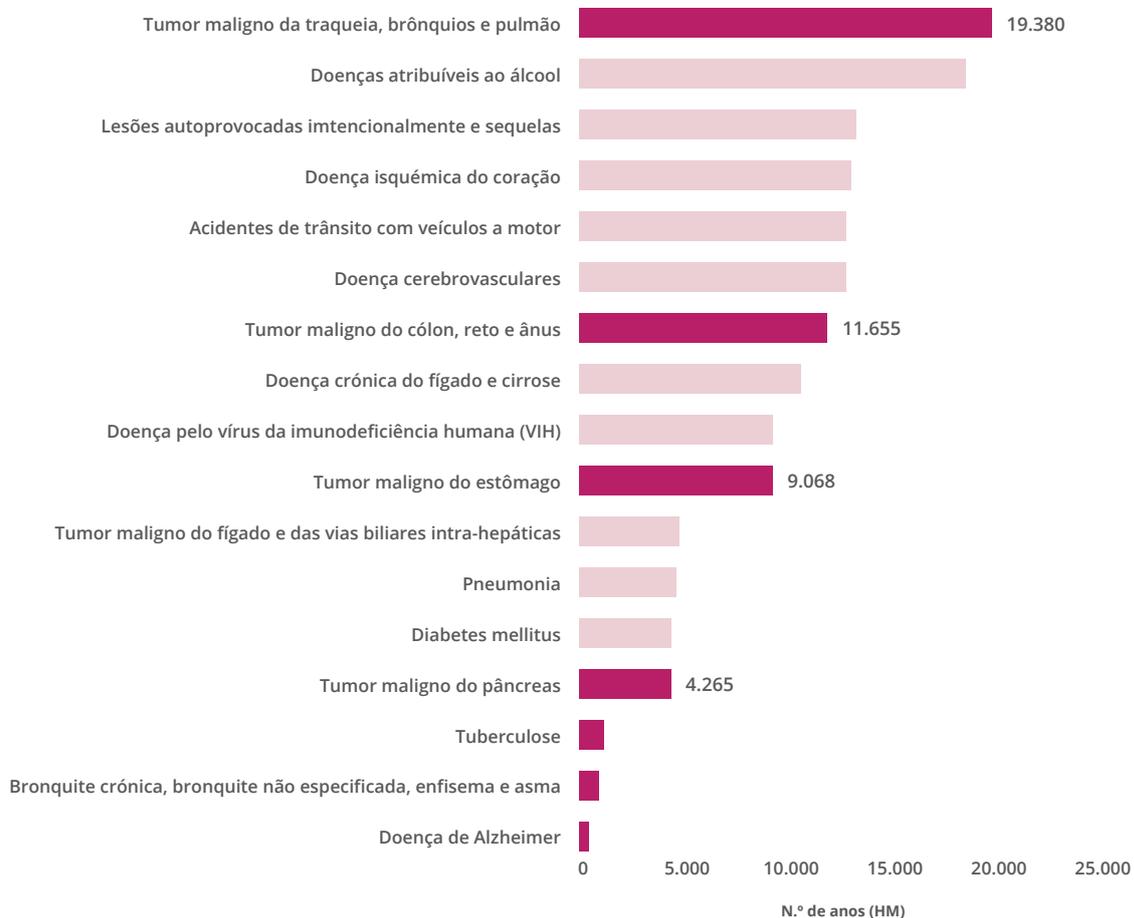
## 9. MORTALIDADE ASSOCIADA AOS TUMORES MALIGNOS

Os anos potenciais de vida perdidos, por neoplasia maligna, continuam muito significativos, embora se assista a uma diminuição gradual da mortalidade precoce. A evolução desde 2011 tem sido positiva. São visíveis duas áreas de intervenção prioritária, nomeadamente no cancro do pulmão e colo-rectal,

pelo impacto relativo na mortalidade precoce. Continuamos a assistir ao aumento da taxa de mortalidade bruta associada ao diagnóstico de neoplasias malignas, mas diminuição da taxa de mortalidade padronizada.

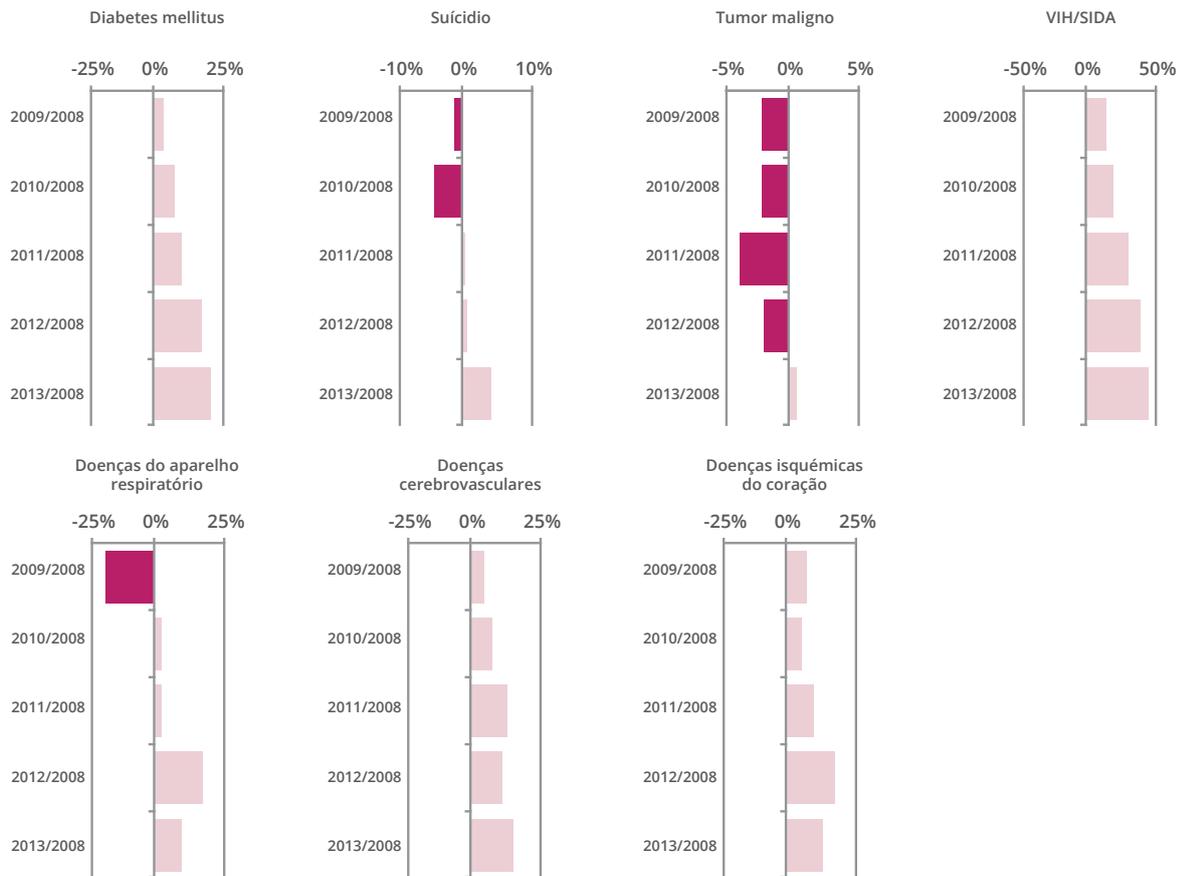
### 9.1. Caracterização da geral da mortalidade por tumores malignos

**FIGURA 40** ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR CAUSAS DE MORTE SELECIONADAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2013)



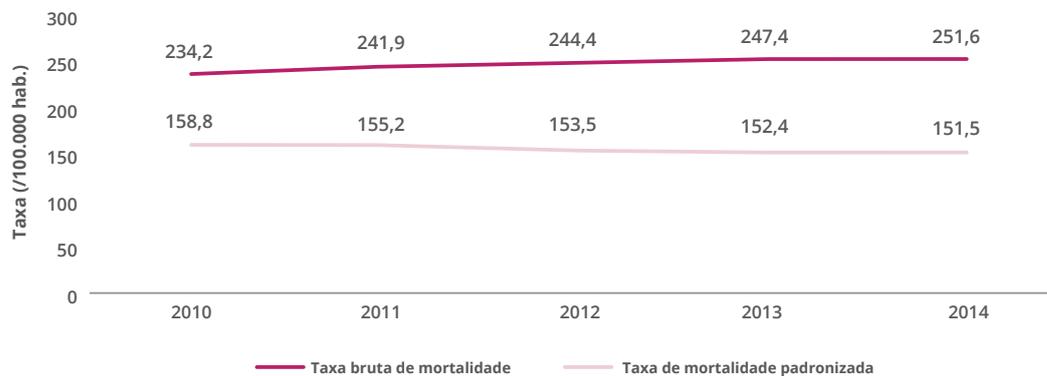
Fonte: Elaborado por DGS/DSIA com base em dados do INE, 2015

**FIGURA 41** GANHOS PERCENTUAIS RELATIVAMENTE A 2008 DOS ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS PELAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE, PORTUGAL (2009 A 2013)



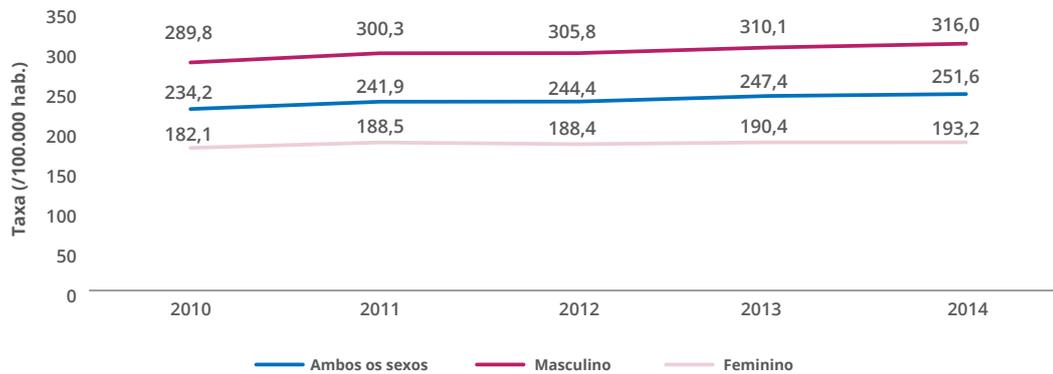
Fonte: Elaborado por DGS/DSIA com base em dados do INE, 2015

**FIGURA 42** EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE BRUTA E PADRONIZADA POR TUMORES MALIGNOS (/100.000 HABITANTES), POR SEXO, PORTUGAL (2010 A 2014)



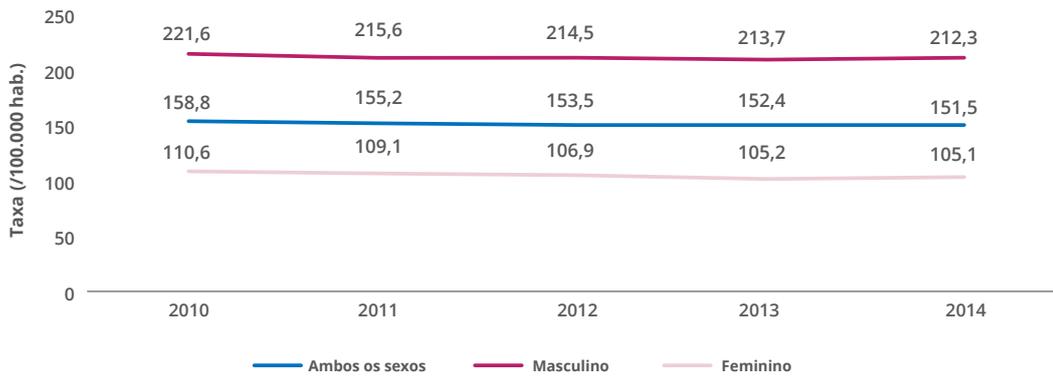
Códigos da CID 10: C00-C97.  
 Fonte: INE, 2016

**FIGURA 43** EVOLUÇÃO DA TAXA BRUTA DE MORTALIDADE POR TUMORES MALIGNOS (/100.000 HABITANTES), POR SEXO, PORTUGAL (2010 A 2014)



Códigos da CID 10: C00-C97.  
**Fonte:** INE, 2016

**FIGURA 44** EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR TUMORES MALIGNOS (/100.000 HABITANTES), POR SEXO, PORTUGAL (2010 A 2014)



Códigos da CID 10: C00-C97.  
**Fonte:** INE, 2015

**FIGURA 45** EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA (MENOS DE 65 ANOS) POR TUMORES MALIGNOS (/100.000 HABITANTES), POR SEXO, PORTUGAL (2010 A 2014)



Códigos da CID 10: C00-C97.  
 Fonte: INE, 2015

## 9.2. Caracterização da mortalidade dos dez tumores mais frequentes em Portugal entre 2010 e 2014

**QUADRO 28** INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DO ESTÔMAGO, POR SEXO, EM PORTUGAL (2010 A 2014)

TUMOR MALIGNO DO ESTÔMAGO					
	2010	2011	2012	2013	2014
<b>AMBOS OS SEXOS</b>					
Número de óbitos	2.318	2.428	2.371	2.265	2.290
Taxa de mortalidade	21,8	23,0	22,6	21,7	22,0
Taxa de mortalidade padronizada	14,4	14,5	14,0	13,2	13,1
<b>SEXO MASCULINO</b>					
Número de óbitos	1.375	1.491	1.424	1.349	1.381
Taxa de mortalidade	26,7	29,6	28,4	27,1	27,9
Taxa de mortalidade padronizada	20,2	21,1	20,0	18,8	18,7
<b>SEXO FEMININO</b>					
Número de óbitos	943	937	947	916	909
Taxa de mortalidade	17,2	17,0	17,2	16,7	16,6
Taxa de mortalidade padronizada	9,7	9,4	9,3	8,9	8,8

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: C 16.  
 Fontes: INE, 2016

A mortalidade por tumor do cólon desceu ligeiramente em 2014. A variação é muito pequena e deve ser encarada cautelosamente. De qualquer forma

estes valores permanecem superiores ao desejável, em particular no sexo masculino.

**QUADRO 29** INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DO CÓLON, POR SEXO, EM PORTUGAL (2010 A 2014)

TUMOR MALIGNO DO CÓLON					
	2010	2011	2012	2013	2014
<b>AMBOS OS SEXOS</b>					
Número de óbitos	2.647	2.740	2.686	2.724	2.687
Taxa de mortalidade	25,0	26,0	25,6	26,1	25,8
Taxa de mortalidade padronizada	15,4	15,5	14,9	15,0	14,5
<b>SEXO MASCULINO</b>					
Número de óbitos	1.511	1.500	1.533	1.560	1.526
Taxa de mortalidade	29,9	29,8	30,6	31,4	30,9
Taxa de mortalidade padronizada	21,0	20,5	20,4	20,5	19,7
<b>SEXO FEMININO</b>					
Número de óbitos	1.136	1.240	1.153	1.164	1.161
Taxa de mortalidade	20,6	22,5	21,0	21,2	21,3
Taxa de mortalidade padronizada	11,2	11,8	11,0	11,1	10,7

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: C 18.

Fontes: INE, 2016

Em 2013 assistimos a uma diminuição da mortalidade atribuída ao tumor do reto, dados que se confirmam em 2014. Esta variação deve ser encarada

com reserva, pela importância que o rigor do registo pode ter na localização anatómica.

**QUADRO 30** INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DA JUNÇÃO RETOSSIGMÓIDE E DO RETO, POR SEXO, EM PORTUGAL (2010 A 2014)

TUMOR MALIGNO DA JUNÇÃO RETOSSIGMÓIDE E DO RETO					
	2010	2011	2012	2013	2014
<b>AMBOS OS SEXOS</b>					
Número de óbitos	1.084	1.051	1.088	1.079	1.073
Taxa de mortalidade	10,3	10,0	10,4	10,3	10,3
Taxa de mortalidade padronizada	6,5	6,1	6,2	6,1	6,0
<b>SEXO MASCULINO</b>					
Número de óbitos	703	661	689	653	655
Taxa de mortalidade	13,9	13,1	13,7	13,1	13,3
Taxa de mortalidade padronizada	9,9	9,2	9,3	8,9	8,6
<b>SEXO FEMININO</b>					
Número de óbitos	381	390	399	426	418
Taxa de mortalidade	6,9	7,1	7,3	7,8	7,7
Taxa de mortalidade padronizada	4,0	3,8	4,0	4,0	4,0

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: C19-C20.

Fontes: INE, 2016

A epidemia do cancro do pulmão continua a aumentar em ambos os sexos. É o tumor que mais

mata em Portugal.

**QUADRO 31** INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO, POR SEXO, EM PORTUGAL (2010 A 2014)

TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO					
	2010	2011	2012	2013	2014
<b>AMBOS OS SEXOS</b>					
Número de óbitos	3.652	3.705	3.670	4.002	3.927
Taxa de mortalidade	34,3	35,1	34,9	38,3	37,8
Taxa de mortalidade padronizada	24,5	24,3	23,8	25,8	24,6
<b>SEXO MASCULINO</b>					
Número de óbitos	2.905	2.894	2.856	3.147	3.077
Taxa de mortalidade	56,4	57,4	57,0	63,3	62,3
Taxa de mortalidade padronizada	44,4	43,3	42,3	46,2	43,9
<b>SEXO FEMININO</b>					
Número de óbitos	747	811	814	855	850
Taxa de mortalidade	13,6	14,7	14,8	15,6	15,6
Taxa de mortalidade padronizada	8,5	9,2	9,1	9,4	9,4

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: C 33-34.

Fontes: INE, 2016

A mortalidade por cancro da mama tem estado estável, apesar do aumento significativo de incidência.

Parte deste efeito deve-se aos programas de rastreio.

**QUADRO 32** INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DA MAMA FEMININA, EM PORTUGAL (2010 A 2014)

TUMOR MALIGNO DA MAMA FEMININA					
	2010	2011	2012	2013	2014
Número de óbitos	1.659	1.634	1.752	1.640	1.660
Taxa de mortalidade	30,2	29,8	31,9	29,9	30,4
Taxa de mortalidade padronizada	20,1	19,0	20,0	18,2	17,9

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: C 50.

Fontes: INE, 2016

A mortalidade por cancro do colo do útero tem apresentado uma taxa decrescente, em paralelo com a diminuição de incidência. O sucesso dos

programas de rastreio é evidente, mas existe margem para melhorias significativas.

**QUADRO 33** INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DO COLO DO ÚTERO, EM PORTUGAL (2010 A 2014)

TUMOR MALIGNO DO COLO DO ÚTERO					
	2010	2011	2012	2013	2014
Número de óbitos	224	247	214	204	210
Taxa de mortalidade	4,1	4,5	3,9	3,7	3,8
Taxa de mortalidade padronizada	2,9	3,2	2,8	2,5	2,6

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: C 53.

Fontes: INE, 2016

**QUADRO 34** INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DO CORPO DO ÚTERO, EM PORTUGAL (2010 A 2014)

TUMOR MALIGNO DO CORPO DO ÚTERO					
	2010	2011	2012	2013	2014
Número de óbitos	197	195	205	206	207
Taxa de mortalidade	3,6	3,5	3,7	3,8	3,8
Taxa de mortalidade padronizada	2,2	2,0	2,1	2,0	2,1

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: C 54.  
**Fontes:** INE, 2016

**QUADRO 35** INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DA PRÓSTATA, EM PORTUGAL (2010 A 2014)

TUMOR MALIGNO DA PRÓSTATA					
	2010	2011	2012	2013	2014
Número de óbitos	1.783	1.815	1.806	1.714	1.787
Taxa de mortalidade	34,6	36,0	36,0	34,5	36,2
Taxa de mortalidade padronizada	22,5	21,9	21,5	20,0	20,3

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: C 61.  
**Fontes:** INE, 2016

No caso do tumor da bexiga, também fortemente associado ao consumo de tabaco, também notamos um aumento de mortalidade, em particular no sexo masculino.

**QUADRO 36** INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A TUMOR MALIGNO DA BEXIGA, POR SEXO, EM PORTUGAL (2010 A 2014)

TUMOR MALIGNO DA BEXIGA					
	2010	2011	2012	2013	2014
<b>AMBOS OS SEXOS</b>					
Número de óbitos	811	888	953	922	940
Taxa de mortalidade	7,7	8,4	9,1	8,8	9,0
Taxa de mortalidade padronizada	4,4	4,7	5,0	4,7	4,6
<b>SEXO MASCULINO</b>					
Número de óbitos	604	661	717	682	690
Taxa de mortalidade	11,9	13,1	14,3	13,7	14,0
Taxa de mortalidade padronizada	8,0	8,6	9,2	8,6	8,4
<b>SEXO FEMININO</b>					
Número de óbitos	207	227	236	240	250
Taxa de mortalidade	3,8	4,1	4,3	4,4	4,6
Taxa de mortalidade padronizada	1,8	1,9	2,0	2,0	2,0

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: C 67.  
**Fontes:** INE, 2016

**QUADRO 37** INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A LINFOMA NÃO-HODGKIN, POR SEXO, EM PORTUGAL (2009 A 2013)

LINFOMA NÃO-HODGKIN					
	2009	2010	2011	2012	2013
<b>AMBOS OS SEXOS</b>					
Número de óbitos	670	728	729	753	711
Taxa de mortalidade	6,3	6,9	6,9	7,2	6,8
Taxa de mortalidade padronizada	4,3	4,5	4,3	4,3	4,1
<b>SEXO MASCULINO</b>					
Número de óbitos	351	401	379	394	392
Taxa de mortalidade	6,9	7,9	7,5	7,9	7,9
Taxa de mortalidade padronizada	5,3	5,9	5,4	5,4	5,3
<b>SEXO FEMININO</b>					
Número de óbitos	319	327	350	359	319
Taxa de mortalidade	5,8	5,9	6,3	6,5	5,8
Taxa de mortalidade padronizada	3,5	3,5	3,5	3,5	3,2

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: C 82, C83, C85.

Fontes: INE, 2016

## QUADRO 38

## NÚMERO DE ÓBITOS E TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA (TODAS AS IDADES E &lt;65 ANOS), POR CAUSA DE MORTE E LOCAL DE RESIDÊNCIA (NUTS II) EM 2014

Causa de morte		Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	RA Açores	RA Madeira
Tumor maligno do estômago (M/F)	Todas as idades (óbitos)	979	504	498	166	73	32	38
	Todas as idades (TMP)	17,2	11,5	10,9	10,7	9,7	11,3	11,0
	< 65 anos (óbitos)	271	115	133	28	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>13</b>
	< 65 anos (TMP)	7,3	5,0	4,9	3,9	<b>4,2*</b>	<b>5,4*</b>	<b>5,3*</b>
Tumor maligno do cólon (M/F)	Todas as idades (óbitos)	748	674	783	281	114	33	54
	Todas as idades (TMP)	12,3	14,8	16,1	17,6	14,5	11,3	15,2
	< 65 anos (óbitos)	141	118	148	48	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>13</b>
	< 65 anos (TMP)	3,8	5,1	5,5	6,5	<b>4,6*</b>	<b>4,6*</b>	<b>5,2*</b>
Tumor maligno da junção retossigmóide e do reto (M/F)	Todas as idades (óbitos)	317	288	266	118	51	<b>14</b>	<b>19</b>
	Todas as idades (TMP)	5,4	6,2	5,7	8,2	6,5	<b>5,5*</b>	<b>6,0*</b>
	< 65 anos (óbitos)	77	54	69	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
	< 65 anos (TMP)	2,1	2,4	2,5	<b>3,3*</b>	<b>2,6*</b>	<b>2,7*</b>	<b>3,2*</b>
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (M/F)	Todas as idades (óbitos)	1 391	697	1 122	297	214	121	85
	Todas as idades (TMP)	26,2	18,2	26,3	22,9	32,2	43,3	26,2
	< 65 anos (óbitos)	499	209	375	83	76	49	33
	< 65 anos (TMP)	13,3	9,1	13,8	11,2	17,9	22,3	13,2
Tumor maligno da bexiga (M/F)	Todas as idades (óbitos)	262	219	312	66	51	<b>13</b>	<b>17</b>
	Todas as idades (TMP)	4,1	4,3	5,8	3,7	5,6	<b>4,4*</b>	<b>4,8*</b>
	< 65 anos (óbitos)	34	<b>24</b>	31	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
	< 65 anos (TMP)	0,9	<b>1,0*</b>	1,1	<b>1,2*</b>	<b>1,2*</b>	<b>0,9*</b>	<b>1,6*</b>
Linfoma não-Hodgkin (1) (M/F)	Todas as idades (óbitos)	183	180	218	62	39	<b>14</b>	<b>15</b>
	Todas as idades (TMP)	3,2	4,4	4,7	4,1	4,9	<b>5,1*</b>	<b>4,8*</b>
	< 65 anos (óbitos)	33	45	50	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
	< 65 anos (TMP)	0,9	2	1,9	<b>1,5*</b>	<b>0,7*</b>	<b>0,5*</b>	<b>2,9*</b>
Tumor maligno da próstata (M)	Todas as idades (óbitos)	502	491	468	177	86	<b>37</b>	<b>26</b>
	Todas as idades (TMP)	18,3	21,5	20,9	21,1	20,8	<b>28,9</b>	<b>19,8</b>
	< 65 anos (óbitos)	27	<b>21</b>	28	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	< 65 anos (TMP)	1,5	<b>1,9*</b>	2,2	<b>1,7*</b>	<b>1,8*</b>	<b>1,9*</b>	<b>2,7*</b>
Tumor maligno da mama (F)	Todas as idades (óbitos)	461	359	525	149	74	37	55
	Todas as idades (TMP)	15,5	15,6	20,9	21,1	20,2	20,6	25,9
	< 65 anos (óbitos)	178	96	164	49	30	<b>11</b>	<b>18</b>
	< 65 anos (TMP)	9,3	8,3	11,6	13,7	13,7	<b>9,7*</b>	<b>13,2*</b>
Tumor maligno do colo do útero (F)	Todas as idades (óbitos)	54	39	79	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
	Todas as idades (TMP)	1,9	2,1	3,7	<b>2,2*</b>	<b>5,5*</b>	<b>2,3*</b>	<b>3,3*</b>
	< 65 anos (óbitos)	<b>23</b>	<b>16</b>	40	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
	< 65 anos (TMP)	<b>1,2*</b>	<b>1,4*</b>	2,8	<b>1,9*</b>	<b>4,0*</b>	<b>1,8*</b>	<b>3,7*</b>
Tumor maligno do corpo do útero (F)	Todas as idades (óbitos)	57	44	52	26	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
	Todas as idades (TMP)	1,8	1,8	1,9	3,0	<b>2,5*</b>	<b>5,2*</b>	<b>4,9*</b>
	< 65 anos (óbitos)	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
	< 65 anos (TMP)	<b>0,6*</b>	<b>0,5*</b>	<b>0,5*</b>	<b>1,3*</b>	<b>1,3*</b>	<b>2,7*</b>	<b>2,2*</b>

\* As taxas assinaladas com um asterisco correspondem a número de óbitos ≤ 25, pelo que têm associado elevado erro padrão.

TMP: Taxa de mortalidade padronizada (por 100.000 habitantes)

(1) Os valores apresentados para o Linfoma não-Hodgkin referem-se ao ano 2013.

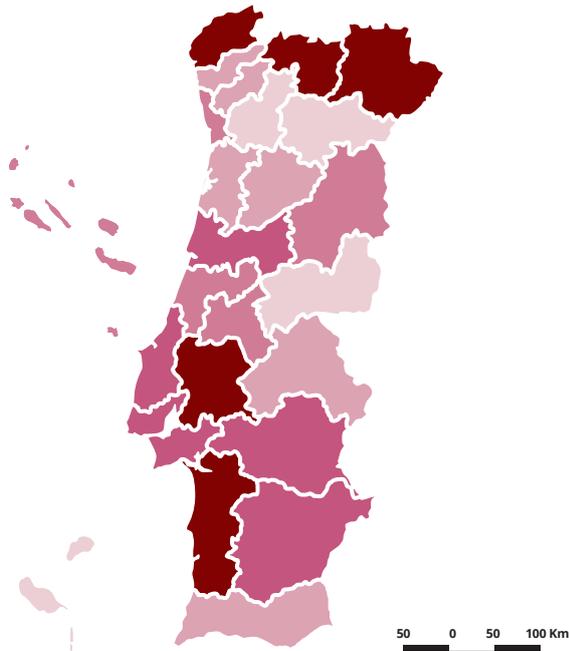
Fontes: INE, 2016

Quando analisadas as mortalidades por neoplasia, de acordo com o local de residência, é notável uma assimetria geográfica significativa. O aumento relativo da mortalidade por cancro do estômago na Região Norte, dependente de hábitos alimentares que levam a um

aumento de incidência. A assimetria mais notável é a associada à mortalidade por cancro do pulmão na Região dos Açores, a mais alta do país e aproximadamente o dobro das outras regiões. É bom lembrar a menor taxação do tabaco nesta Região.

### 9.3. Incidência, Mortalidade e Letalidade NUTS III por Patologia

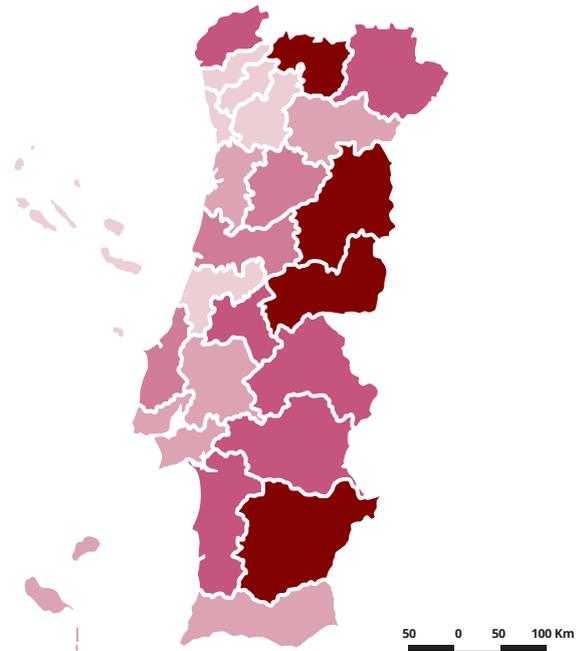
**Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes) para o Total de Cancros, ano 2009**



Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes) por local de residência (NUTSIII de 2013)

Fonte: RON, 2009

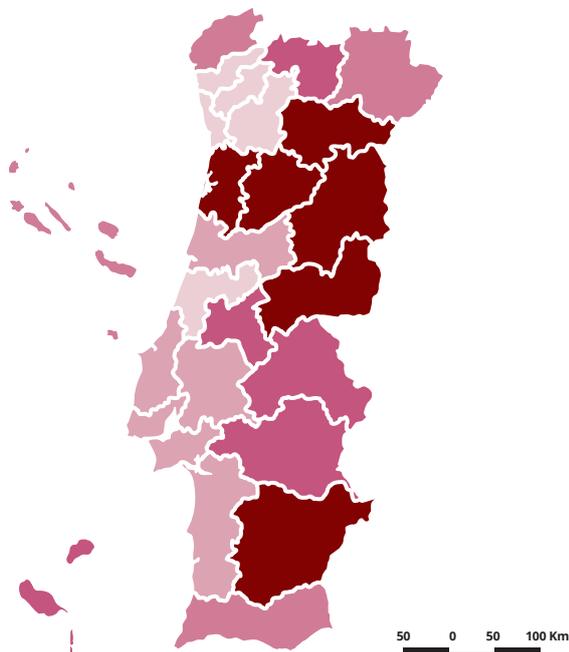
**Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes) para o Total de Cancros, ano 2013**



Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes) por local de residência (NUTSIII de 2013)

Fonte: INE, 2015

**Letalidade para o Total de Cancros**

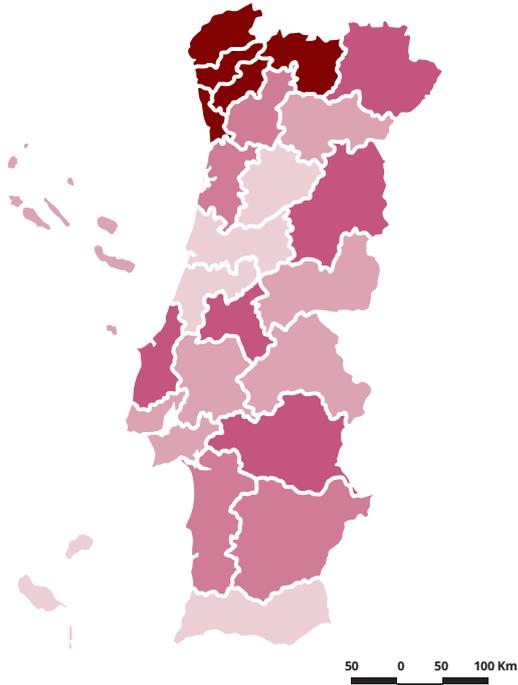


São aqui apresentados, em conjunto, grupos de três mapas, com taxas brutas de incidência, mortalidade e índice de letalidade. O mapa encontra-se dividido em quintis, por cores, e são apresentados resultados por divisão administrativa NUTS 3. Os melhores valores são identificados pela cor mais clara e os piores pela cor mais escura.

O primeiro conjunto de mapas refere-se à totalidade dos tumores malignos, com incidência medida em 2009 e mortalidade em 2013.

Facilmente se percebe que não existe sobreposição entre incidência e mortalidade, com resultados mais desfavoráveis nas zonas do interior.

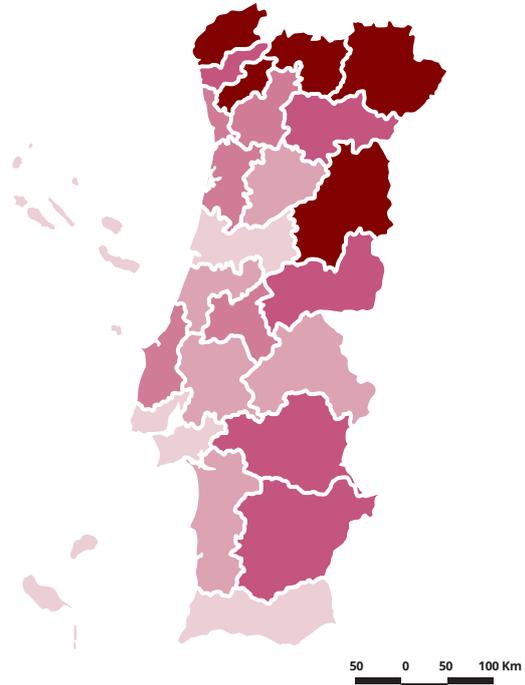
**Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes) para o Cancro do Estômago, ano 2009**



**Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes) por local de residência (NUTSIII de 2013)**

Fonte: RON, 2009

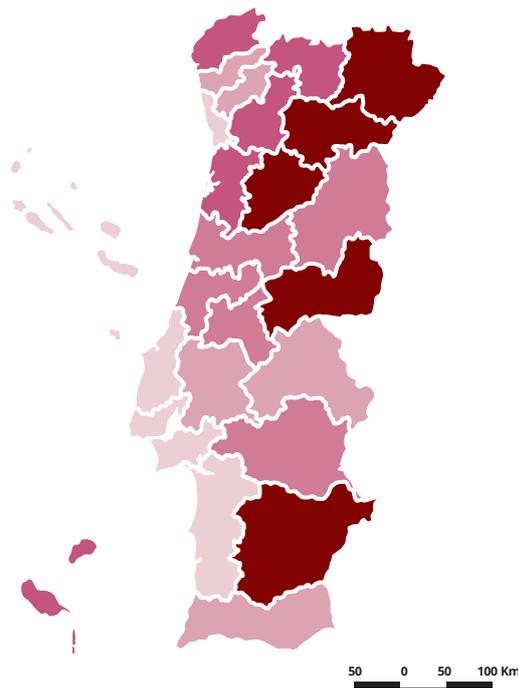
**Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes) para o Cancro do Estômago, ano 2013**



**Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes) por local de residência (NUTSIII de 2013)**

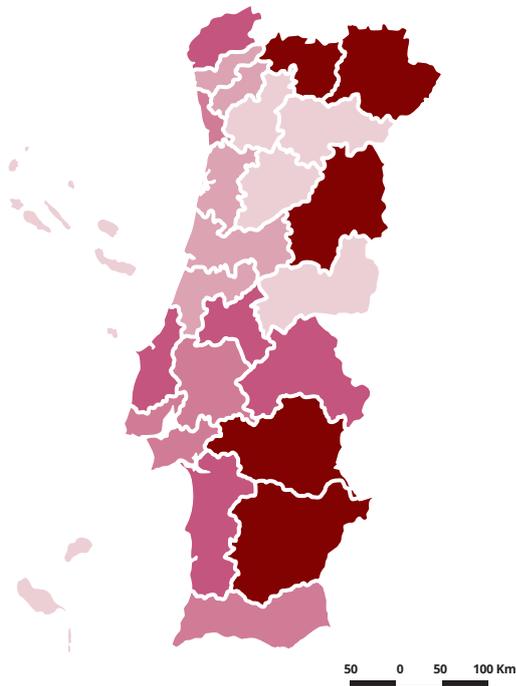
Fonte: INE, 2015

### Letalidade Cancro do Estômago



A análise dos dados referentes ao cancro do estômago, mostram, como esperado, maior incidência no norte e interior do país. As taxas de mortalidade são também sobreponíveis.

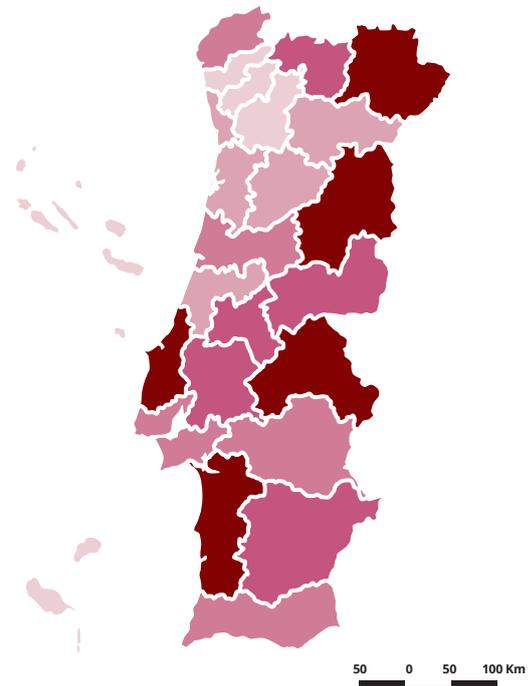
Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes)  
para o Cancro do Cólon, ano 2009



Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes) por local  
de residência (NUTSIII de 2013)

Fonte: RON, 2009

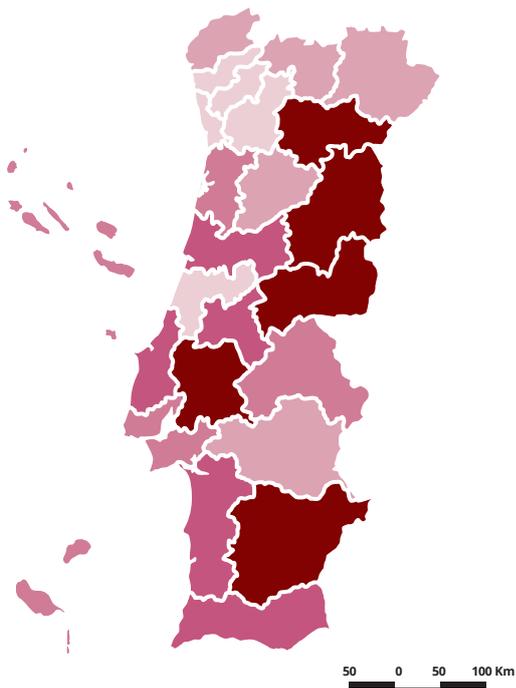
Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes)  
para o Cancro do Cólon, ano 2013



Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes) por local  
de residência (NUTSIII de 2013)

Fonte: INE, 2015

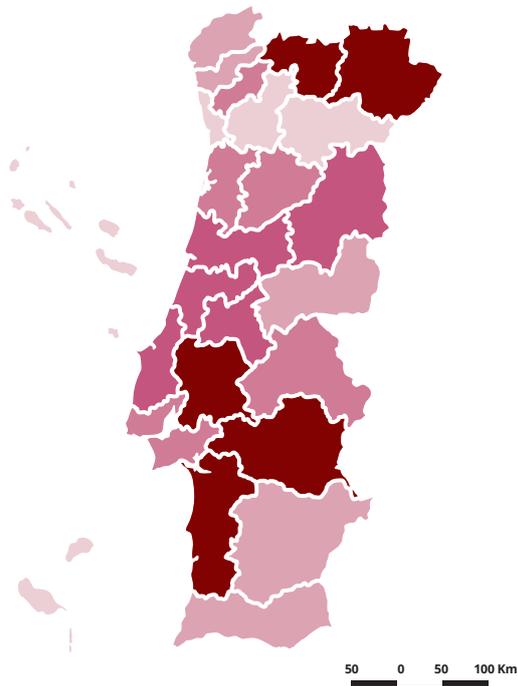
### Letalidade para o Cancro do Cólon



No caso do cancro do colon existe também uma assimetria interior litoral, que se reflete tanto em incidência como em mortalidade.

Esta diferença merece ser estudada em pormenor, avaliando taxas padronizadas, para excluir efeito de envelhecimento populacional.

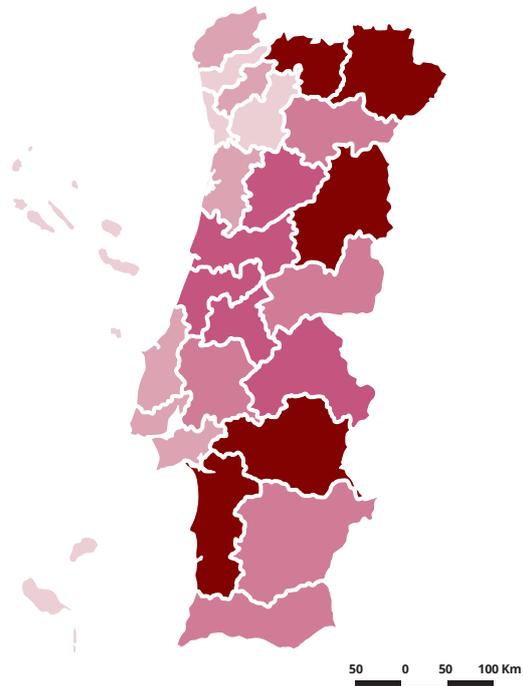
**Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes)  
para o Cancro do Reto, ano 2009**



**Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes) por local  
de residência (NUTSIII de 2013)**

Fonte: RON, 2009

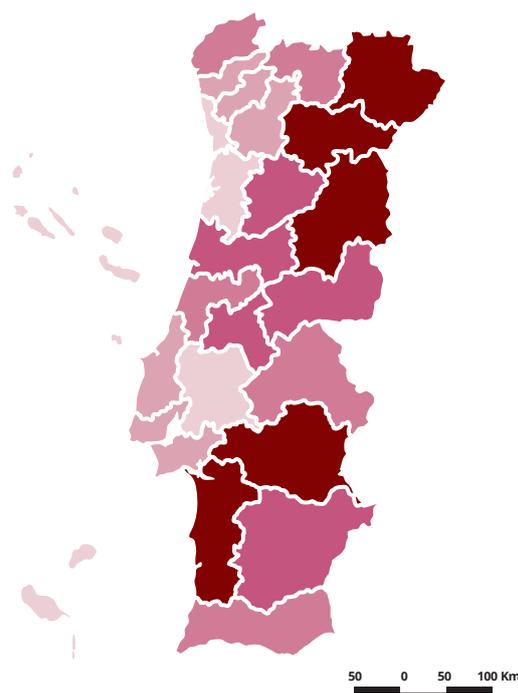
**Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes)  
para o Cancro do Reto, ano 2013**



**Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes) por local  
de residência (NUTSIII de 2013)**

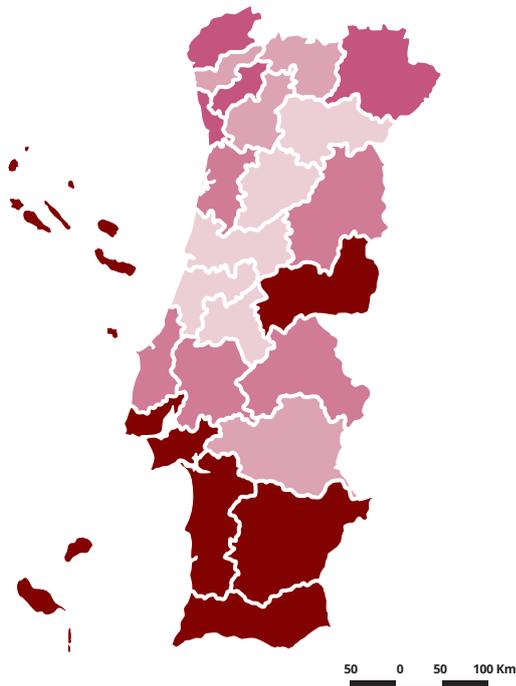
Fonte: INE, 2015

**Letalidade para o Cancro do Reto**



No caso do cancro do reto, confirmam-se os dados observados em relação ao cólon. É de realçar um menor índice de letalidade nos grandes centros urbanos e peri-urbanos de Lisboa e Porto.

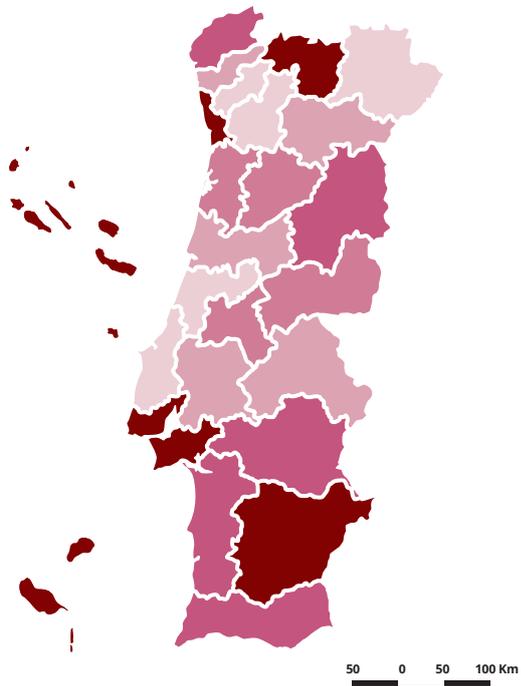
Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes) para o Cancro da Traqueia, Brônquios e Pulmão, ano 2009



Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes) por local de residência (NUTSIII de 2013)

Fonte: RON, 2009

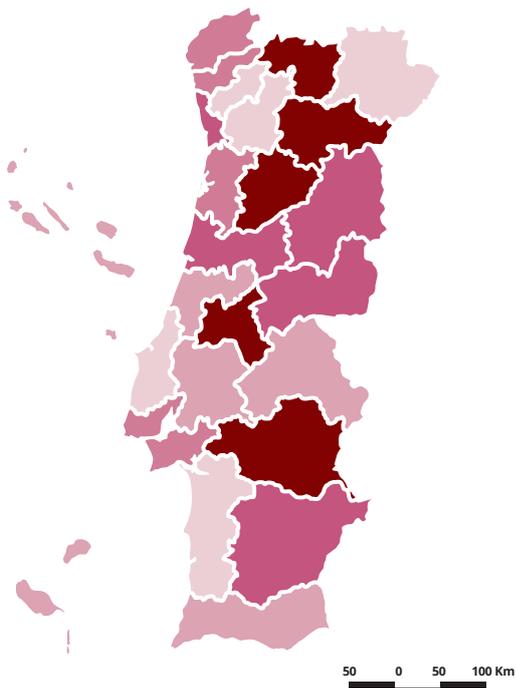
Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes) para o Cancro da Traqueia, Brônquios e Pulmão, ano 2013



Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes) por local de residência (NUTSIII de 2013)

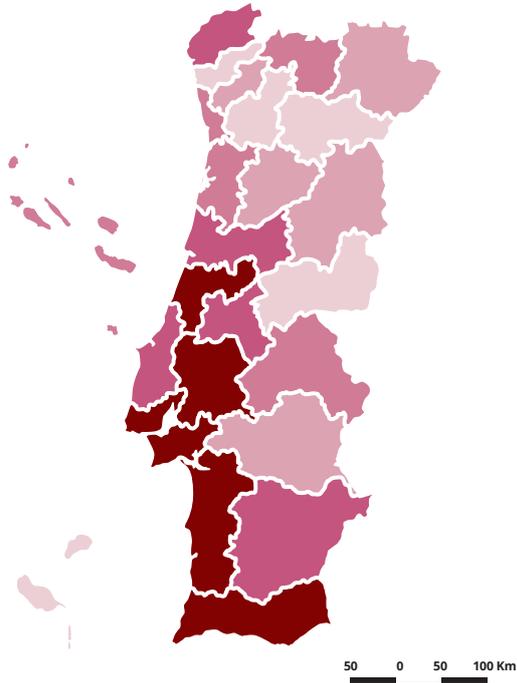
Fonte: INE, 2015

### Letalidade para o Cancro da Traqueia, Brônquios e Pulmão



Na avaliação do cancro do Pulmão, há a salientar a maior incidência, e correspondente mortalidade, na Região dos Açores. Nesta Região temos o dobro da mortalidade do observado no resto do país, dados que correlacionamos também com a menor carga fiscal sobre o tabaco.

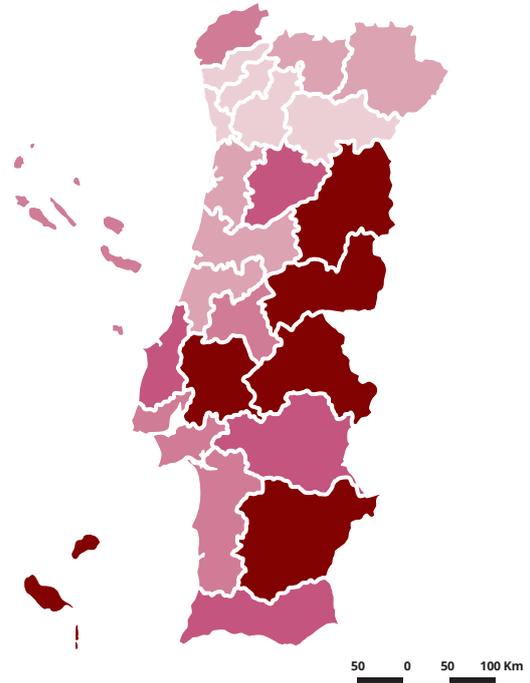
**Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes)  
para o Cancro da Mama, ano 2009**



**Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes) por local  
de residência (NUTSIII de 2013)**

**Fonte:** RON, 2009

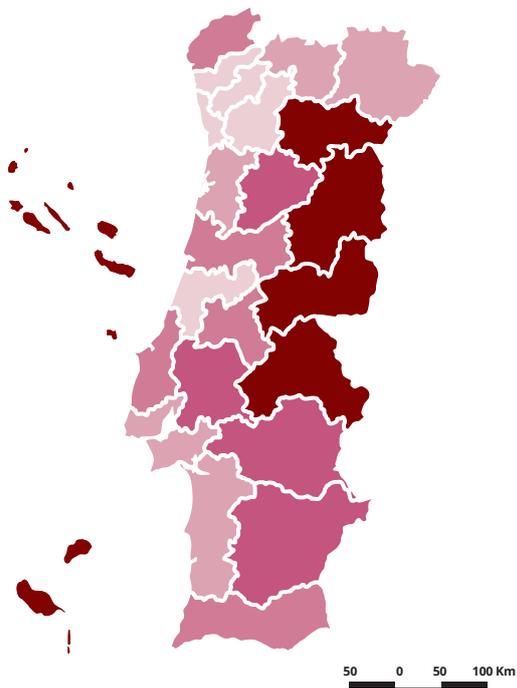
**Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes)  
para o Cancro da Mama, ano 2013**



**Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes) por local  
de residência (NUTSIII de 2013)**

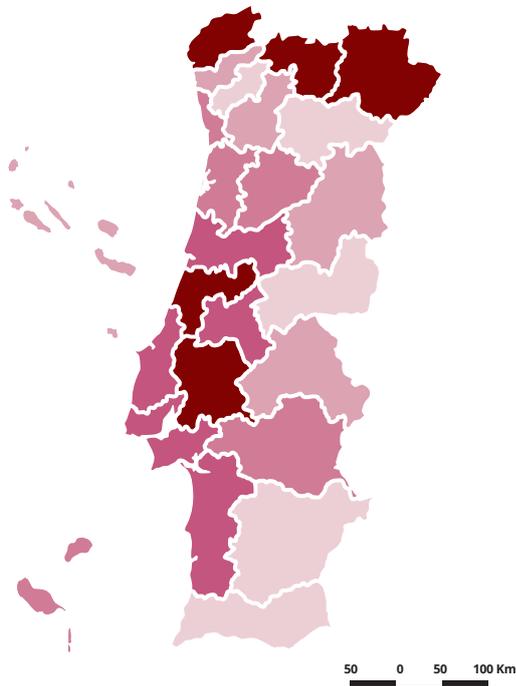
**Fonte:** INE, 2015

**Letalidade para o Cancro da Mama**



No caso do cancro da mama, temos maiores taxas de incidência no litoral, em oposição a maiores taxas de mortalidade no interior.

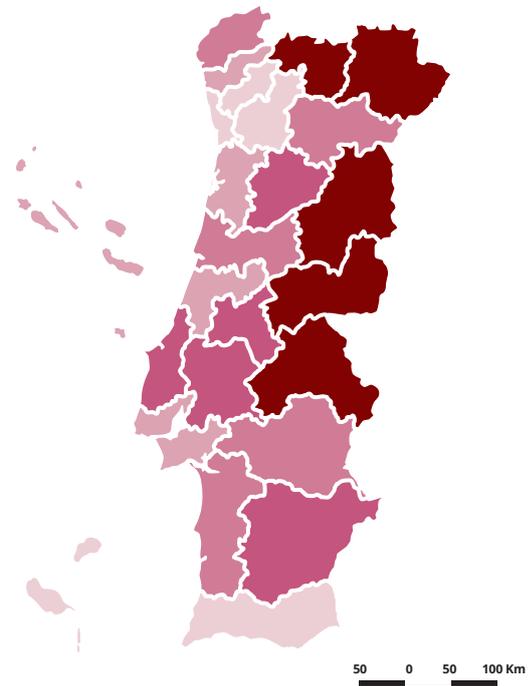
Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes)  
para o Cancro da Próstata, ano 2009



Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes) por local  
de residência (NUTSIII de 2013)

Fonte: RON, 2009

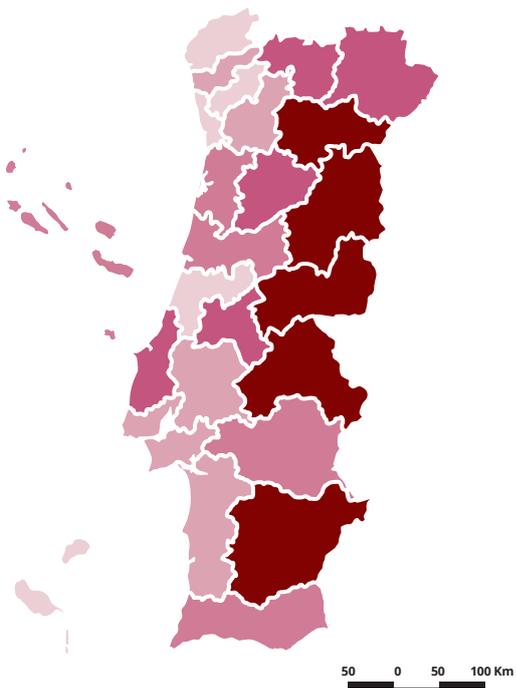
Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes)  
para o Cancro da Próstata, ano 2013



Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes) por local  
de residência (NUTSIII de 2013)

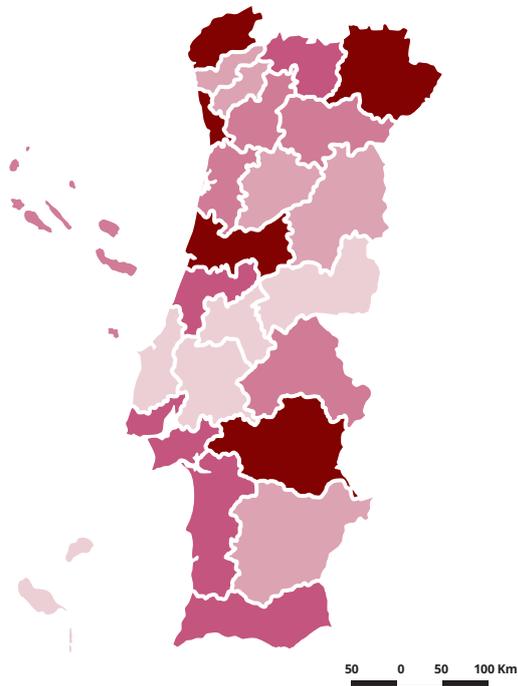
Fonte: INE, 2015

### Letalidade para o Cancro da Próstata



No caso do cancro da próstata assistimos também a uma maior incidência no litoral e maior mortalidade no interior. E necessário, também neste caso, esclarecer estes dados com dados padronizados, para excluir efeitos demográficos.

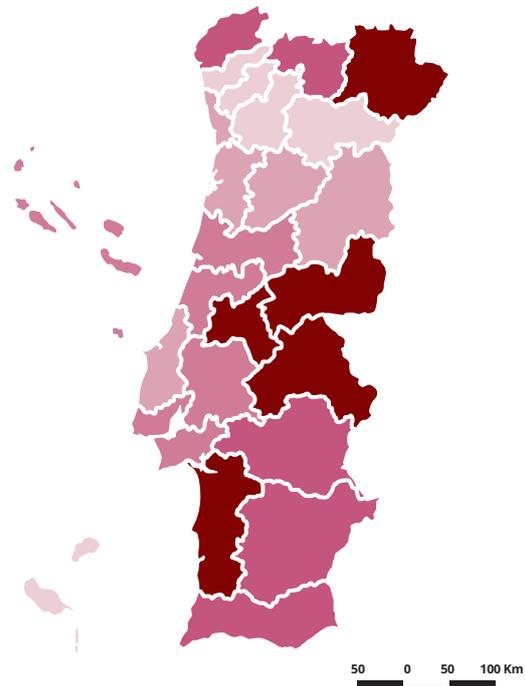
Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes)  
para o Cancro da Bexiga, ano 2009



Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes) por local  
de residência (NUTSIII de 2013)

Fonte: RON, 2009

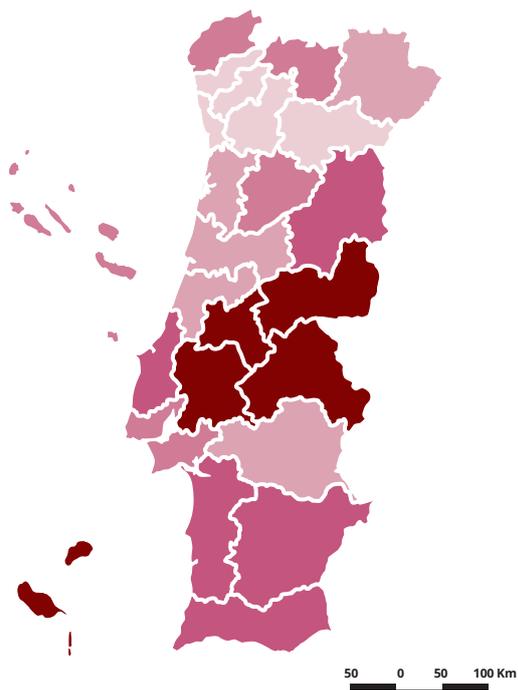
Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes)  
para o Cancro da Bexiga, ano 2013



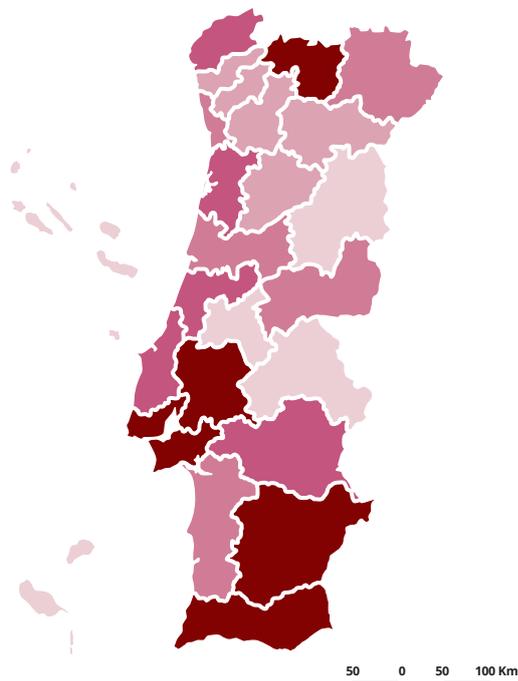
Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes) por local  
de residência (NUTSIII de 2013)

Fonte: INE, 2015

Letalidade para o Cancro da Bexiga



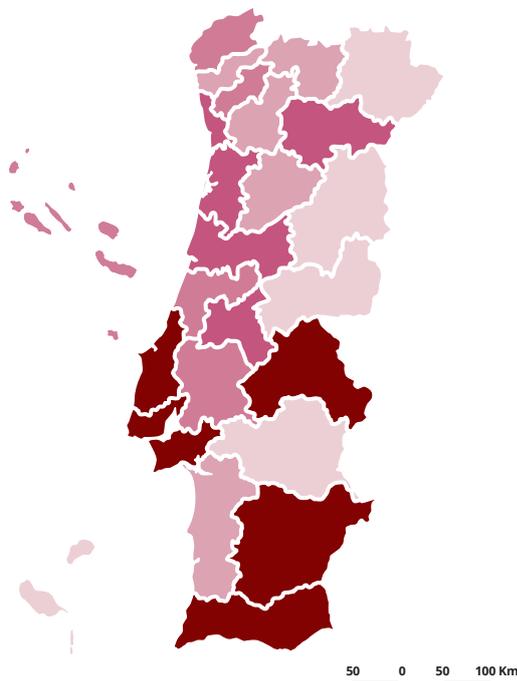
Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes)  
para o Cancro do Colo do Útero, ano 2009



Taxas brutas de Incidência (por 100.000 habitantes) por local  
de residência (NUTSIII de 2013)

Fonte: RON, 2009

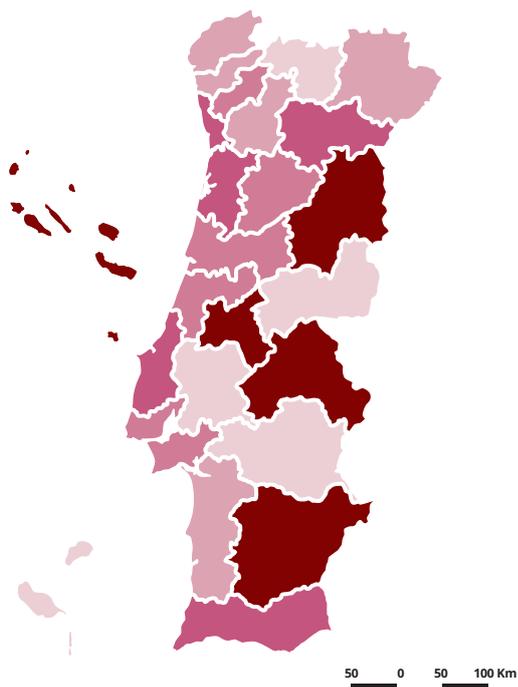
Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes)  
para o Cancro da Colo do Útero, ano 2013



Taxas brutas de Mortalidade (por 100.000 habitantes) por local  
de residência (NUTSIII de 2013)

Fonte: INE, 2015

### Letalidade para o Cancro da Colo do Útero



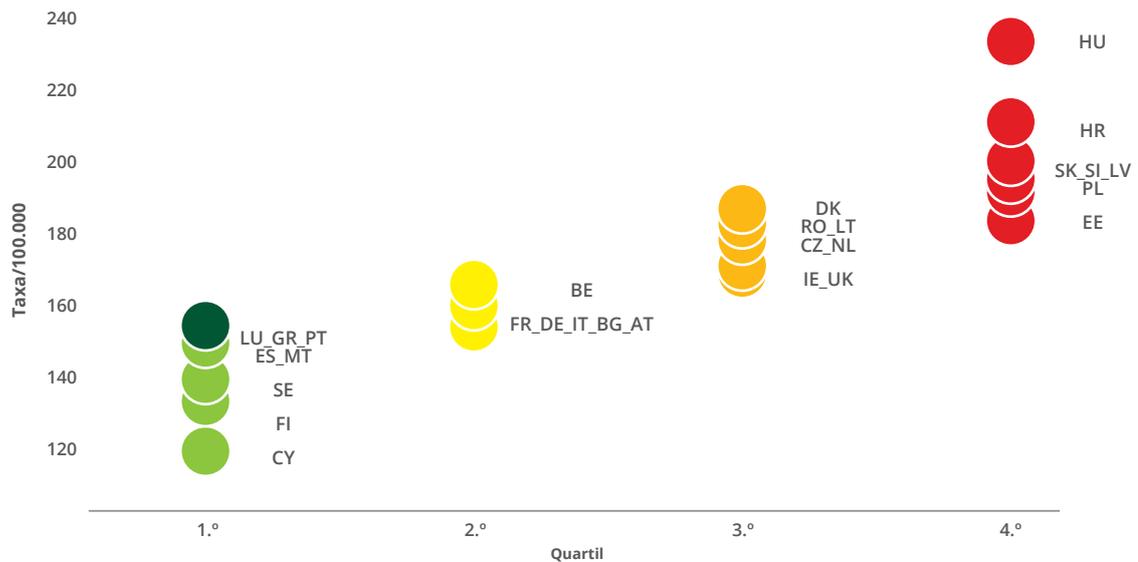
As variações regionais, no caso do cancro do colo do útero, são dificilmente avaliáveis, pelos números baixos envolvidos. De qualquer forma realça a maior incidência e mortalidade da Região de Lisboa e Algarve.

### 9.4. Comparação da mortalidade padronizada entre os Estados-membros da União Europeia – análise por quartis

A análise comparativa da mortalidade por doença oncológica, entre os países da União Europeia, é apresentada em seguida. Ordenámos os países pela taxa de mortalidade padronizada para a população europeia, e estratificámo-los por quartis. São apresentados qua-

dro para a globalidade dos tumores malignos e para algumas patologias em particular. No primeiro quadro, tumores malignos ambos os sexos, a posição de Portugal é no primeiro quartil, o de mais baixa mortalidade.

**FIGURA 47** MORTALIDADE PADRONIZADA TODOS OS TUMORES MALIGNOS, AMBOS OS SEXOS, 2013



Nota: Foi utilizado o valor do último ano disponível, sendo que o menos recente é 2010.

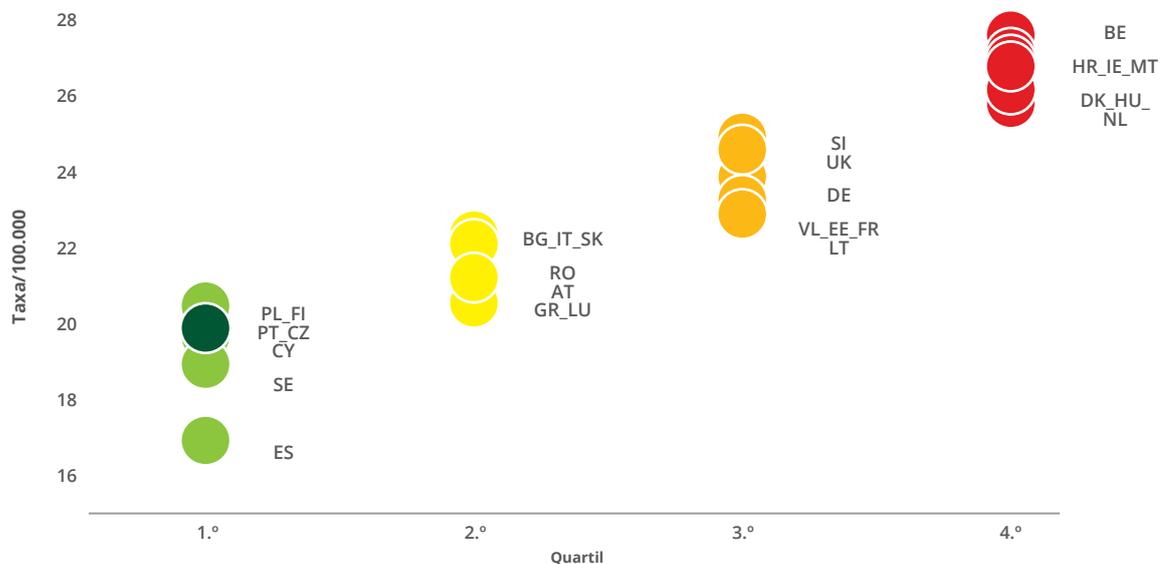
Legenda: "Chipre" "CY"; "Finlândia", "FI"; "Suécia", "SE"; "Malta", "MT"; "Espanha", "ES"; "Grécia", "GR"; "Luxemburgo", "LU"; "Áustria", "AT"; "Bulgária", "BG"; "Itália", "IT"; "Alemanha", "DE"; "França", "FR"; "Bélgica", "BE"; "Reino Unido", "UK"; "Irlanda", "IE"; "Holanda", "NL"; "República Checa", "CZ"; "Lituânia", "LT"; "Roménia", "RO"; "Dinamarca", "DK"; "Estónia", "EE"; "Polónia", "PL"; "Letónia", "LV"; "Eslovénia", "SI"; "Eslováquia", "SK"; "Croácia", "HR"; "Hungria", "HU"; "Portugal", "PT";

Fonte: WHO/Europe, HFA Database, September 2015

No caso do tumor da mama, Portugal também se encontra no primeiro quartil, com uma das mortalidades

mais baixas da União Europeia.

**FIGURA 48** TUMOR DA MAMA 2013



Nota: Foi utilizado o valor do último ano disponível, sendo que o menos recente é 2010.

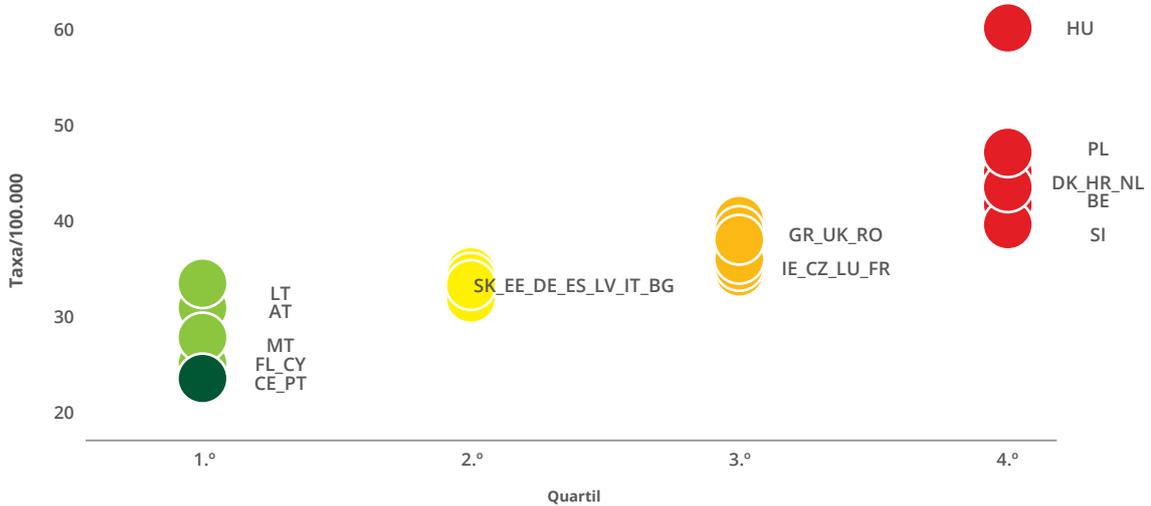
Legenda: "Chipre" "CY"; "Finlândia", "FI"; "Suécia", "SE"; "Malta", "MT"; "Espanha", "ES"; "Grécia", "GR"; "Luxemburgo", "LU"; "Áustria", "AT"; "Bulgária", "BG"; "Itália", "IT"; "Alemanha", "DE"; "França", "FR"; "Bélgica", "BE"; "Reino Unido", "UK"; "Irlanda", "IE"; "Holanda", "NL"; "República Checa", "CZ"; "Lituânia", "LT"; "Roménia", "RO"; "Dinamarca", "DK"; "Estónia", "EE"; "Polónia", "PL"; "Letónia", "LV"; "Eslovénia", "SI"; "Eslováquia", "SK"; "Croácia", "HR"; "Hungria", "HU"; "Portugal", "PT";

Fonte: WHO/Europe, HFA Database, September 2015

Nos dados referentes à mortalidade por Cancro do Pulmão Portugal tem o valor mais baixo da Europa. Devido à alta letalidade deste tumor, é ainda o que mais mata

em Portugal, estes dados traduzem essencialmente diminuição da incidência.

**FIGURA 49 TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO, AMBOS OS SEXOS, 2013**

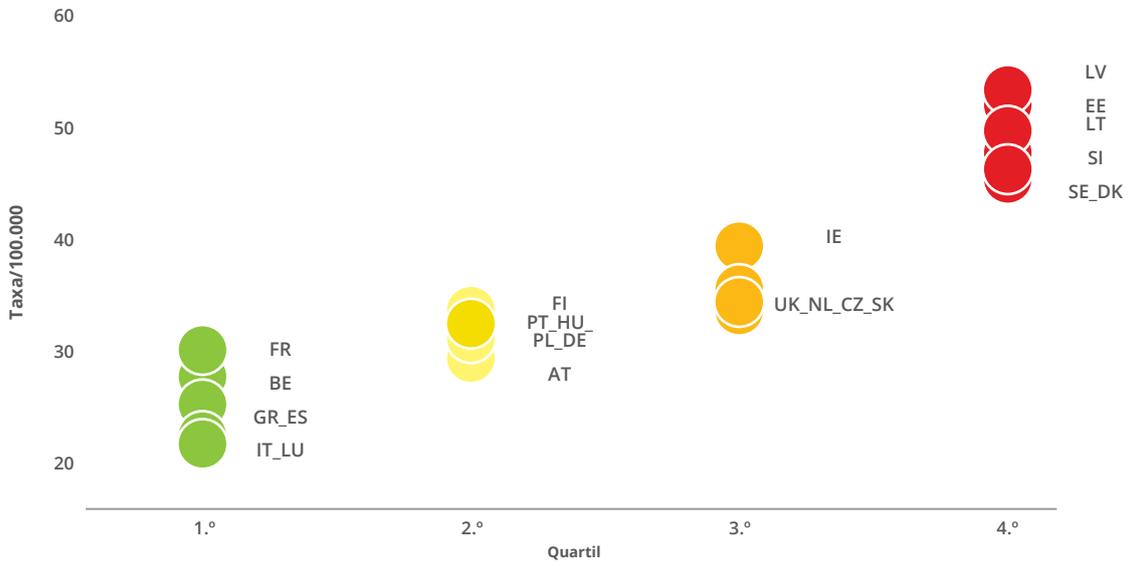


Nota: Foi utilizado o valor do último ano disponível, sendo que o menos recente é 2010.  
 Legenda: "Chipre" "CY"; "Finlândia", "FI", "Suécia", "SE", "Malta", "MT", "Espanha", "ES", "Grécia", "GR", "Luxemburgo", "LU", "Áustria", "AT", "Bulgária", "BG", "Itália", "IT", "Alemanha", "DE", "França", "FR", "Bélgica", "BE", "Reino Unido", "UK", "Irlanda", "IE", "Holanda", "NL", "República Checa", "CZ", "Lituânia", "LT", "Roménia", "RO", "Dinamarca", "DK", "Estónia", "EE", "Polónia", "PL", "Letónia", "LV", "Eslovénia", "SI", "Eslováquia", "SK", "Croácia", "HR", "Hungria", "HU", "Portugal", "PT",  
**Fonte:** WHO/Europe, HFA Database, September 2015

No que concerne ao cancro da próstata, Portugal en-

contra-se no segundo quartil mais baixo.

**FIGURA 50 TUMOR MALIGNO DA PRÓSTATA, 2013**

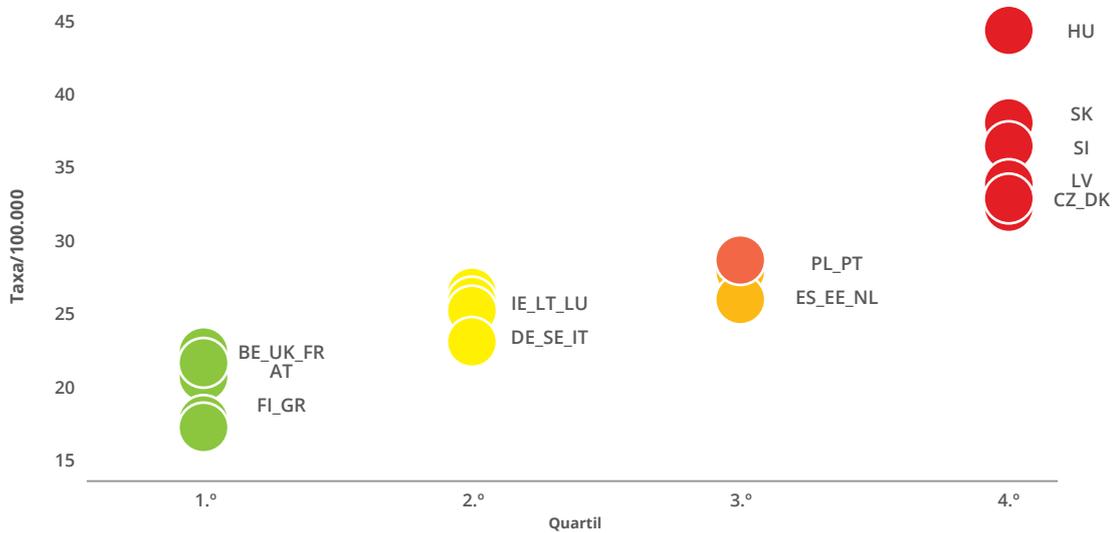


Nota: Foi utilizado o valor do último ano disponível, sendo que o menos recente é 2010.  
 Legenda: "Chipre" "CY"; "Finlândia", "FI", "Suécia", "SE", "Malta", "MT", "Espanha", "ES", "Grécia", "GR", "Luxemburgo", "LU", "Áustria", "AT", "Bulgária", "BG", "Itália", "IT", "Alemanha", "DE", "França", "FR", "Bélgica", "BE", "Reino Unido", "UK", "Irlanda", "IE", "Holanda", "NL", "República Checa", "CZ", "Lituânia", "LT", "Roménia", "RO", "Dinamarca", "DK", "Estónia", "EE", "Polónia", "PL", "Letónia", "LV", "Eslovénia", "SI", "Eslováquia", "SK", "Croácia", "HR", "Hungria", "HU", "Portugal", "PT",  
**Fonte:** OECD.Stat, data extracted on 09 Oct 2015

O caso da mortalidade por cancro colo-retal é muito diferente. Se bem que estejamos numa posição intermédia quando analisamos os dois sexos em conjunto, ou apenas o sexo feminino, os dados referentes ao

sexo masculino são significativamente mais elevados. No grupo dos homens com tumor colo-retal, Portugal encontra-se no quartil de mais elevada mortalidade, o que justifica uma particular preocupação.

**FIGURA 51 TUMOR MALIGNO DO COLON, RETO E ÂNUS, AMBOS OS SEXOS, 2013**

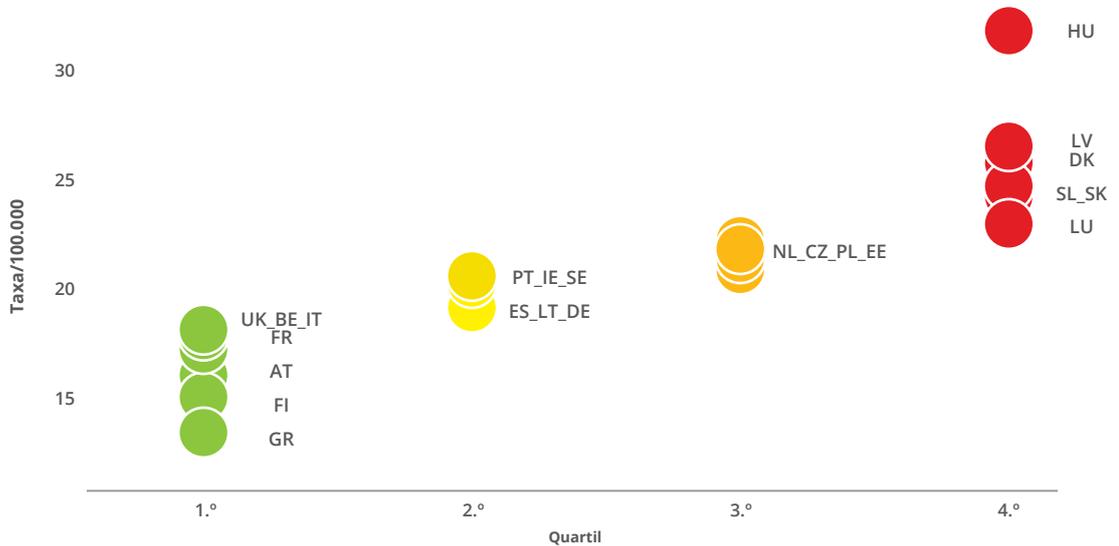


Nota: Foi utilizado o valor do último ano disponível, sendo que o menos recente é 2010.

Legenda: "Chipre" "CY"; "Finlândia", "FI"; "Suécia", "SE"; "Malta", "MT"; "Espanha", "ES"; "Grécia", "GR"; "Luxemburgo", "LU"; "Áustria", "AT"; "Bulgária", "BG"; "Itália", "IT"; "Alemanha", "DE"; "França", "FR"; "Bélgica", "BE"; "Reino Unido", "UK"; "Irlanda", "IE"; "Holanda", "NL"; "República Checa", "CZ"; "Lituânia", "LT"; "Roménia", "RO"; "Dinamarca", "DK"; "Estónia", "EE"; "Polónia", "PL"; "Letónia", "LV"; "Eslovénia", "SI"; "Eslováquia", "SK"; "Croácia", "HR"; "Hungria", "HU"; "Portugal", "PT";

Fonte: OECD.Stat, data extracted on 09 Oct 2015

**FIGURA 52 TUMOR MALIGNO DO COLON, RETO E ÂNUS, FEMININO, 2013**

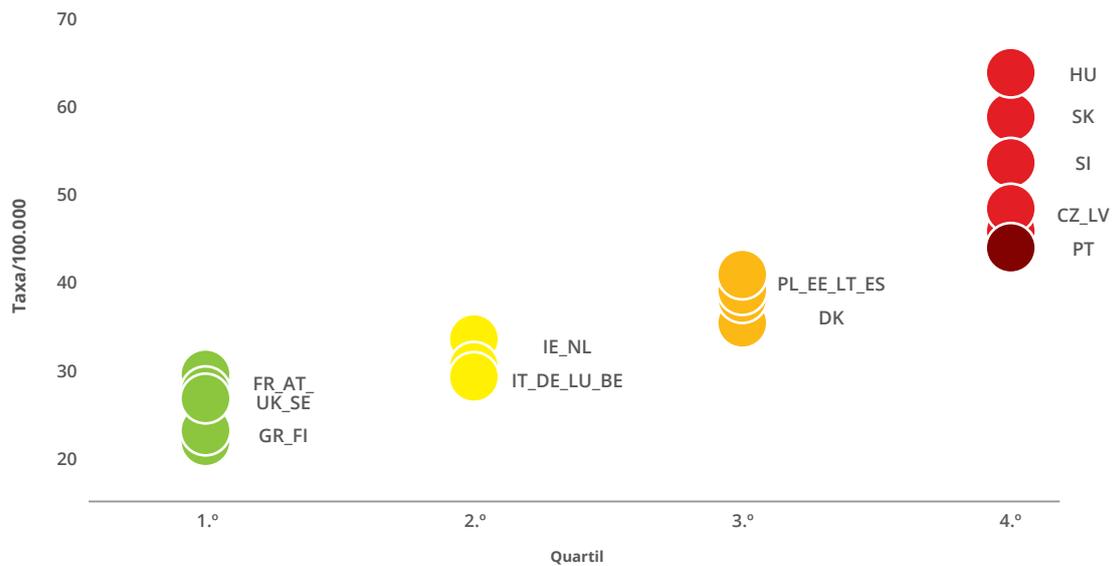


Nota: Foi utilizado o valor do último ano disponível, sendo que o menos recente é 2010.

Legenda: "Chipre" "CY"; "Finlândia", "FI"; "Suécia", "SE"; "Malta", "MT"; "Espanha", "ES"; "Grécia", "GR"; "Luxemburgo", "LU"; "Áustria", "AT"; "Bulgária", "BG"; "Itália", "IT"; "Alemanha", "DE"; "França", "FR"; "Bélgica", "BE"; "Reino Unido", "UK"; "Irlanda", "IE"; "Holanda", "NL"; "República Checa", "CZ"; "Lituânia", "LT"; "Roménia", "RO"; "Dinamarca", "DK"; "Estónia", "EE"; "Polónia", "PL"; "Letónia", "LV"; "Eslovénia", "SI"; "Eslováquia", "SK"; "Croácia", "HR"; "Hungria", "HU"; "Portugal", "PT";

Fonte: OECD.Stat, data extracted on 09 Oct 2015

**FIGURA 53 TUMOR MALIGNO DO COLON, RETO E ÂNUS, MASCULINO, 2013**



Nota: Foi utilizado o valor do último ano disponível, sendo que o menos recente é 2010.

Legenda: "Chipre" "CY", "Finlândia", "FI", "Suécia", "SE", "Malta", "MT", "Espanha", "ES", "Grécia", "GR", "Luxemburgo", "LU", "Áustria", "AT", "Bulgária", "BG", "Itália", "IT", "Alemanha", "DE", "França", "FR", "Bélgica", "BE", "Reino Unido", "UK", "Irlanda", "IE", "Holanda", "NL", "República Checa", "CZ", "Lituânia", "LT", "Roménia", "RO", "Dinamarca", "DK", "Estónia", "EE", "Polónia", "PL", "Letónia", "LV", "Eslovénia", "SI", "Eslováquia", "SK", "Croácia", "HR", "Hungria", "HU", "Portugal", "PT",

Fonte: OECD.Stat, data extracted on 09 Oct 2015

A análise destes dados mostra que Portugal, na globalidade, tem uma mortalidade baixa por cancro, por padrões europeus. Estes resultados têm múltiplas causas, entre elas: estilos de vida, exposição a fatores de risco, padrões genéticos, acessibilidade a tratamentos

e qualidade dos mesmos. Para além das causas é importante definir as áreas de possível intervenção, onde possamos obter mais ganhos em saúde.

## 10. NOTAS FINAIS

Não é demais repetir o peso crescente que a Oncologia tem no país; tanto em carga de doença como no peso dos cuidados associados.

A evolução deste relatório ao longo dos anos, tem-nos permitido publicar um retrato, cada vez mais preciso e atual, da realidade do cancro.

Na globalidade o SNS tem conseguido acomodar as necessidades dos doentes, com mais produção cirúrgica e mais tratamentos oncológicos. Há a registar um discreto aumento da mediana do tempo de resposta para cirurgia, mas com melhor resposta nos extremos, ou seja, melhoria da resposta global.

O aumento da despesa com medicamentos é preocupante, particularmente com os novos fármacos. A necessidade de monitorizar, de forma sistemática, a efetividade terapêutica dos mesmos, é indispensável para conseguirmos aferir os ganhos reais em saúde, face ao custo crescente dos mesmos. Esta monitorização deve ser realizada através do registo oncológico nacional, instrumento que carece de implementação.

Este ano apresentamos, pela primeira vez, comparações de incidência e mortalidade, desagregados por NUTS3. Estes dados foram estudados como

taxas brutas. Quando concluímos o relatório compreendemos a necessidade de comparar também taxas padronizadas, de molde a compreender melhor a situação. Fica como promessa para o próximo ano. Independentemente das causas, é óbvia a assimetria interior-litoral, que pode até só corresponder a estruturas demográficas diferentes. Mas isto não modifica o facto de existirem necessidades também diferentes.

A comparação com os dados europeus, em termos de mortalidade, coloca-nos numa posição confortável. Não devemos esquecer, que beneficiamos de um histórico de menor consumo de tabaco em Portugal, a que corresponde uma menor taxa de cancro do pulmão e de mortalidade associada. Se queremos continuar a beneficiar deste efeito, temos de ser mais ativos na evicção e promoção da cessação tabágica. Também neste capítulo temos assimetrias que não devemos esquecer, sendo gritante a situação dos Açores, onde urge tomar medidas.

O cancro colo-retal é uma prioridade indesmentível, pelo aumento crescente e pela situação relativa do país, sendo ainda incipientes os rastreios no terreno.

Só apostas na prevenção poderão modificar sensivelmente o atual panorama.

## 11. RECOMENDAÇÕES

1. Maior investimento na prevenção; promoção de estilos de vida saudáveis
2. Promover a literacia da população, tanto dos cidadãos em geral, como dos doentes e cuidadores.
3. Monitorizar e estudar assimetrias regionais, para objetivar causas e identificar eventuais pontos de intervenção
4. Promover a igualdade inter-regional, no acesso aos rastreios oncológicos
5. Generalizar o programa de rastreio do cancro colo-retal.
6. Monitorizar a efetividade terapêutica de novos fármacos e intervenções, através da implementação do registo oncológico nacional

## 12. NOTAS METODOLÓGICAS

### 1. Produção Hospitalar

No capítulo 5 apresenta-se informação referente à produção hospitalar no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os apuramentos foram obtidos a partir das bases de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), que são anualmente postas à disposição da Direção-Geral da Saúde pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP. A informação foi recolhida nos hospitais do SNS que integram as cinco Administrações Regionais de Saúde.

Realça-se que os resultados obtidos devem ser interpretados com cuidado pois estão ainda sujeitos a consolidação.

Listam-se abaixo os conceitos em vigor na área do internamento hospitalar, de acordo com a recente revisão e atualização efetuada no âmbito do Conselho Superior de Estatística (CSE).

**Ambulatório:** Modalidade de prestação de cuidados de saúde a indivíduos não internados, isto é, com permanência num estabelecimento de saúde inferior a 24 horas.

**Demora média de internamento:** Indicador que mede a produção do internamento considerando o número médio de dias de internamento por doente saído de um estabelecimento de saúde num período de referência.

**Doente internado:** Indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, que ocupe cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico ou tratamento, com permanência de, pelo menos, 24 horas.

**Doentes saídos:** Indicador que mede a produção em internamento considerando todos os doentes que têm alta do internamento de um estabelecimento de saúde num período de referência.

**Hospital:** Estabelecimento de saúde que presta cuidados de saúde curativos e de reabilitação em internamento e ambulatório, podendo colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.

**Internamento:** Modalidade de prestação de cuidados de saúde a indivíduos que, após admissão num estabelecimento de saúde, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria) para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas.

**Reinternamento:** Admissão do mesmo doente ao internamento, após episódio de internamento em instituição hospitalar, num período de referência.

**Total de internamentos:** Número de internamentos que resulta do somatório da existência inicial de doentes no período de referência com o número de doentes entrados, durante o mesmo período, nesse estabelecimento de saúde.

Os indicadores de produção hospitalar foram calculados utilizando as seguintes definições e métodos de cálculo:

**Dias de internamento no ano (DI):** total anual de dias consumidos por todos os doentes internados nos diversos serviços do estabelecimento.

$$DI = \sum_{i=1}^{DS} DI_i \text{ onde}$$

$DI_i$  é a demora do episódio de internamento  $i$

$DS$  é o número total de doentes saídos no ano

**Demora média<sup>1</sup> de internamento no ano (DM):** média anual de dias de internamento por doente saído do estabelecimento. Calcula-se pelo quociente entre o total de dias de internamento dos doentes saídos e o número total de doentes saídos no ano.

$$DM = DI/DS$$

**Day Case (DC):** utentes que permaneceram no internamento por período inferior a um dia, excluindo aqueles que tendo sido internados faleceram durante o primeiro dia de internamento.

<sup>1</sup>Média do tempo de internamento.

**Utentes saídos no ano (US):** Utentes que deixaram de permanecer nos serviços de internamento do estabelecimento, devido a alta, num determinado ano (inclui tanto casos de internamento como casos de ambulatório).

Os dados apresentados no capítulo 5 referem-se aos diagnósticos principais listados no quadro A1, codificados através da 9.ª versão da Classificação Internacional de Doenças – Modificação Clínica (CID 9 MC).

**QUADRO A1** LISTA DE DOENÇAS ASSOCIADAS ÀS DOENÇAS ONCOLÓGICAS E RESPETIVOS CÓDIGOS DA CID 9 MC

Descrição	Código (diagnóstico principal)
Neoplasia Maligna do Estômago	151
Neoplasia Maligna do Cólon	153
Neoplasia Maligna do Reto, Junção Reto-Sigmoideia e Ânus	154
Neoplasia Maligna da Traqueia, Brônquios e Pulmão	162
Neoplasia Maligna da Mama Feminina	174
Neoplasia Maligna do Útero	179
Neoplasia Maligna do Colo do Útero	180
Neoplasia Maligna do Corpo do Útero	182
Neoplasia Maligna da Próstata	185
Neoplasia Maligna da Bexiga	188
Neoplasia Maligna do Testículo	186
Neoplasia Maligna do Lábio	140
Neoplasia Maligna da Língua	141
Neoplasia Maligna da Gengiva	143
Neoplasia Maligna do Pavimento da Boca	144
Neoplasia Maligna da Boca, Local NCOP ou Não Especificado	145
Neoplasia Maligna da Orofaringe	146
Neoplasia Maligna da Laringe	161
Linfossarcoma, Reticulossarcoma e Outros Tumores Malignos Especif. Tecido Linfático	200
Neoplasia Maligna dos Tecidos Linfóides ou Histiocitários, NCOP	202
Leucemia Linfóide	204
Leucemia Mielóide	205
Carcinoma In Situ dos Órgãos Digestivos	230
Carcinoma In Situ da Mama e Aparelho Genito-Urinário	233
Admissão para Sessão de Radioterapia	V580
Admissão para Quimioterapia e Imunoterapia por Condições Neoplásicas	V581

NCOP: Não classificada em outra parte

## 2. Consumo de Medicamentos

A fonte dos dados de consumo de medicamentos é a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (INFARMED). Para apurar o número de Doses Diárias Definidas (DDD) consumidas apenas podem ser contabilizadas as embalagens de medicamentos com DDD atribuída. A DDD foi atribuída com base na Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) 2014. Existem medicamentos que não têm DDD atribuída pelo que os dados dos mesmos não foram apresentados. Os dados finais de consumo do SNS em DDD obedecem a um desfasamento temporal de, pelo menos, dois meses.

O consumo em ambulatório refere-se ao consumo de medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatório à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), em Portugal Continental, no período em análise. Neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar. Os dados são recolhidos a partir da informação disponibilizada pelo Centro de Conferência de Faturas, estando a mesma sujeita a atualizações.

## 3. Mortalidade

No capítulo 8, dedicado ao estudo da mortalidade, analisam-se dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística, IP, referentes a causas de morte de interesse para o Programa de Saúde Prioritário.

As causas de morte são codificadas com recurso à 10.ª versão da Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID 10), sendo apresentados os seguintes indicadores de mortalidade:

- Número de óbitos;
- Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada por 100.000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por 100.000 habitantes;
- Anos potenciais de vida perdidos

As taxas de mortalidade padronizadas foram calculadas com base em grupos etários quinquenais.

Apresentam-se, ainda, taxas de mortalidade padronizadas para as causas de mortalidade mais

A interpretação da evolução do consumo global de medicamentos em ambulatório, em Portugal, é dificultada pelo facto de, a partir de 2010, os dados passarem a incluir os medicamentos comparticipados adquiridos por beneficiários da ADSE prescritos em locais públicos e, a partir de 2013, passarem a incluir também os medicamentos comparticipados adquiridos por beneficiários da ADSE (prescritos em locais públicos e privados) e dos sistemas de assistência na doença da GNR e PSP, que entretanto passaram a ser asseguradas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O consumo em meio hospitalar refere-se ao consumo de medicamentos dispensados nos estabelecimentos hospitalares do SNS com gestão pública. O Código Hospitalar Nacional do Medicamento (CHNM), utilizado para reporte dos dados de consumo ao INFARMED, não está implementado nos hospitais PPP e nos hospitais privados. Os dados apresentados referem-se ao consumo em internamento (estão, no entanto, mapeados os medicamentos consumidos nos serviços de urgência), excluindo-se apenas os medicamentos prescritos nos Serviços de Urgência e de Consulta Externa que são dispensados em farmácia comunitária.

relevantes no contexto desta publicação para os 28 países da União Europeia. Estes dados, desagregados por sexo, referem-se ao ano 2013 ou último ano disponível. Foram recolhidos das bases de dados de mortalidade da Organização Mundial de Saúde / Região Europa e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.

Neste capítulo foram utilizadas as seguintes definições:

**Anos potenciais de vida perdidos** - Número de anos que, teoricamente, uma determinada população deixa de viver se morrer prematuramente (antes dos 70 anos). Resulta da soma dos produtos do número de óbitos ocorridos em cada grupo etário pela diferença entre o limite superior considerado e o ponto médio do intervalo de classe correspondente a cada grupo etário.

**Anos de vida ganhos** - Cálculo realizado com base na redução percentual de anos potenciais de vida perdidos (expressos em percentagem).

**Óbito** – Cessação irreversível das funções do tronco cerebral.

**Taxa bruta de mortalidade** – Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, por uma determinada causa de morte, referido à população média desse período (expressa em número de óbitos por 100.000 habitantes).

**Taxa de mortalidade padronizada pela idade**

– Taxa que resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade por idades, a uma população padrão cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade (expressa em número de óbitos por 100.000 habitantes). Cálculo com base na população padrão europeia (IARC, Lyon 1976) definida pela Organização Mundial de Saúde.

**Taxa de mortalidade padronizada pela idade (no grupo etário)**

– Taxa que resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade por idades (no grupo etário), a uma população padrão (no grupo etário) cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade (expressa em número de óbitos por 100.000 habitantes). Cálculo com base na população padrão europeia (IARC, Lyon 1976) definida pela Organização Mundial de Saúde.

Nos Quadros A2 e A3 encontram-se listadas as causas de morte analisadas, indicando-se os respetivos códigos da CID 10.

**QUADRO A2 CAUSAS DE MORTE CONSIDERADAS PARA A ELABORAÇÃO DA FIGURA 46 E RESPETIVOS CÓDIGOS DA CID 10**

Causas de morte	Código (CID 10)
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	C33-C34
Doenças atribuíveis ao álcool	C00-C15, F10, I42.6, K70, K85-K86.0, X45
Lesões autoprovocadas intencionalmente e sequelas	X60-X84, Y87.0
Doenças isquémicas do coração	I20-I25
Acidentes de trânsito com veículos a motor	V02-V04, V09, V12-V14, V19-V79, V86-V89
Doenças cerebrovasculares	I60-I69
Tumor maligno do cólon, reto e ânus	C18-C21
Doença crónica do fígado e cirrose	K70, K73-K74
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH)	B20-B24
Tumor maligno do estômago	C16
Tumor maligno do fígado e das vias biliares intra-hepáticas	C22
Pneumonia	J12-J18
Diabetes mellitus	E10-E14
Tumor maligno do pâncreas	C25
Tuberculose	A15-A19, B90
Bronquite crónica, bronquite não especificada, enfisema e asma	J40-J43, J45-J46
Doença de Alzheimer	G30

**QUADRO A3** CAUSAS DE MORTE ASSOCIADAS AO PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS ONCOLÓGICAS E RESPECTIVOS CÓDIGOS DA CID 10

Causas de morte	Código (CID 10)
Tumor maligno do estômago	C16
Tumor maligno do cólon	C18
Tumor maligno do reto	C20
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	C33-C34
Tumor maligno da mama (feminina)	C50
Tumor maligno do colo do útero	C53
Tumor maligno do corpo do útero	C54
Tumor maligno da próstata	C61
Tumor maligno da bexiga	C67
Linfoma Não-Hodgkin	C82, C83, C85

## 13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- International Agency for Research on Cancer – IARC**, 2016
- Registo Oncológico Regional do Norte – RORENO**, RON 2010
- Registo Oncológico Nacional, RON (2006-2010)**
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**, I.P. 2013.
- Administração Regional de Saúde do Alentejo**, I.P. 2013.
- Administração Regional de Saúde do Algarve**, I.P. 2013.
- Administração Regional de Saúde do Centro**, I.P. 2013.
- Administração Regional de Saúde do Norte**, I.P. 2013.
- Plano Nacional Doenças Oncológicas – PNDO (2015)**  
Relatório Nacional 2014 – Avaliação e Monitorização dos Rastreamentos Oncológicos de Base Populacional em Portugal Continental
- Sistema de Informação para Saúde Oral – SISO**, 2015 (25 setembro)
- Administração Central do Sistema de Saúde**, I.P. Grupos de Diagnósticos Homogêneos, 2013.
- SISTEMA Integrado de Gestão de inscritos para Cirurgia – SIGIC/ACSS (2014)**
- Estatística do medicamento/INFARMED**, 2015
- Registo Oncológico Nacional – Ron**, 2009 taxas brutas de incidência;
- Instituto Nacional de Estatística – INE**, 2015, Taxas brutas de mortalidade;
- World Health Organization – WHO/Europe**, HFA Database, September 2015
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico – OECD.Stat**, data extracted on 09 Oct 2015

## 14. ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Taxa de incidência de tumores malignos, Portugal 2014	<b>8</b>	<b>Quadro 20.</b> Carga assistencial por doente, no período 2013-2014	<b>27</b>
<b>Quadro 2.</b> Taxa de incidência de tumores malignos, Portugal 2010	<b>9</b>	<b>Quadro 21.</b> Percentagem de operados que ultrapassaram o TMRG em 2014 – Total de Operados e total de operados a Neoplasias Malignas, Portugal Continental (2014)	<b>29</b>
<b>Quadro 3.</b> Taxa de incidência de tumores malignos, no sexo masculino, Portugal 2010	<b>9</b>	<b>Quadro 22.</b> Evolução da Percentagem de operados a Neoplasias Malignas que ultrapassaram o TMRG, Portugal Continental (2009-2014)	<b>29</b>
<b>Quadro 4.</b> Taxa de incidência de tumores malignos, no sexo feminino, Portugal 2010	<b>9</b>	<b>Quadro 23.</b> Evolução na LIC de utentes inscritos com Neoplasias Malignas que ultrapassaram o TMRG, Portugal Continental (2006-2014)	<b>29</b>
<b>Quadro 5.</b> Taxas de adesão do rastreio cancro da mama 2014 da ARS Norte / ACES	<b>10</b>	<b>Quadro 24.</b> Vendas de medicamentos no SNS (PVP, Encargos do SNS), em Portugal Continental(2010a2014)–Subgrupos do Grupo Farmacoterapêutico Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores	<b>30</b>
<b>Quadro 6.</b> Taxas de adesão do rastreio cancro do colo do útero 2014 da ARS Norte / ACES	<b>11</b>	<b>Quadro 25.</b> Dispensa de medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores nos hospitais do SNS (número de embalagens e custos) por subgrupo, Portugal Continental (2012 a 2014)	<b>31</b>
<b>Quadro 7.</b> Taxas de adesão do rastreio cancro da mama 2014 da ARS Centro / ACES	<b>11</b>	<b>Quadro 26.</b> Encargos com medicamentos oncológicos do SNS, em meio hospitalar (comparação homóloga 1º semestre do ano 2014 e 2015)	<b>31</b>
<b>Quadro 8.</b> Taxas de adesão do rastreio cancro do colo do útero 2014 da ARS Centro / ACES	<b>12</b>	<b>Quadro 27.</b> Encargos com medicamentos oncológicos do sns, em meio hospitalar (comparação homóloga 1a semestre do ano 2014 e 2015)	<b>32</b>
<b>Quadro 9.</b> Taxas de adesão do rastreio cancro do cólon e reto 2014 da ARS Centro / ACES	<b>12</b>	<b>Quadro 28.</b> Indicadores de mortalidade relativos a Tumor maligno do estômago, por sexo, em Portugal (2009 a 2013)	<b>36</b>
<b>Quadro 10.</b> Taxas de adesão do rastreio cancro da mama 2014 da ARS LVT / ACES	<b>12</b>	<b>Quadro 29.</b> Indicadores de mortalidade relativos a Tumor maligno do cólon, por sexo, em Portugal (2009 a 2013)	<b>37</b>
<b>Quadro 11.</b> Taxas de adesão do rastreio cancro da mama 2014 da ARS Alentejo / ACES	<b>12</b>	<b>Quadro 30.</b> Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da junção retossigmóide e do reto, por sexo, em portugal (2010 a 2014)	<b>37</b>
<b>Quadro 12.</b> Taxas de adesão do rastreio cancro do colo do útero 2014 da ARS Alentejo / ACES	<b>13</b>	<b>Quadro 31.</b> Indicadores de mortalidade relativos a Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, por sexo, em Portugal (2009 a 2013)	<b>38</b>
<b>Quadro 13.</b> Taxas de adesão do rastreio cancro do cólon e reto 2014 da ARS Alentejo / ACES	<b>13</b>	<b>Quadro 32.</b> Indicadores de mortalidade relativos a Tumor maligno da mama feminina, por sexo, em Portugal (2009 a 2013)	<b>38</b>
<b>Quadro 14.</b> Taxas de adesão do rastreio cancro da mama 2014 da ARS Algarve / ACES	<b>13</b>		
<b>Quadro 15.</b> Taxas de adesão do rastreio cancro do colo do útero 2014 da ARS Algarve / ACES	<b>13</b>		
<b>Quadro 16.</b> Distribuição do n.º de cheques diagnóstico e n.º de cheques biópsia em função de emitidos ou utilizados em 2014 e 2015	<b>17</b>		
<b>Quadro 17.</b> Distribuição por ARS dos resultados de biópsias positivas	<b>17</b>		
<b>Quadro 18.</b> Distribuição por ARS dos Resultados de Biópsia “Potencialmente Malignos”	<b>17</b>		
<b>Quadro 19.</b> Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Admissão para Quimioterapia e Imunoterapia por Condições Neoplásicas, Portugal Continental (2013 e 2014)	<b>26</b>		

<b>Quadro 33.</b> Indicadores de mortalidade relativos a Tumor maligno do colo do útero, por sexo, em Portugal (2009 a 2013)	<b>38</b>
<b>Quadro 34.</b> Indicadores de mortalidade relativos a Tumor maligno do corpo do útero, por sexo, em Portugal (2009 a 2013)	<b>39</b>
<b>Quadro 35.</b> Indicadores de mortalidade relativos a Tumor maligno da próstata, por sexo, em Portugal (2009 a 2013)	<b>39</b>
<b>Quadro 36.</b> Indicadores de mortalidade relativos a Tumor maligno da bexiga, por sexo, em Portugal (2009 a 2013)	<b>39</b>
<b>Quadro 37.</b> Indicadores de mortalidade relativos a Linfoma não-Hodgkin, por sexo, em Portugal (2009 a 2013)	<b>40</b>
<b>Quadro 38.</b> Número de óbitos e taxa de mortalidade padronizada (todas as idades e <65 anos), por causa de morte e local de residência (NUTS II) em 2014	<b>41</b>

## 15. ÍNDICE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Estrutura da Pirâmide Populacional em Portugal em 2015 e previsão para 2030 e 2060	<b>7</b>
<b>Figura 2.</b> Previsão da evolução da incidência de cancro em Portugal (2010 a 2030)	<b>8</b>
<b>Figura 3.</b> Evolução da taxa de incidência de Tumores Malignos	<b>8</b>
<b>Figura 4.</b> Evolução da incidência de algumas das principais patologias Oncológicas, Portugal (2006-2010)	<b>10</b>
<b>Figura 5.</b> Evolução do Número de Mulheres Convidadas e Rastreadas entre 2009-2014	<b>14</b>
<b>Figura 6.</b> Evolução das Taxas de Cobertura Geográfica e de Adesão entre 2009-2014	<b>14</b>
<b>Figura 7.</b> Evolução do Número de Mulheres Convidadas e Rastreadas entre 2009-2014	<b>15</b>
<b>Figura 8.</b> Evolução das Taxas de Cobertura Geográfica e de Adesão entre 2009-2014	<b>15</b>
<b>Figura 9.</b> Evolução do Número de Utentes Convidados e Rastreados entre 2009-2014	<b>16</b>
<b>Figura 10.</b> Evolução das Taxas de Cobertura Geográfica e de Adesão entre 2009-2014	<b>16</b>
<b>Figura 11.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a todas as Doenças Oncológicas, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>18</b>
<b>Figura 12.</b> Neoplasias por grupo etário pediátrico	<b>19</b>
<b>Figura 13.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Neoplasia Maligna do Estômago, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>19</b>
<b>Figura 14.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Neoplasia Maligna do Cólon, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>20</b>
<b>Figura 15.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Neoplasia Maligna do Reto, Junção Reto-Sigmoideia e Ânus, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>20</b>
<b>Figura 16.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Neoplasia Maligna da Traqueia, Brônquios e Pulmão, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>20</b>
<b>Figura 17.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Neoplasia Maligna da Mama Feminina, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>20</b>
<b>Figura 18.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Neoplasia Maligna do Colo Útero, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>18</b>
<b>Figura 19.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Neoplasia Maligna do Corpo do Útero, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>22</b>
<b>Figura 20.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Neoplasia Maligna da Próstata, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>22</b>
<b>Figura 21.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Neoplasia Maligna da Bexiga, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>22</b>
<b>Figura 22.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Neoplasia Maligna do Testículo, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>23</b>
<b>Figura 23.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Neoplasia Maligna do Lábio, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>23</b>
<b>Figura 24.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Neoplasia Maligna da Língua, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>23</b>
<b>Figura 25.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Neoplasia Maligna da Gengiva, pavimento da boca, Boca, Local NCOP ou Não Especificado, e da Orofaringe, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>24</b>
<b>Figura 26.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Neoplasia Maligna da Laringe, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>24</b>
<b>Figura 27.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a linfomas, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>24</b>
<b>Figura 28.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a leucemias, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>25</b>
<b>Figura 29.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Carcinoma <i>in situ</i> dos Órgãos Digestivos, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>25</b>
<b>Figura 30.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a Carcinoma <i>in situ</i> da Mama e Aparelho Genito-Urinário, Portugal Continental (2010 a 2014)	<b>25</b>
<b>Figura 31.</b> Evolução da produção hospitalar, relativa a Admissão para Sessão de Radioterapia, Portugal Continental (2009 a 2013)	<b>26</b>

<b>Figura 32.</b> Evolução da produção hospitalar relativa a admissão para quimioterapia e imunoterapia por condições neoplásicas, Portugal continental (2012 a 2014)	<b>27</b>	<b>Figura 42.</b> Evolução das taxas de mortalidade bruta e padronizada por Tumores Malignos (/100.000 habitantes), por sexo, Portugal (2010 a 2013)	<b>34</b>
<b>Figura 33.</b> Indivíduos por nº de episódios (2014)	<b>28</b>	<b>Figura 43.</b> Evolução da taxa bruta de mortalidade por tumores malignos (/100.000 habitantes), por sexo, Portugal (2010 a 2014)	<b>35</b>
<b>Figura 34.</b> Indivíduos por dias de internamento (2014)	<b>28</b>	<b>Figura 44.</b> Evolução da taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos (/100.000 habitantes), por sexo, Portugal (2010 a 2014)	<b>35</b>
<b>Figura 35.</b> Evolução do número de cirurgias a Neoplasias malignas, Portugal Continental (2010 -2014)	<b>29</b>	<b>Figura 45.</b> Evolução da taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por tumores malignos (/100.000 habitantes), por sexo, Portugal (2010 a 2014)	<b>36</b>
<b>Figura 36.</b> Evolução dos encargos e das quantidades de embalagens nos hospitais (2012 a 2014)	<b>31</b>	<b>Figura 47.</b> Mortalidade padronizada todos os tumores malignos, ambos os sexos, 2013	<b>51</b>
<b>Figura 37.</b> Encargos em medicamentos oncológicos em meio hospitalar (comparação homóloga 1o semestre 2014/2015)	<b>31</b>	<b>Figura 48.</b> Tumor da Mama	<b>51</b>
<b>Figura 38.</b> Encargos com medicamentos oncológicos em farmácia comunitária (comparação homóloga 1o semestre 2014/2015)	<b>32</b>	<b>Figura 49.</b> Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, ambos os sexos, 2013	<b>52</b>
<b>Figura 39.</b> Encargos do SNS em meio hospitalar vs ambulatório (comparação homóloga 1º semestra 2014/2015)	<b>32</b>	<b>Figura 50.</b> Tumor maligno da próstata, 2013	<b>52</b>
<b>Figura 40.</b> Anos potenciais de vida perdidos por causas de morte selecionadas, Portugal Continental (2013)	<b>33</b>	<b>Figura 51.</b> Tumor maligno do colon, reto e ânus, ambos os sexos, 2013	<b>53</b>
<b>Figura 41.</b> Ganhos percentuais relativamente a 2008 dos anos potenciais de vida perdidos pelas principais causas de morte, Portugal (2009 a 2013)	<b>34</b>	<b>Figura 52.</b> Tumor maligno do colon, reto e ânus, feminino, 2013	<b>53</b>
		<b>Figura 53.</b> Tumor maligno do colon, reto e ânus, masculino, 2013	<b>54</b>



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