

Cancro do Colo do Útero – A eficiência dos Programas de Rastreio

Licenciatura em Gestão em Saúde

Trabalho elaborado por: Ana Marina de Oliveira Gameiro

N.º de estudante: 20141935

Orientador: Professor Paulo Moreira

Plano

- Cancro
- O que é?
- Principais fatores de risco
- Incidência a nível Mundial e Nacional
- Estratégias de prevenção
- Cancro Colo do Útero
- Rastreio Cancro do Colo do Útero no Alentejo
- Resultados

Cancro

O cancro afeta, jovens e idosos, homens, mulheres e crianças, não escolhe classes sociais, afeta ricos e pobres e representa um enorme fardo para os pacientes, para as famílias e para as sociedades. É considerado uma das principais causas de morte no mundo, particularmente nos países em desenvolvimento.

No entanto, muitas dessas mortes podem ser evitadas.

Mas o que é o cancro?

Cancro é o crescimento descontrolado de células, que podem invadir e se espalhar para locais distantes do corpo. Pode afetar quase qualquer parte do corpo.

Existem diferentes tipos de cancro.

Mais de 30% das mortes por cancro poderiam ser prevenidas modificando ou evitando fatores de risco-chave, especialmente o uso de tabaco.

Estará o cancro a aumentar a nível global?

- De acordo com os dados da Direção Geral de Saúde;
- Prevê-se que o número de mortes por cancro global aumente (7,9 milhões para 11,5 milhões de mortes) entre 2007 e 2030. (DGS,2015)
- Estima-se que os novos casos de cancro no mesmo período passem de 11,3 milhões em 2007 para 15,5 milhões em 2030. (DGS, 2015)

Os principais fatores de risco para cancro que podem ser evitados são:

- **Tabagismo** - responsável por 1,8 milhões de mortes por cancro por ano (60% dessas mortes ocorrem em países de baixo e médio rendimento);
- Sendo **excesso de peso, obesos** ou fisicamente inativos - juntos responsáveis por 274.000 mortes por cancro por ano;
- Consumo de **álcool nocivo** - responsável por 351.000 mortes por cancro por ano;
- **Infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV)** sexualmente transmissível - responsável por 235.000 mortes por ano;
- **Carcinogénicos profissionais** - responsáveis por pelo menos 152.000 mortes por cancro por ano.

Fatores de Risco



Fumo



Álcool



Dieta



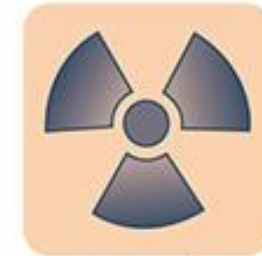
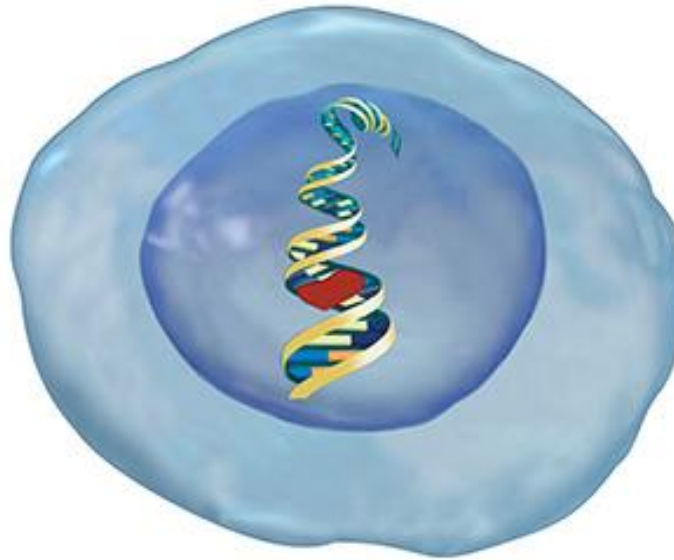
Algumas
infecções



Obesidade e vida
sedentária



Mutações
genéticas



Radiação

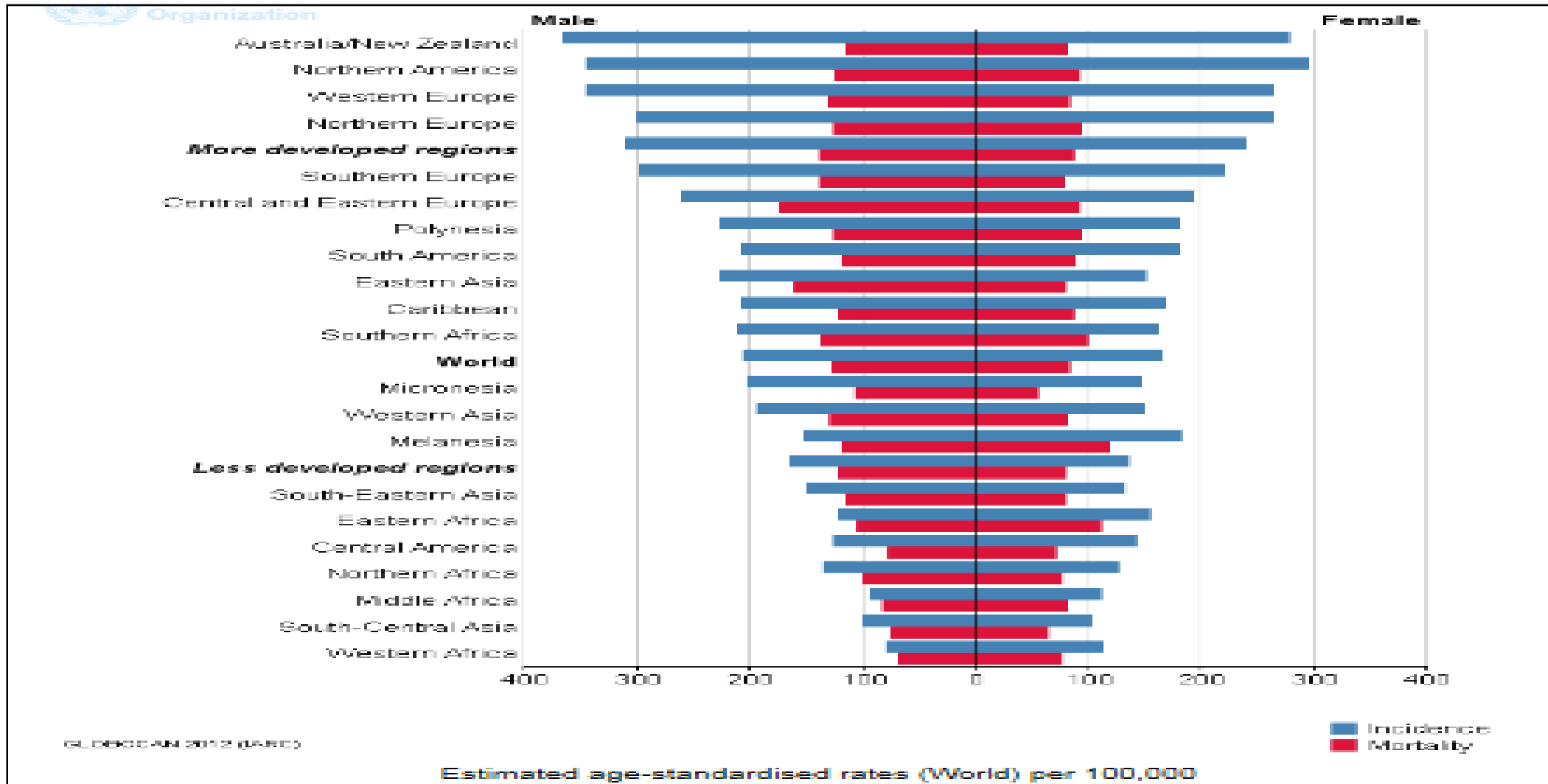


Luz ultravioleta



Agentes
químicos

Incidência estimada, mortalidade e prevalência em todo o mundo em 2012



Incidência estimada do cancro no mundo em 2012: homem

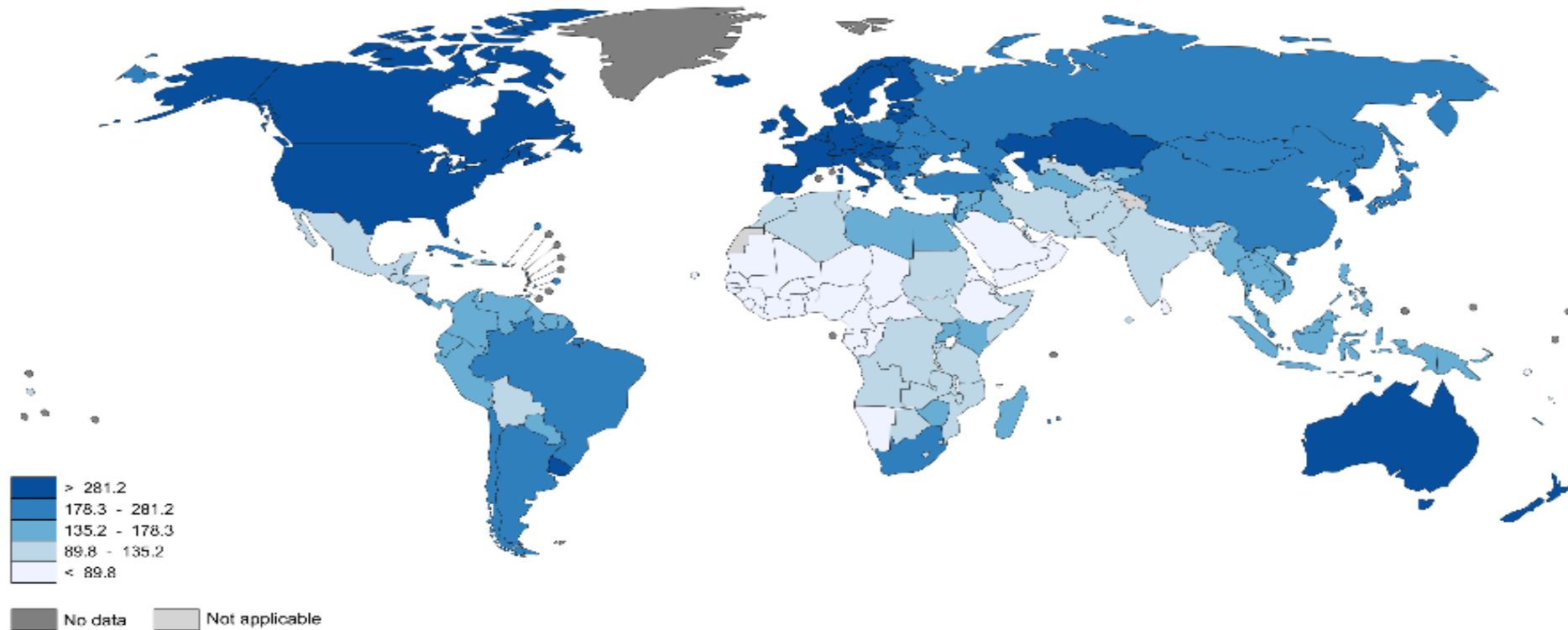


Figura 4 – Fonte World Health Organization - Estimativas de taxas padronizadas por idade (mundo) por cada 100.000

Mortalidade por cancro no mundo em 2012: homem

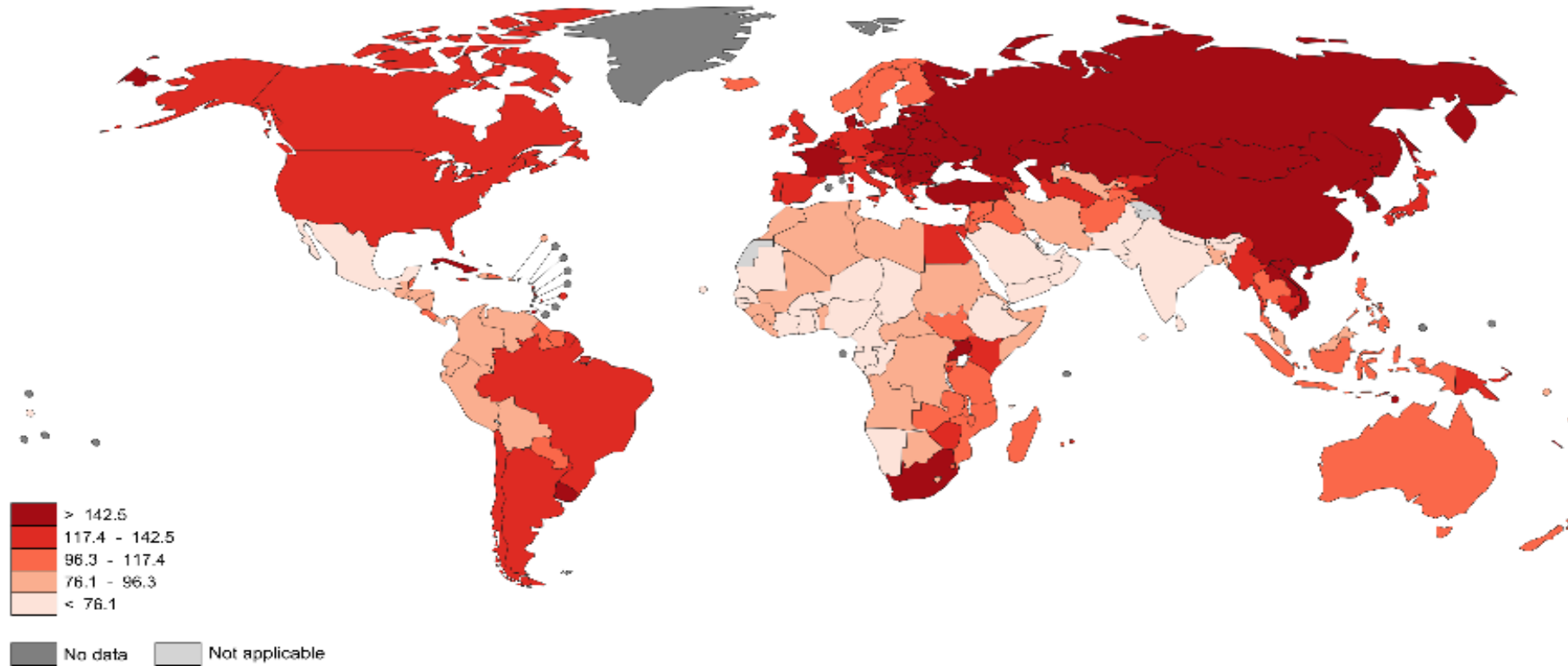


Figura 4 – Fonte World Health Organization - Estimativas de taxas padronizadas por idade (mundo) por cada 100.000

Incidência estimada de cancro em todo o mundo em 2012: mulheres

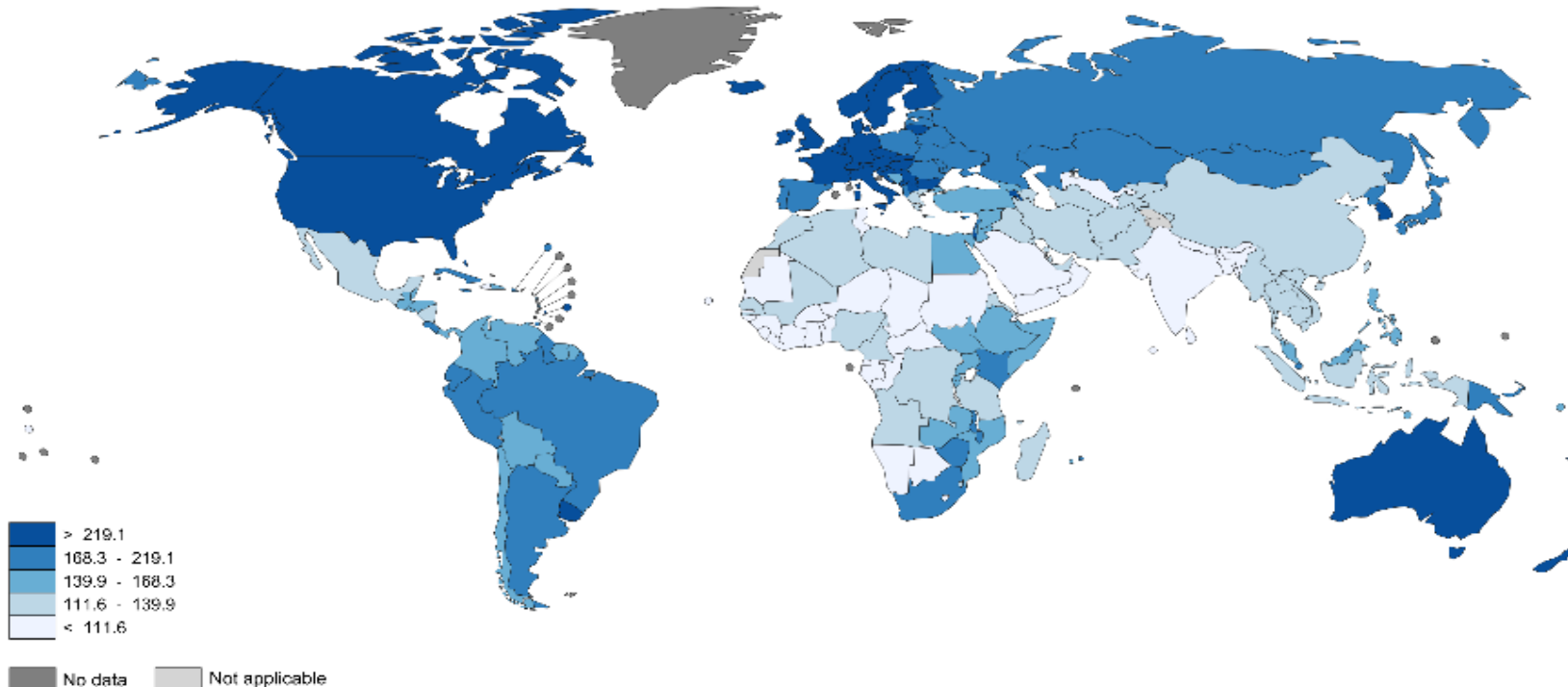


Figura 4 – Fonte World Health Organization - Estimativas de taxas padronizadas por idade (mundo) por cada 100.000

Mortalidade por cancro em todo o mundo em 2012: mulheres

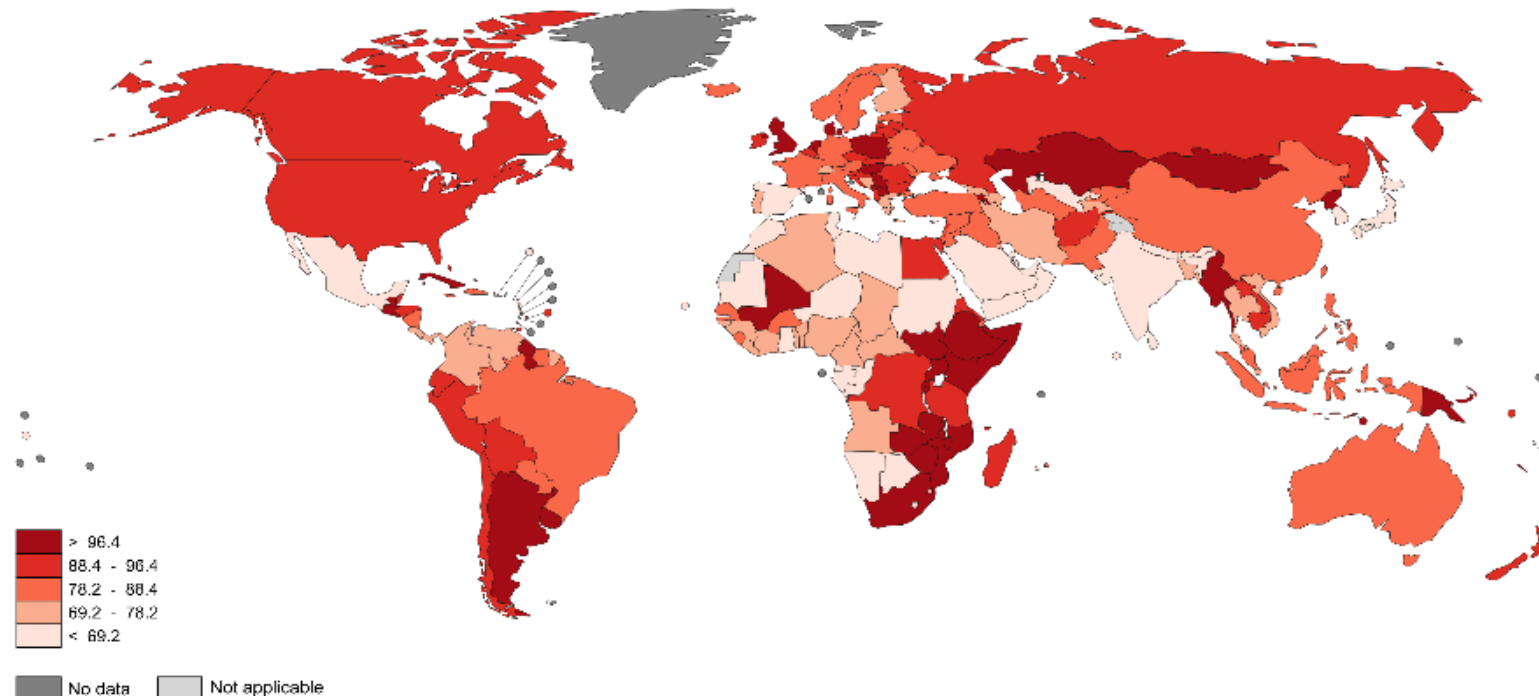


Figura 4 – Fonte World Health Organization - Estimativas de taxas padronizadas por idade (mundo) por cada 100.000

Previsão da evolução da Incidência de Cancro em Portugal (2015 a 2035)

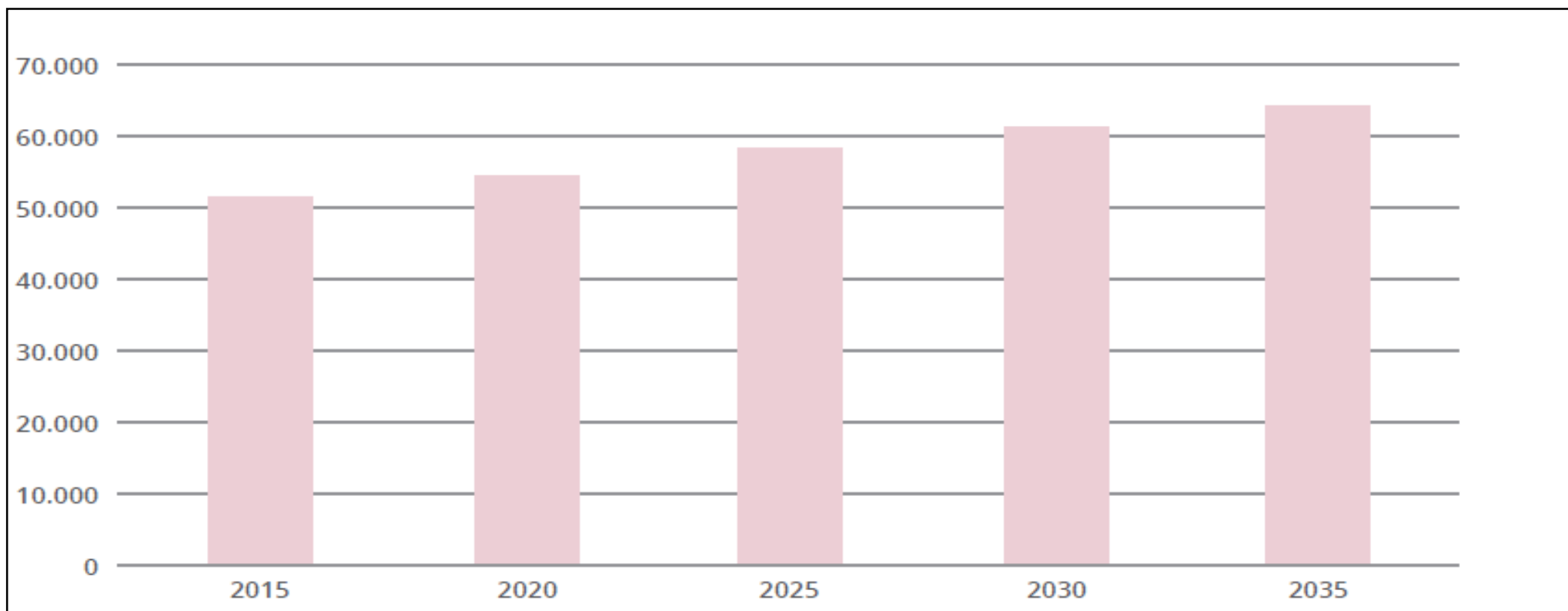
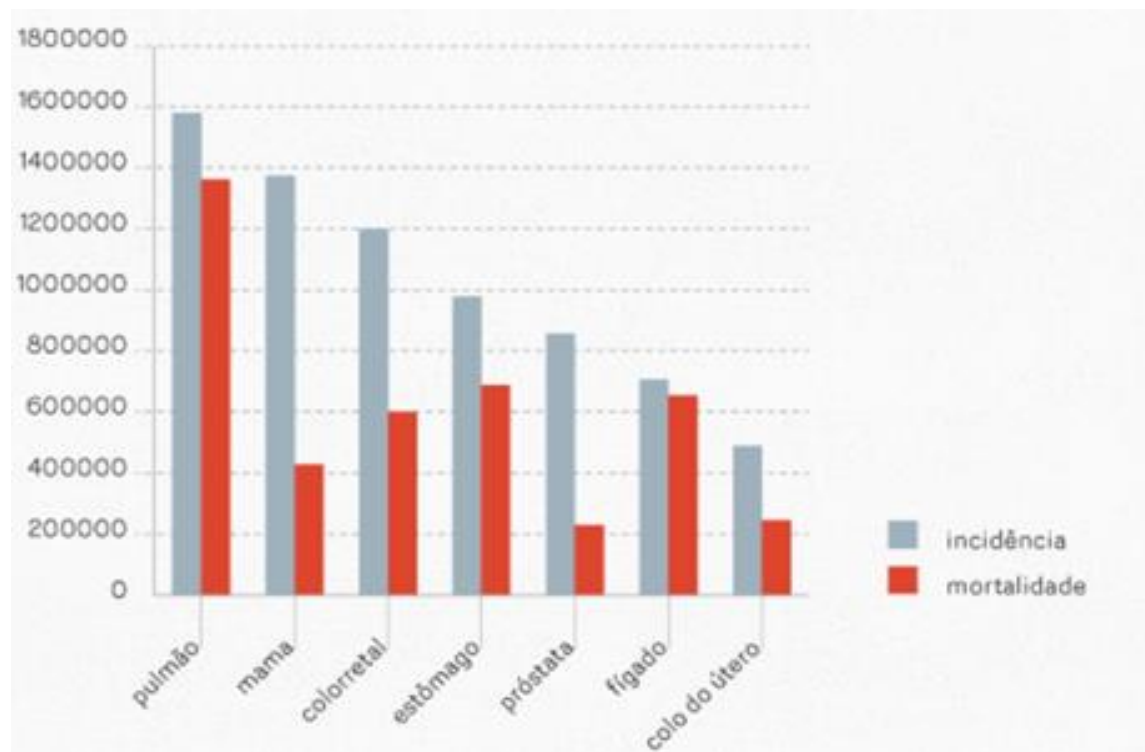


Figura 8 - Fonte IARC;2016

Comparação da taxa de Incidência Global com a taxa de incidência de Tumores Malignos Portugal 2010

A nível Mundial os cancros mais incidentes



Taxa de incidência de Tumores Malignos Portugal

	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

Será possível reduzir o cancro? Como?

- A prevenção do cancro é mais bem-sucedida quando políticas e ações governamentais facilitam as escolhas saudáveis e protegem os cidadãos de agentes cancerígenos.
- O cancro pode ser reduzido e controlado através da implementação de estratégias baseadas em evidências para a prevenção do cancro, a deteção precoce do cancro e o tratamento de pacientes.
- Muitos doentes com cancro têm uma alta probabilidade de cura se detetados precocemente e tratados adequadamente. (World Health Organization, 2011)

Estratégias de prevenção

- Evitar os fatores de risco descritos.
- **Prevenção primária** com a Vacina contra infeções como, o vírus do papiloma humano (HPV) e o vírus da hepatite B (HBV).
- **Prevenção secundária**, diagnósticos precoces, programas de rastreio.
- **Prevenção terciária**, cuidados paliativos são tratamentos para aliviar, em vez de curar, os sintomas causados pelo cancro.

Estratégias de prevenção

- **Prevenção primária**

A prevenção primária consiste na prevenção da infeção e dos cofatores que aumentam o risco de cancro – através de programas apropriados para incentivar comportamentos saudáveis e através da vacinação.

HPV vaccine options

Vaccine ▼	Who is it for?	How many doses?	What infections does it prevent?
Cervarix	Girls 9 to 26 years of age.	3	HPV types 16 and 18 (which cause cancer).
Gardasil	Girls and boys 9 to 26 years of age.	3	HPV types 6, 11 (which cause genital warts), and HPV 16 and 18 (which cause cancer).
Gardasil 9	Girls ages 9 to 26; boys ages 9 to 15.	3	HPV types 16, 18, 31, 33, 45, 52 and 58 (which cause cancer), and HPV types 6 or 11 (which cause warts).

Estratégias de prevenção

- **Prevenção secundária**
- Através de Programas de Rastreio
- O rastreio do cancro permite detetar a doença numa fase inicial e tem como objetivo reduzir a mortalidade por cancro através de um diagnóstico precoce da doença.
- O programa de rastreio tem várias fases desde a identificação da população alvo até à terapêutica e vigilância após tratamento, passando pelos processos de convocação da população definida ou pelo diagnóstico. A eficácia de um programa deste tipo está dependente de todos os elos desta cadeia.

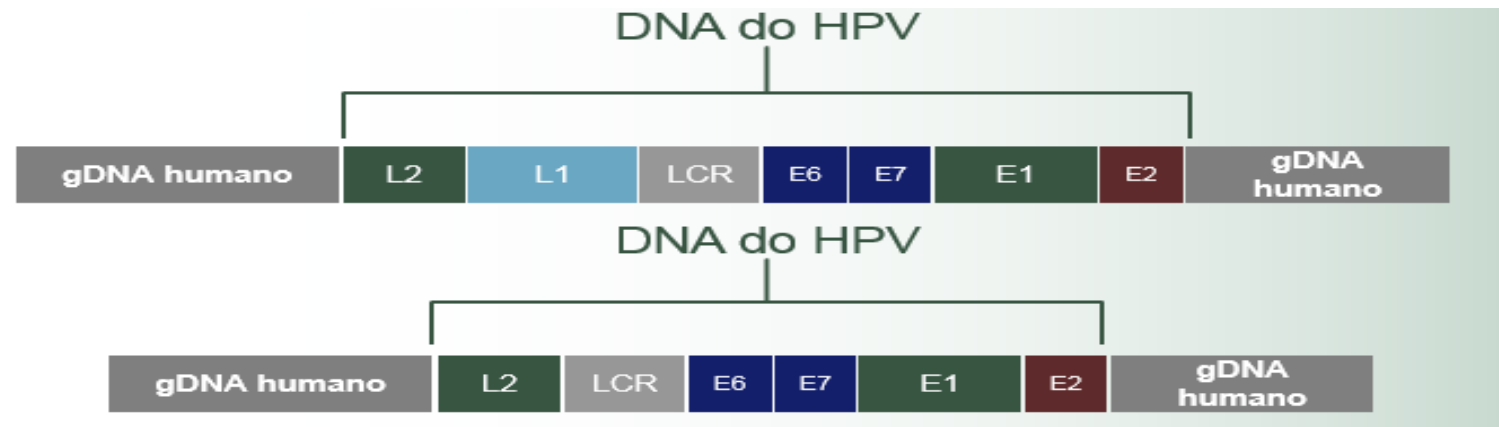
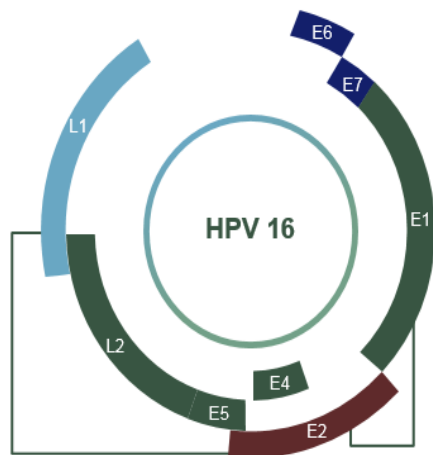
Estratégias de prevenção

Prevenção terciária

- Cuidados paliativos são tratamentos para aliviar, em vez de curar, os sintomas causados pelo cancro.
- Estratégias de saúde pública eficazes, que compreendem os cuidados comunitários e domiciliares são essenciais para proporcionar alívio da dor e cuidados paliativos para pacientes e suas famílias em locais com poucos recursos.

Cancro do Colo do Útero

- O cancro do colo do útero é um dos tipos de cancro feminino mais comuns em todo o mundo. O HPV é o agente etiológico responsável por mais de 99% de todos os cancros do colo do útero. O HPV é um vírus de ADN comum, sexualmente transmissível, e constituído por mais de 100 genótipos. Ao contrário dos outros cancros este não é hereditário



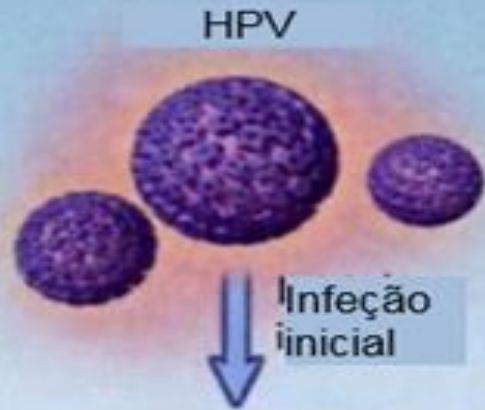
Fonte: Hologic Ibéria Morris. Clin Chem Lab Med 2005; 43(11):1171-1177

Cancro do Colo do Útero – genótipos do HPV

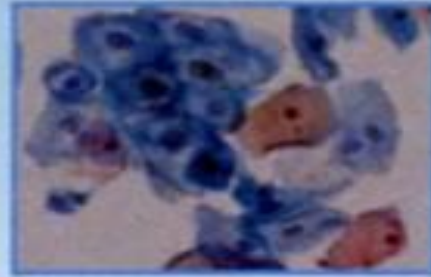
- Catorze dos genótipos do HPV são **considerados patogénicos** ou de alto risco para doença do colo do útero. Diversos estudos têm associado os genótipos **16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 e 68** à **progressão da doença**.
- As infeções por HPV são muito comuns e a maioria das mulheres acaba por eliminar a infeções por HPV no prazo de 6 a 12 meses. A presença de ácido nucleico de HPV não significa que estejam presente displasia do colo do útero ou cancro do colo do útero.

Progressão da infecção por HPV

Infeção por HPV transitória



Ligeiras anomalias citológicas

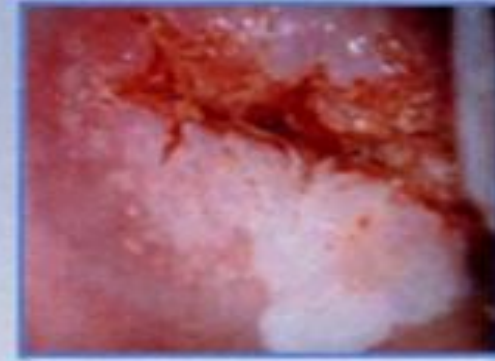


Colo do útero normal

Colo do útero infetado por HPV

Depuração

Infeção por HPV persistente



Lesão pré-cancerígena

Progressão
Regressão

Invasão

Cancro

90%
6 – 18 meses

10%, só 5% progride para CIN3+ em 3 anos
Mais de 24 meses

7 – 15 anos

Cofatores:

Idade, estado do sistema imunitário, múltiplas infeções por HPV, fumadora, etc.

Rastreio do Cancro do Colo do Útero

Rastreio é a procura sistemática de lesões pré cancerosas em indivíduos assintomáticos, utilizando os recursos da oncologia preventiva, com o objetivo do diagnóstico precoce.

O Rastreio Nacional é feito nas diferentes Unidades de Saúde Familiar e a participação é fundamental, pois as mulheres que se recusam a participar têm maior risco de vir a desenvolver carcinoma invasor do colo.

Rastreio Cancro do Colo do Útero – Portugal Continental 2014 – 2015 - mulheres entre os 25 e os 64 anos

	2014	2015
População Alvo Total*	2.821.017	2.821.017
População Elegível Total Anual	846.305	846.305
Nº Total Convocatórias Enviadas	199.820	175.955
Nº Total Mulheres Rastreadas	102.388	138.342
Taxa Cobertura Populacional Total	23,6%	20,8%
Taxa Rastreio Total	12,1%	16,4%

Fonte INE 2013 (ano com o últimos dados populacionais disponíveis)

Rastreio Cancro do Colo do Útero no Alentejo

- O Alentejo implementou em 2008, o Rastreio Organizado de Base Populacional do Cancro do Colo do Útero, o teste de rastreio usado é a citologia em meio líquido com teste HPV em todas as citologias anómalas. (ARSA, 2017)
- A população alvo são todas as mulheres entre os 25 e os 65 anos, com uma periodicidade de 3 em 3 anos após 2 citologia consecutivas negativas.

Pontos Forte	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Alerta para um problema de Saúde Pública • Ganhos em saúde, com evidência científica de redução das taxas de mortalidade na ordem dos 80% • Rastreio de base populacional, organizado • Utilização de meio líquido • Tipagem HPV da região Alentejo • Melhoria da articulação entre níveis de cuidados, com correta definição de circuitos • Envolvimento de todos os grupos profissionais nos CS (com formação específica) • Programa informático acessível em todos os níveis de cuidados e na Anatomia Patológica tem integração no ROR –SUL Possibilidade de monitorização contínua do programa • Programa de garantia de qualidade, com indicadores definidos • Coordenação Regional 	<p>Renovação de materiais da consulta de Saúde da Mulher – mesas ginecológicas e de apoio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquisição de equipamento na Anatomia Patológica no HESE • Desenvolvimento de novas tecnologias na Anatomia Patológica (leitura automática) • Apetrechamento das Unidades de Patologia Cervical dos Hospitais • Continuidade de cuidados • Sensibilização dos profissionais para aquisição de competências em patologia cervical • Criação de protocolos de diagnóstico, seguimento e tratamento das diferentes patologias • Diminuição de custos de tratamento • Contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde • Criação de programas de educação para a saúde, promovendo a cidadania • Possibilitar projetos de investigação
Ameaças	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none"> • Sustentabilidade do rastreio para os próximos anos • Desigual sensibilidade dos profissionais para com o rastreio • Envelhecimento dos profissionais – algumas reformas, maior sobrecarga para os que ficam • Adesão das mulheres ao rastreio abaixo das expectativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Desigual desempenho dos diversos Centros de Saúde • Desigual largura de banda informática entre as sedes e as extensões dos Centros de Saúde • Mulheres não reclamam do seu Direito de Cidadania (direito a fazer o rastreio)

Rastreo do Cancro do Colo do Útero do Alentejo dados de 2008 ao início de 2017

1ª Volta (2008, 2009, 2010) Adesão total 92%

	População		Convidados		Marcadas		Citologias		Taxa Adesão
	Alvo	elegível	Número	PA	Número	PA	Número	PA	
Évora	40.343	38.979	25.706	63,70%	18.836	46,70%	18.144	45%	96,30%
Beja	34.257	33274	23.702	69,20%	16.287	47,50%	14800	41,70%	87,70%
L. Alenteja	23.868	23.721	3.671	15,40%	2.252	9,50%	2.043	8,60%	90,70%
Portalegre	30.716	28.920	20.003	65,10%	15.343	50,00%	14.188	46,20%	92,50%
Total	129.190	124.900	73.082	56,60%	52.718	40,80%	48658	37,70%	92,30%

Fonte do Hospital Espírito Santo de Évora – Serviço de Anatomia Patologica

Rastreo do Cancro do Colo do Útero do Alentejo dados de 2008 ao início de 2017

2ª Volta (2011, 2012, 2013) Adesão de 87%

	População	População	Convidados		Marcadas		Citologias		Taxa Adesão
	Alvo	elegível	Número	PA	Número	PA	Número	PA	
Évora	52.855	51.091	20.451	38,70%	17.477	33,10%	14.692	28,80%	84,10%
Beja	39.746	37716	18.699	47%	11.222	28,20%	9.538	24%	85,00%
L. Alenteja	32.183	31.216	19349	60,10%	12.427	38,60%	11.133	34,60%	89,60%
Portalegre	36.806	34.772	15.610	42,40%	12.279	33,40%	11.119	30,20%	0,60%
Total	161.594	154.799	74.109	45,90%	53.405	33,00%	46.482	28,80%	87%



Rastreio do Cancro do Colo do Útero do Alentejo dados de 2008 ao início de 2017

3º Volta (2014,2015,2016) Adesão de 84,50%

	População Alvo	População elegível	Convidados		Marcadas		Citologias		Taxa Adesão
Évora	53.803	52.549	22.774	42,30%	19.988	37,20%	16.323	30,30%	81,70%
Beja	40.204	39.181	16303	40,60%	12.453	31%	10.567	26,30%	84,90%
L. Alenteja	32.704	31.958	14543	44,50%	9107	27,80%	8.017	24,50%	88%
Portalegre	36.648	35.301	16.589	45,30%	13.429	36,60%	11.541	31,50%	85,90%
Total	163.363	158.993	70.209	43%	54.997	33,70%	46.448	28,40%	84,50%



Rastreio do Cancro do Colo do Útero do Alentejo dados de 2008 ao início de 2017

4º Volta (2017, 2018, 2019) Adesão de 67,80%

	População Alvo	População elegível	Convidados		Marcadas		Citologias		Taxa Adesão
Évora	51.115	16.907	4843	9,50%	2.606	5,10%	1.671	3,30%	64,10%
Beja	37883	12498	3161	8,30%	1.346	3,60%	967	2,60%	71,80%
L. Alenteja	31.529	10.408	3.381	10,70%	1.527	4,80%	941	3%	61,60%
Portalegre	34.764	11.342	2801	8,10%	1.682	4,80%	1.279	3,70%	76%
Total	155.294	51197	14.186	9,10%	7.161	4,60%	4.858	3,10%	67,80%



Resultados das Citologias Realizadas entre 2008 e 2017

ARSA - Administração Regional de Saúde do Alentejo

RCCU - Rastreio do Cancro do Colo do Útero

Resultados das Citologias Realizadas (por grupo etário)

volta: 1

data início: 2008-01-01

até à data: 2017-04-17

Resultado	Grupo Etário	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	> 64	N/A	Total
Insatisfatório para avaliação		0	21	34	30	33	39	33	41	8	0	239
Negativo para lesão intraepitelial ou malignidade		2	8854	10902	11607	11577	10776	10117	9988	3587	0	77410
Células escamosas atípicas ASC-US		0	84	67	52	34	29	10	8	3	0	287
Células escamosas atípicas ASC-H		0	12	12	17	9	6	5	3	1	0	65
Células glandulares atípicas (AGC)		0	2	7	3	3	2	2	2	2	0	23
Lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (LSIL)		0	78	63	49	47	37	8	9	3	0	294
Lesão escamosa intraepitelial de alto grau (HSIL)		0	29	28	22	21	12	6	4	1	0	123
Carcinoma escamoso		0	0	2	2	4	2	1	2	3	0	16
Adenocarcinoma		0	0	0	1	0	0	2	2	0	0	5
N/A		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		2	9080	11115	11783	11728	10903	10184	10059	3608	0	78462

Resultados das Citologias Realizadas entre 2008 e 2017

ARSA - Administração Regional de Saúde do Alentejo

volta: 2

RCCU - Rastreio do Cancro do Colo do Útero

Resultados das Citologias Realizadas (por grupo etário)

data início: 2011-01-01

até à data: 2017-04-17

Resultado	Grupo Etário	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	> 64	N/A	Total
Insatisfatório para avaliação		29	37	51	29	25	42	50	52	9	0	324
Negativo para lesão intraepitelial ou malignidade		7662	9600	8148	7373	7351	7125	6011	5351	1475	0	60096
Células escamosas atípicas ASC-US		148	122	76	53	41	22	9	6	1	0	478
Células escamosas atípicas ASC-H		16	16	13	6	9	6	2	0	0	0	68
Células glandulares atípicas (AGC)		0	4	8	6	6	4	0	1	1	0	30
Lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (LSIL)		88	100	66	56	52	27	9	3	1	0	402
Lesão escamosa intraepitelial de alto grau (HSIL)		13	21	24	18	8	5	6	2	1	0	98
Carcinoma escamoso		0	0	1	2	4	0	1	0	0	0	8
Adenocarcinoma		0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	4
N/A		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		7956	9900	8388	7543	7497	7233	6088	5415	1488	0	61508

Resultados das Citologias Realizadas entre 2008 e 2017

Resultado	Grupo Etário	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	> 64	N/A	Total
Insatisfatório para avaliação		33	28	48	38	46	47	64	52	6	0	362
Negativo para lesão intraepitelial ou malignidade		5178	5448	6953	6761	6493	6292	5629	4266	1159	0	48179
Células escamosas atípicas ASC-US		112	90	73	61	35	45	17	5	0	0	438
Células escamosas atípicas ASC-H		8	19	9	11	11	6	2	1	1	0	68
Células glandulares atípicas (AGC)		2	1	7	1	1	4	2	0	0	0	18
Lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (LSIL)		84	54	52	39	38	26	8	4	0	0	305
Lesão escamosa intraepitelial de alto grau (HSIL)		6	4	8	3	5	7	2	3	0	0	38
Carcinoma escamoso		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Adenocarcinoma		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N/A		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		5423	5644	7151	6914	6629	6427	5724	4331	1166	0	49409

Resultados das Citologias Realizadas entre 2008 e 2017

ARSA - Administração Regional de Saúde do Alentejo

volta: 4

RCCU - Rastreio do Cancro do Colo do Útero

Resultados das Citologias Realizadas (por grupo etário)

data inicio: 2017-01-01

até à data: 2017-04-17

Resultado	Grupo Etário	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	> 64	N/A	Total
Insatisfatório para avaliação		4	7	5	4	3	3	3	5	2	0	36
Negativo para lesão intraepitelial ou malignidade		294	352	547	592	529	517	517	467	125	0	3940
Células escamosas atípicas ASC-US		4	7	3	4	3	3	1	1	0	0	26
Células escamosas atípicas ASC-H		0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Células glandulares atípicas (AGC)		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (LSIL)		4	8	2	6	3	3	3	1	0	0	30
Lesão escamosa intraepitelial de alto grau (HSIL)		0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	4
Carcinoma escamoso		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adenocarcinoma		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N/A		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		306	375	562	606	539	526	524	474	127	0	4039

Resultados das Citologias Realizadas entre 2008 e 2017

Entre 2008 e 2010 foram identificados	Entre 2011 e 2013 foram identificados
<ul style="list-style-type: none">• 294 Lesões escamosas intraepiteliais de baixo grau• 123 Lesões Escamosas intraepiteliais de alto grau• 16 Carcinomas Escamosos e• 5 Adenocarcinomas	<ul style="list-style-type: none">• 402 Lesões escamosas intraepiteliais de baixo grau• 99 Lesões Escamosas intraepiteliais de alto grau• 8 Carcinomas Escamosos e• 4 Adenocarcinomas
Entre 2014 e 2016 foram identificados	Dados até <u>Maio de 2017</u>
<ul style="list-style-type: none">• 305 Lesões escamosas intraepiteliais de baixo grau• 38 Lesões Escamosas intraepiteliais de alto grau• 1 Carcinomas Escamosos e• 0 Adenocarcinomas	<ul style="list-style-type: none">• 30 Lesões escamosas intraepiteliais de baixo grau• 4 Lesões Escamosas intraepiteliais de alto grau• 0 Carcinomas Escamosos e• 0 Adenocarcinomas

Rastreios do Cancro Colo Útero objetivo

- A existência de programas de rastreio de cancro trazem ganhos em saúde, nos locais ou países onde estão implementados, considerando que têm como objetivo diminuir a sua incidência e mortalidade, promover o tratamento atempado, aumentar a sobrevivência das clientes diagnosticadas com esta doença e fazer o diagnóstico precoce a todas as clientes assintomáticas (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2011).

Conclusão

- Após a execução deste trabalho consegui concluir que o peso que a oncologia tem para um país, tanto em carga de doença como no peso dos cuidados associados e económicos é bastante elevado. Os custos com as cirurgias e internamentos, o aumento da despesa com medicamentos é preocupante, particularmente com os novos fármacos. Os custos intangíveis para estes doentes e para as suas famílias.

Conclusão

- Quando comparadas as taxas de incidência entre Portugal e a Nível Mundial consegui verificar que de acordo com os dados há ligeiras diferenças, que correspondem às estruturas demográficas diferentes com hábitos diferentes e Políticas Governamentais diferentes.
- Os tumores mais incidentes a nível Mundial são o cancro do pulmão, o cancro da mama (que afeta quase essencialmente a mulher) e o colo retal, mas apesar de mais incidentes, não significa que sejam necessariamente os mais mortais, porque muitas vezes quando detetados numa fase inicial estes tumores têm taxas de sucesso bastantes elevadas.

Conclusão

- O cancro do colo do útero é um dos cancros que pode ser detetado numa fase inicial e tem uma taxa de sucesso bastante elevada. Este cancro numa fase inicial pode não apresentar quaisquer sinais ou sintomas, surgindo numa fase mais avançada da doença, daí a importância elevada de rastreios organizados, só desta forma poderemos detetar estas situações.
- Através dos dados do Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero fornecidos pela ARS do Alentejo consegue-se observar uma redução de mortes causadas pelo Cancro Colo Útero de ano para ano, mas também conseguimos perceber que tem que se investir em comunicação para a divulgação da importância dos Programas de Rastreio, porque ao longo dos anos a adesão tem vindo a diminuir.

Muito obrigada