



ATLÂNTICA
UNIVERSITY HIGHER INSTITUTION

Licenciatura em Gestão em Saúde

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Elaborado por: Ana Marina de Oliveira Gameiro

N.º de estudante: 20141935

Orientador: Professor Paulo Moreira

Barcarena
Setembro 2017

Agradecimentos

Gostaria de agradecer ao meu orientador Professor Doutor Paulo Moreira, pelos conselhos, orientações observações, disponibilidade e muito interesse.

Ao Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Espírito Santo de Évora, em especial aos grupo de cito-técnicas que me apoiaram desde a fase inicial em que pensei em fazer esta licenciatura. Um especial agradecimento à coordenadora do Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital Espírito Santo de Évora por toda a sua disponibilidade para me ajudar com os dados do Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero.

Agradeço aos amigos que me ajudaram com algumas cadeiras do curso, mostrando inteira disponibilidade para o fazerem, nem que para isso sacrificassem os seus fins-de-semana, muito vos agradeço.

Um agradecimento de coração à minha família que em parte sei que ficou prejudicada pela minha ausência, mas também sei que estão muito felizes com o concretizar deste meu sonho.

Agradeço em especial ao meu marido que ao longo destes três anos me ajudou ao cuidar do nosso filho, sempre me acompanhou, ajudou com algumas cadeiras e apoiou com uma certa dose de paciência, que por vezes sei que não foi fácil. Muitos foram os momentos que não estive presente para terminar trabalhos ou estudar para as frequências.

Ao meu filho que era e é tão pequenino, em que tantas vezes me fez pensar se valeria a pena continuar. Foram tantas as vezes que ele perguntava para onde vais? Quando chegares ainda estou acordado?

A todos vos agradeço a paciência e ausência, Muito obrigada por todo o apoio.

1 ÍNDICE

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2 | SIGLAS E ACRÓNIMOS | 5 |
| 3 | FIGURAS | 7 |
| 4 | RESUMO | 8 |
| 5 | ABSTRACT | 9 |
| 6 | INTRODUÇÃO | 10 |
| 6.1 | CANCRO | 10 |
| 6.2 | ESTARÁ O CANCRO A AUMENTAR A NÍVEL GLOBAL?..... | 10 |
| 6.3 | OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA CANCRO QUE PODEM SER EVITADOS SÃO: . | 11 |
| 6.4 | TODOS OS CANCROS (EXCLUINDO O CANCRO DA PELE NÃO MELANOMA) INCIDÊNCIA ESTIMADA, MORTALIDADE E PREVALÊNCIA EM TODO O MUNDO EM 2012 | 13 |
| 6.5 | INCIDÊNCIA ESTIMADA, MORTALIDADE E PREVALÊNCIA EM TODO O MUNDO EM 2012 | 13 |
| 6.6 | INCIDÊNCIA ESTIMADA DO CANCRO NO MUNDO EM 2012: HOMEM..... | 14 |
| 6.7 | MORTALIDADE POR CANCRO NO MUNDO EM 2012: HOMEM..... | 14 |
| 6.8 | INCIDÊNCIA ESTIMADA DE CANCRO EM TODO O MUNDO EM 2012: MULHERES | 15 |
| 6.9 | MORTALIDADE POR CANCRO EM TODO O MUNDO EM 2012: MULHERES | 15 |
| 6.10 | AS CAUSAS MAIS COMUNS DE MORTE POR CANCRO SÃO: | 16 |
| 6.11 | O QUE CAUSA O CANCRO?..... | 16 |
| 6.12 | FATORES DE RISCO PARA O CANCRO..... | 17 |
| 6.13 | SERÁ POSSÍVEL REDUZIR O CANCRO? COMO? | 17 |
| 6.14 | ALTERAR E EVITAR FATORES DE RISCO | 17 |
| 6.15 | FATORES DE RISCO | 19 |
| 6.16 | ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO | 19 |
| 6.17 | DIAGNÓSTICO PRECOCE | 19 |
| 6.18 | RASTREIOS | 20 |
| 6.19 | TRATAMENTO | 20 |
| 6.20 | POTENCIAL DE CURA ENTRE OS CANCROS | 21 |
| 6.21 | POTENCIAL DE CURA DE ALGUNS OUTROS TIPOS DE CANCRO | 21 |
| 6.22 | CUIDADOS PALIATIVOS | 21 |
| 6.23 | ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS PALIATIVOS | 22 |
| 6.24 | RESPOSTA DA OMS..... | 22 |
| 6.25 | PERSPETIVA EM PORTUGAL | 23 |
| 6.26 | PREVISÃO DA EVOLUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE CANCRO EM PORTUGAL (2015 A 2035) | 23 |
| 6.27 | EVOLUÇÃO DA TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS..... | 24 |
| 6.28 | TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS (100.000 HABITANTES) PORTUGAL 2010 | 24 |
| 6.29 | TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS, NO SEXO MASCULINO, PORTUGAL 2010 (100.000 HABITANTES)..... | 26 |
| 6.30 | TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUMORES MALIGNOS (100.000 HABITANTES), NO SEXO FEMININO, PORTUGAL 2010..... | 27 |
| 6.31 | RECOMENDAÇÕES:..... | 27 |
| 6.32 | TENDÊNCIAS A NÍVEL NACIONAL | 28 |
| 6.33 | PANORÂMICA A NÍVEL NACIONAL | 28 |
| 7 | CANCRO DO COLO DO ÚTERO..... | 29 |
| 8 | ESTRATÉGIAS INTEGRADAS:..... | 32 |
| 8.1 | PREVENÇÃO PRIMÁRIA..... | 32 |
| 8.2 | PREVENÇÃO SECUNDÁRIA..... | 33 |
| 8.3 | PREVENÇÃO TERCIÁRIA | 34 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 9 | RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO | 34 |
| 10 | RASTREIO CANCRO DO COLO DO ÚTERO – PORTUGAL CONTINENTAL 2014 – 2015 - MULHERES ENTRE OS 25 E OS 64 ANOS..... | 35 |
| 11 | RASTREIO CANCRO DO COLO DO ÚTERO NO ALENTEJO | 35 |
| 12 | CONSTRANGIMENTOS IDENTIFICADOS PELA ARS DO ALENTEJO | 36 |
| 13 | ANÁLISE S.W.O.T. - RASTEIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO DO ALENTEJO | 38 |
| 13.1 | PONTOS FORTES | 38 |
| 13.2 | OPORTUNIDADES | 39 |
| 13.3 | AMEAÇAS | 39 |
| 13.4 | PONTOS FRACOS | 40 |
| 14 | RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO DO ALENTEJO DADOS DE 2008 AO INÍCIO DE 2017..... | 40 |
| 14.1 | ADESÃO DO PROGRAMA DE RASTREIO | 40 |
| 14.2 | RESULTADOS DAS CITOLOGIAS REALIZADAS ENTRE 2008 E 2017 | 44 |
| 15 | DISCUSSÃO:..... | 47 |
| 16 | REFERÊNCIAS: | 49 |
| 17 | ANEXOS | 50 |

2 Siglas e Acrónimos

HBV – Hepatite B

HCV – Hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Papiloma Vírus Humano

WHO – World Health Organization

OMS – Organização Mundial de Saúde

IARC – Agência Internacional de Investigação sobre o Cancro

UV – Radiação Ultravioleta

VIA – Inspeção com Ácido Acético

GICR – Global Initiative on Cancer Registries

DGS – Direção Geral de Saúde

RORENO – Registo Oncológico Região do Norte

RON – Registo Oncológico Nacional

SNS – Serviço Nacional de saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ACES – Agrupamento de Centro de Saúde

LPCC – Liga Portuguesa Contra o Cancro

RNU – Número Identificação Único

CCU – Cancro do Colo do Útero

IPO – Instituto Português de Oncologia

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutico

INE – Instituto Nacional de Estatística

ROR –SUL – Registo Oncológico Região Sul

HESE – Hospital Espírito Santo Évora

SPMS – Serviços Partilhados Ministério Saúde

3 Figuras

Figura 1 - Todos os Cancros (excluindo o cancro da pele não melanoma) Incidência estimados, mortalidade e prevalência em todo o mundo em 2012

Figura 2 - Incidência estimada, mortalidade e prevalência em todo o mundo em 2012

Figura 3 - Incidência estimada do cancro no mundo em 2012: homem

Figura 4 - Mortalidade por cancro no mundo em 2012: homem

Figura 5 - Incidência estimada de cancro em todo o mundo em 2012: mulheres

Figura 6 - Mortalidade por cancro em todo o mundo em 2012: mulheres

Figura 7 - Fatores de Risco

Figura 8 - Previsão da evolução da Incidência de Cancro em Portugal (2015 a 2035)

Figura 9 - Evolução da taxa de Incidência de Tumores Malignos

Figura 10 - Taxa de incidência de Tumores Malignos (100.000 habitantes) Portugal 2010

Figura 11 - International Agency for Reserch on Cancer (IARC) são vários os tumores que afetam as diferentes populações:

Figura 12 - Taxa de incidência de Tumores Malignos, no sexo masculino, Portugal 2010 (100.000 habitantes)

Figura 13 - Taxa de Incidência de Tumores Malignos (100.000 habitantes), no sexo Feminino, Portugal 2010

Figura 14 - Imagem da linearização do ADN para se integrar no ADN humano

Figura 15:Progressão da infeção por HPV. (Adaptado de: Schiffman, lancet Oncology 2008

Figura 16 - Fonte INE 2013 (ano com o últimos dados populacionais disponíveis)

4 Resumo

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. Mais de 30% dos cancros podem ser prevenidos pelo estilo de vida saudável ou pela imunização contra o cancro que causa infeções (HBV, HPV) através da prevenção primária. Outros podem ser detetados precocemente, através da prevenção secundária com os Programas de Rastreio Organizados e serão tratados e curados.

Existem mais de 100 tipos de cancro, qualquer parte do corpo pode ser afetada. Em 2008, 7,6 milhões de pessoas morreram de cancro, cerca de 13% de todas as mortes no mundo. Cerca 70% das mortes causadas por cancro ocorreram em países com rendimento baixo-médio. Em todo o mundo, os 5 tipos mais comuns de cancro que matam os homens são (por ordem de frequência): pulmão, estômago, fígado, colo-retal e esôfago. E os 5 tipos mais comuns de cancro que matam as mulheres são (na ordem de frequência): mama, pulmão, estômago, colo-retal e cervical. Em muitos países em desenvolvimento, o cancro do colo do útero é o cancro mais comum.

O cancro do colo do útero é um dos tipos de cancro feminino mais comum em todo o mundo, no entanto é um dos cancros mais evitável. Apesar de ser um dos tumores malignos mais frequente este tipo de cancro, geralmente apresenta uma evolução lenta e progressiva entre 7 a 15 anos, e é mais fácil de detetar, tratar e prevenir do que outros cancros. O objetivo deste trabalho é demonstrar que a implementação de um Programa de Rastreio Organizado e Sistemático produz claras vantagens para as mulheres e reduções significativas nos gastos associados aos tratamentos das doentes com este tipo de cancro. Poderemos comprovar através de alguns dados do Programa de Rastreio Organizado de Base Populacional do Alentejo.

5 Abstract

Cancer affects young and old, men, women and children, does not choose social classes, affects rich and poor, and represents a huge burden on patients, families and societies. It is considered one of the leading causes of death in the world, particularly in developing countries. However, many of these deaths can be avoided. More than 30% of cancers can be prevented by healthy lifestyle or immunization against cancer causing infections (HBV, HPV) through primary prevention. Others may be detected early through secondary prevention with Organized Screening Programs and will be treated and cured. There are more than 100 types of cancer, any part of the body can be affected. In 2008, 7.6 million people died of cancer, about 13% of all deaths in the world. Around 70% of cancer deaths have occurred in low- to middle-income countries. Around the world, the 5 most common types of cancer that kill men are (in order of frequency): lung, stomach, liver, colorectal and esophagus. The 5 most common types of cancer that kill women are (in order of frequency): breast, lung, stomach, colorectal and cervical. In many developing countries, cervical cancer is the most common cancer.

Cervical cancer is one of the most common female cancers in the world, however it is one of the most preventable cancers. Despite being one of the most frequent malignant tumors this type of cancer, it usually presents a slow and progressive evolution between 7 to 15 years, and is easier to detect, to treat and to prevent than other cancers.

The objective of this study is to demonstrate that the implementation of an Organized and Systematic Screening Programs produces clear benefits for women and significant reductions in the costs associated with the treatment of patients with this type of cancer. We can prove through some data from the Alentejo Population Based Organized Screening Program.

6 Introdução

6.1 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. Os crescimentos frequentemente invadem o tecido circundante e podem causar metástases para locais distantes. Cancro pode ter graves consequências para a saúde, e é uma das principais causas de morte. Existem diferentes tipos de cancro, o cancro do pulmão, próstata, colo-retal, estômago e fígado são os tipos mais comuns nos homens, enquanto os cancros de mama, colo-retal, pulmão, colo do útero e estômago são os mais comuns entre as mulheres. Mais de 30% das mortes por cancro poderiam ser prevenidas modificando ou evitando fatores de risco-chave, especialmente o uso de tabaco.

A deteção precoce, o diagnóstico preciso e o tratamento eficaz, incluindo alívio da dor e cuidados paliativos, ajudam a aumentar as taxas de sobrevivência do cancro e reduzir o sofrimento. As opções de tratamento incluem cirurgia, quimioterapia e radioterapia, adaptadas ao estágio do tumor, tipo e recursos disponíveis. São necessários planos abrangentes de controlo do cancro para melhorar a prevenção e os cuidados contra o cancro, especialmente em países de baixo e médio rendimento. (INCA, 2010)

6.2 Estará o cancro a aumentar a nível global?

O cancro é a principal causa de morte em todo o mundo e o número total de casos globalmente está a aumentar.

Prevê-se que o número de mortes por cancro global aumente (7,9 milhões para 11,5 milhões de mortes) entre 2007 e 2030, influenciado em parte pela crescente e envelhecida população mundial. O aumento estimado leva em consideração esperado um ligeiro decréscimo nas taxas de mortalidade de alguns tipos de cancro em países de alto rendimento. 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)

Na maioria dos países desenvolvidos, o cancro é a segunda maior causa de morte após as doenças cardiovasculares, e evidências epidemiológicas apontam para essa tendência emergente no mundo menos desenvolvido. Isto é particularmente verdadeiro em países em "transição" ou países de rendimento médio, como na América do Sul e na Ásia. Mais de metade de todos os casos de cancro ocorrem em países em desenvolvimento. (World Health Organization, 2014)

O cancro de pulmão mata mais pessoas do que qualquer outro cancro, uma tendência que é esperada para continuar até 2030, a menos que os esforços para o controle global do tabaco sejam muito intensificados. Alguns cancros são mais comuns nos países desenvolvidos: próstata, mama e cólon. Fígado, estômago e cancro cervical são mais comuns em países em desenvolvimento. (World Health Organization, 2014)

Uma série de fatores de risco comuns têm sido associados ao desenvolvimento do cancro: um estilo de vida pouco saudável (incluindo o consumo de tabaco e álcool, dieta inadequada, inatividade física) e exposição a agentes cancerígenos ocupacionais (por exemplo, amianto), radiação (por exemplo, radiação ultravioleta e ionizante) e algumas infecções (como a hepatite B ou a infeção pelo vírus do papiloma humano). (World Health Organization, 2014)

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

- Tabagismo - responsável por 1,8 milhão 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.

Segundo a OMS a prevenção de cancro é um componente essencial de todos os planos de controlo do cancro, porque cerca de 40% de todas as mortes por cancro podem ser evitadas. (IARC, Globocan 2002)

Em 2012 a nível mundial houve 14,1 milhões de novos casos de cancro, 8,2 milhões de mortes por cancro e 32,6 milhões de pessoas que vivem com cancro (dentro de aproximadamente 5 anos de diagnóstico). 57% (8 milhões) de novos casos de cancro, 65% (5,3 milhões) dos óbitos por cancro e 48% (15,6 milhões) dos casos prevalentes de cancro de 5 anos ocorreram nas regiões menos desenvolvidas. (IARC, Globocan 2002)

A taxa geral de incidência de cancro padronizada por idade é quase 25% maior nos homens do que nas mulheres, com taxas de 205 e 165 por 100.000, respetivamente. As taxas de incidência masculina variam quase cinco vezes nas diferentes regiões do mundo, com taxas variando de 79 por 100.000 na África Ocidental a 365 por 100.000 na Austrália / Nova Zelândia (com taxas elevadas de cancro de próstata representando um condutor significativo do último). (World Health Organization, 2011)

Há menos variação nas taxas de incidência feminina (quase três vezes) com taxas que variam de 103 por 100.000 na Ásia Centro-Sul a 295 por 100.000 na América do Norte.

Em termos de mortalidade, há menos variabilidade regional do que para incidência, sendo as taxas 15% mais elevadas nas regiões mais desenvolvidas do que nas menos desenvolvidas nos homens e 8% nas mulheres. (International Agency for Research on Cancer, 2010)

Nos homens, as taxas são mais elevadas na Europa Central e Oriental (173 por 100.000) e mais baixas na África Ocidental (69). Em contraste, as taxas mais elevadas de mulheres estão na Melanésia (119) e na África Oriental (111), e as menores na América Central (72) e (65) Ásia. (World Health Organization, 2011)

6.4 Todos os Cancros (excluindo o cancro da pele não melanoma) Incidência estimada, mortalidade e prevalência em todo o mundo em 2012

| Estimated numbers (thousands) | Men | | | Women | | | Both sexes | | |
|--------------------------------------|-------|--------|--------------|-------|--------|--------------|------------|--------|--------------|
| | Cases | Deaths | 5-year prev. | Cases | Deaths | 5-year prev. | Cases | Deaths | 5-year prev. |
| World | 7410 | 4653 | 15296 | 6658 | 3548 | 17159 | 14068 | 8202 | 32455 |
| More developed regions | 3227 | 1592 | 8550 | 2827 | 1287 | 8274 | 6054 | 2878 | 16823 |
| Less developed regions | 4184 | 3062 | 6747 | 3831 | 2261 | 8885 | 8014 | 5323 | 15632 |
| WHO Africa region (AFRO) | 265 | 205 | 468 | 381 | 250 | 895 | 645 | 456 | 1363 |
| WHO Americas region (PAHO) | 1454 | 677 | 3843 | 1429 | 618 | 4115 | 2882 | 1295 | 7958 |
| WHO East Mediterranean region (EMRO) | 263 | 191 | 461 | 293 | 176 | 733 | 555 | 367 | 1194 |
| WHO Europe region (EURO) | 1970 | 1081 | 4791 | 1744 | 852 | 4910 | 3715 | 1933 | 9701 |
| WHO South-East Asia region (SEARO) | 816 | 616 | 1237 | 908 | 555 | 2041 | 1724 | 1171 | 3278 |
| WHO Western Pacific region (WPRO) | 2642 | 1882 | 4493 | 1902 | 1096 | 4464 | 4543 | 2978 | 8956 |
| IARC membership (24 countries) | 3689 | 1900 | 9193 | 3349 | 1570 | 9402 | 7038 | 3470 | 18595 |
| United States of America | 825 | 324 | 2402 | 779 | 293 | 2373 | 1604 | 617 | 4775 |
| China | 1823 | 1429 | 2496 | 1243 | 776 | 2549 | 3065 | 2206 | 5045 |
| India | 477 | 357 | 665 | 537 | 326 | 1126 | 1015 | 683 | 1790 |
| European Union (EU-28) | 1430 | 716 | 3693 | 1206 | 561 | 3464 | 2635 | 1276 | 7157 |

Figura 1 - Fonte: World Health Organization

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

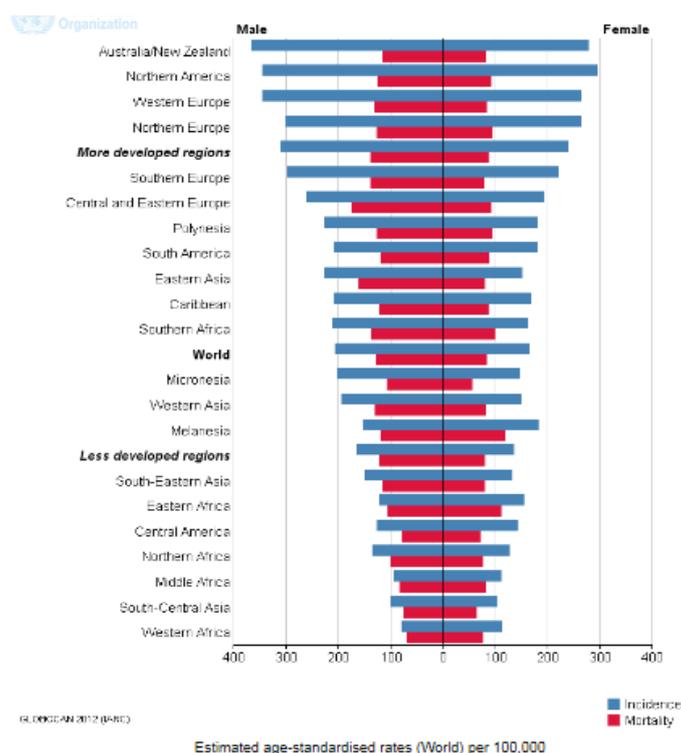


Figura 2 - Fonte: World Health Organization

6.6 Incidência estimada do cancro no mundo em 2012: homem

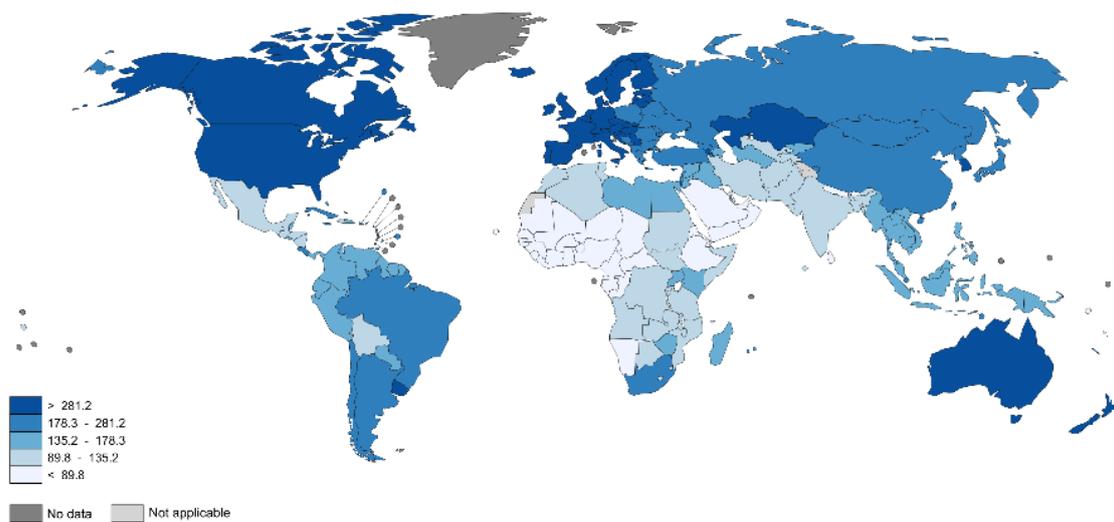


Figura 3 – Fonte World Health Organization - Estimativas de taxas padronizadas por idade (mundo) por cada 100.000

6.7 Mortalidade por cancro no mundo em 2012: homem

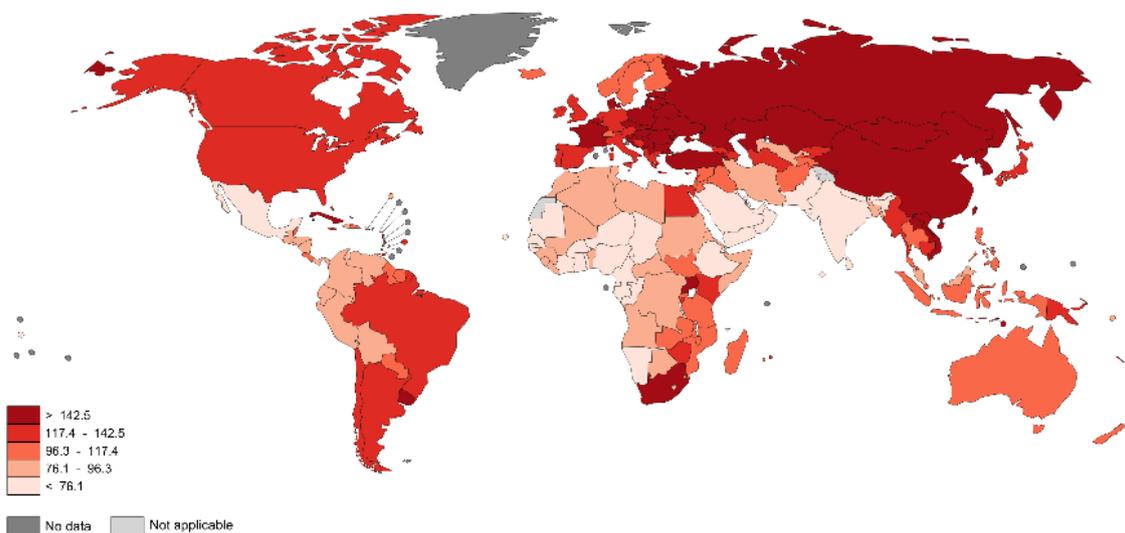


Figura 4 – Fonte World Health Organization - Estimativas de taxas padronizadas por idade (mundo) por cada 100.000

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

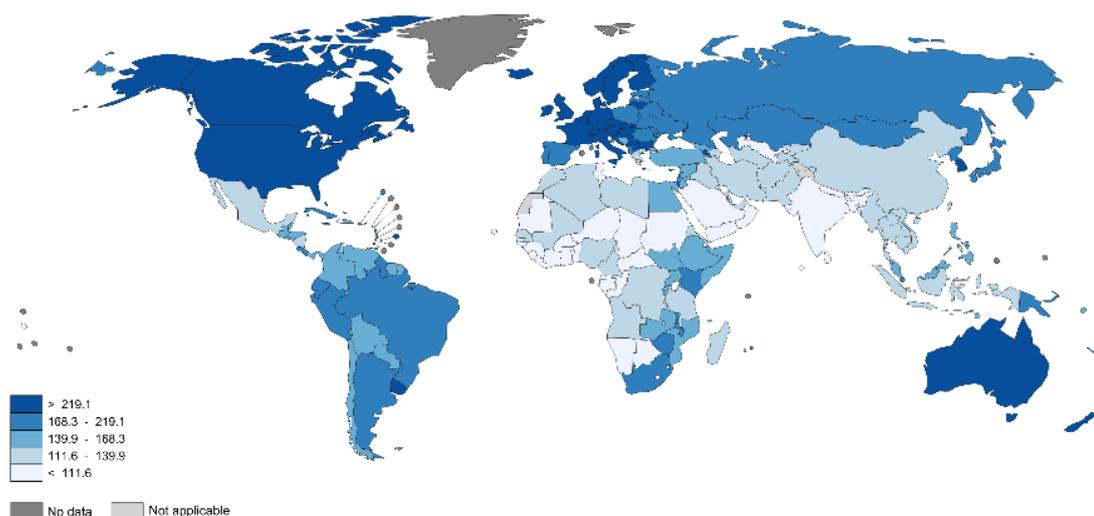


Figura 5 – Fonte World Health Organization Estimativas de taxas padronizadas por idade (mundo) por cada 100.000

6.9 Mortalidade por cancro em todo o mundo em 2012: mulheres

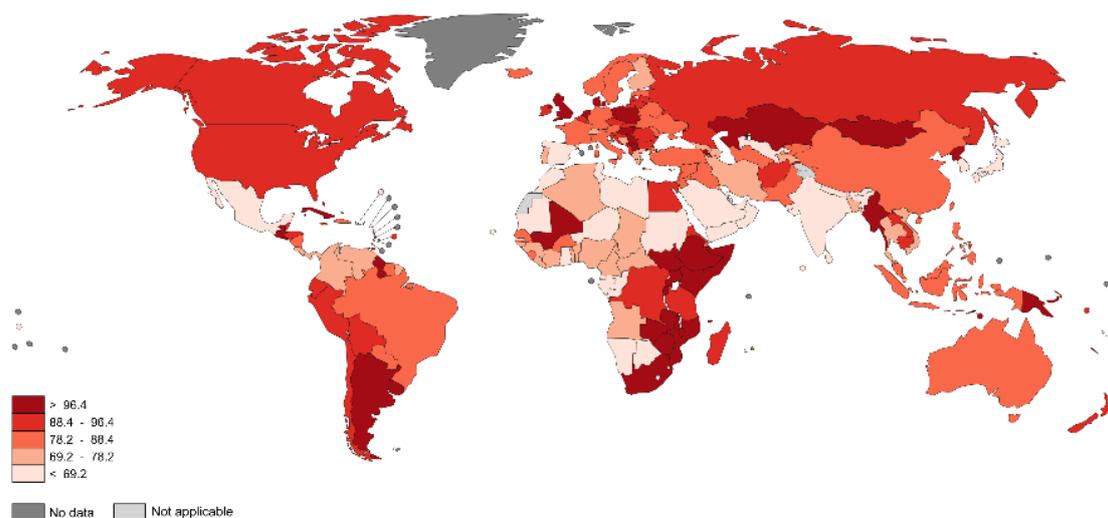


Figura 6 – Fonte World Health Organization Estimativas de taxas padronizadas por idade (mundo) por cada 100.000

Cancro é um termo genérico para um grande grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. Outros termos utilizados são tumores malignos e neoplasias. Uma característica que define o cancro é a rápida criação de células anormais que crescem além de seus limites habituais e que podem invadir partes adjacentes do corpo e se espalhar para outros órgãos, o último processo é referido como metástase. As metástases são a principal causa de morte por cancro.

O cancro é uma das principais causas de morte em todo o mundo, responsável por 8,2 milhões de mortes em 2012. (World Health Organization, 2011)

6.10 As causas mais comuns de morte por cancro são:

1. Pulmão (1,59 milhões de mortes)
2. Fígado (745.000 mortes)
3. Estômago (723.000 mortes)
4. Colo-retal (694.000 óbitos)
5. Mama (521.000 mortes)
6. Cancro do esófago (400.000 mortes)

6.11 O que causa o cancro?

O cancro surge de uma única célula. A transformação de uma célula normal para uma célula tumoral é um processo de vários estágios, tipicamente uma progressão de uma lesão pré-cancerosa para tumores malignos. Essas mudanças são o resultado da interação entre os fatores genéticos de uma pessoa e três categorias de agentes externos, incluindo:

- Carcinogénicos físicos, tais como radiação ultravioleta e ionizante;
- Substâncias químicas cancerígenas, tais como amianto, componentes do fumo do tabaco, aflatoxina (um contaminante alimentar) e arsénio (um contaminante da água potável);
- Cancerígenos biológicos, tais como infeções de alguns vírus, bactérias ou parasitas.

A OMS, através da sua agência de investigação do cancro, Agência Internacional de Investigação sobre o Cancro (IARC), mantém uma classificação dos agentes causadores do cancro.

O envelhecimento é outro fator fundamental para o desenvolvimento do cancro. A incidência de cancro aumenta dramaticamente com a idade, provavelmente devido a uma acumulação de riscos para cancros específicos que aumentam com a idade. A acumulação de risco global é combinada com a tendência para que os mecanismos de reparação celular sejam menos eficazes à medida que a pessoa envelhece. (World Health Organization, 2011)

6.12 Fatores de risco para o cancro

De acordo com a OMS qualquer pessoa pode desenvolver cancro, mas algumas pessoas estão em maior risco devido a fatores comportamentais ou ambientais (aqueles que fumam tabaco, bebem álcool, têm excesso de peso ou obesos, não têm uma dieta saudável, têm um estilo de vida sedentário, ou estão expostos a certas infeções, radiação, Ou produtos químicos que causam cancro). Algumas pessoas nascem com alto risco hereditário de cancro. (World Health Organization, 2011)

O consumo de tabaco, o consumo de álcool, a dieta pouco saudável e a inatividade física são os principais fatores de risco de cancro em todo o mundo. Algumas infeções crônicas são fatores de risco para cancro e têm grande relevância em países de baixo e médio rendimento. (World Health Organization, 2011)

A hepatite B (HBV), o vírus da hepatite C (VHC) e alguns tipos de vírus do papiloma humano (HPV) aumentam o risco de cancro do fígado e do colo do útero, respetivamente. A infeção pelo VIH aumenta substancialmente o risco de cancro, como o cancro cervical.

6.13 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 conhecimento sobre as causas do cancro e as intervenções para prevenir e controlar a doença são extensos. 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 com cancro. Muitos doentes com cancro têm uma alta probabilidade de cura se detetados precocemente e tratados adequadamente. (World Health Organization, 2011)

6.14 Alterar e evitar fatores de risco

Segundo dados OMS mais de 30% das mortes por cancro poderiam ser prevenidas alterando ou evitando fatores de risco-chave:

- Uso do tabaco
- Estar acima do peso ou obesos
- Dieta insalubre com baixa ingestão de frutas e vegetais

- Falta de atividade física
- Uso de álcool
- Infecção por HPV sexualmente transmitida
- Infecção pelo VHB
- Radiações ionizantes e não ionizantes
- Poluição do ar urbano
- Fumo interna proveniente do uso doméstico de combustíveis sólidos.
- O tabagismo é o fator de risco mais importante para o cancro, causando cerca de 20% das mortes por cancro global e cerca de 70% das mortes por cancro de pulmão. Em muitos países de baixo rendimento, até 20% das mortes por cancro são devidas à infecção pelo HBV (hepatite B) e HPV.

6.15 Fatores de Risco

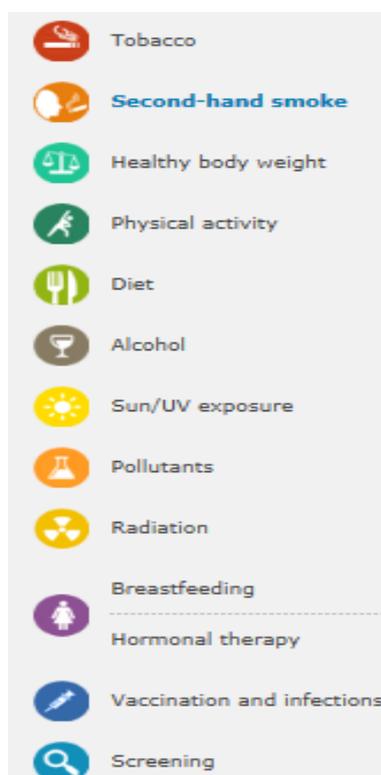


Figura 7 – Fonte World Health Organization

6.16 Estratégias de prevenção

- Evitar os fatores de risco na lista acima.
- Prevenção primária com a Vacina contra o vírus do papiloma humano (HPV) e o vírus da hepatite B (HBV). Controle de riscos ocupacionais.
- Reduzir a exposição à radiação não ionizante pela luz solar. (UV)
- Reduzir a exposição às radiações ionizantes (imagiologia diagnóstica ocupacional ou médica).

6.17 Diagnóstico precoce

A conscientização de sinais e sintomas precoces (para tipos de cancro como pele, cervical, mama, colo-retal e oral), a fim de obtê-los diagnosticados e tratados no estágio inicial. O diagnóstico precoce é particularmente relevante quando não há métodos de rastreio eficazes ou como em muitos contextos com poucos recursos não são implementadas intervenções de rastreio e tratamento. Na ausência de qualquer deteção precoce ou triagem e intervenção no tratamento, os pacientes são diagnosticados em estágios muito tardios, quando o tratamento curativo já não é uma opção.

6.18 Rastreios

O rastreio visa identificar indivíduos com anormalidades sugestivas de um cancro específico ou pré-cancro e encaminhá-los prontamente para tratamento ou quando viável para diagnóstico e tratamento. Os programas de triagem são especialmente eficazes para os tipos de cancro frequentes para os quais os testes de rastreamento económicos, acessíveis, aceitáveis e acessíveis estão disponíveis para a maioria da população em risco.

Exemplos de métodos de rastreio são:

- Inspeção visual com ácido acético (VIA) para o cancro do colo do útero em contextos de baixos recursos;
- HPV para o cancro do colo do útero;
- Teste de citologia Papanicolau para cancro cervical em ambientes de rendimento médio e alto;
- Mamografia para o cancro de mama em contextos de alto rendimento.

6.19 Tratamento

Um diagnóstico correto de cancro é essencial para um tratamento adequado e eficaz porque cada tipo de cancro requer um regime de tratamento específico que engloba uma ou mais modalidades, tais como cirurgia, e / ou radioterapia e / ou quimioterapia. O objetivo principal é curar o cancro ou prolongar consideravelmente a vida. Melhorar a qualidade de vida do paciente também é um objetivo importante. Pode ser conseguido através de cuidados de apoio ou paliativos e apoio psicológico.

Os principais objetivos de um programa de diagnóstico e tratamento de cancro são curar ou prolongar consideravelmente a vida dos pacientes e garantir a melhor qualidade de vida possível aos sobreviventes de cancro.

Os programas de tratamento mais eficazes e eficientes são aqueles que:

- a) São prestados de forma sustentada e equitativa;
- b) Estão ligados à deteção precoce;
- c) Aderir a padrões de cuidados baseados em evidências e a uma abordagem multidisciplinar.

Esses programas também garantem uma terapia adequada para os tipos de cancro que, embora não passíveis de deteção precoce, têm alto potencial para serem curados (como seminoma metastático e leucemia linfática aguda em crianças) ou têm uma boa oportunidade de prolongar a sobrevivência de forma significativa tais como cancro da mama e linfomas avançados).

6.20 Potencial de cura entre os cancros

Alguns dos tipos de cancro mais comuns, como cancro de mama, cancro cervical, cancro bucal e cancro colo-retal têm altas taxas de cura quando detetados precocemente e tratados de acordo com as melhores práticas.

6.21 Potencial de cura de alguns outros tipos de cancro

O primeiro passo crítico na gestão do cancro é estabelecer o diagnóstico com base no exame patológico. Uma série de testes é necessária para determinar a propagação do tumor. O estadiamento frequentemente requer recursos substanciais que podem ser proibitivos em ambientes com poucos recursos. Por causa do diagnóstico tardio, no entanto, uma consequência do acesso pobre aos cuidados, a maioria dos pacientes têm doença avançada em tais contextos.

Uma vez que o diagnóstico e o grau de disseminação do tumor foram estabelecidos, uma decisão deve ser tomada sobre o tratamento mais eficaz do cancro no dado ambiente. Alguns tipos de cancro, embora disseminados, como leucemias e linfomas em crianças, e seminoma testicular, têm altas taxas de cura se o tratamento adequado é fornecido.

6.22 Cuidados paliativos

Cuidados paliativos são tratamentos para aliviar, em vez de curar, os sintomas causados pelo cancro. Os cuidados paliativos podem ajudar as pessoas a viver mais confortavelmente. É uma necessidade humanitária urgente para pessoas em todo o mundo com cancro e outras doenças crônicas fatais. É particularmente necessário em locais com uma elevada proporção de doentes em estádios avançados onde há pouca possibilidade de cura. O alívio de problemas físicos, psicossociais e espirituais pode ser alcançado em mais de 90% dos pacientes com cancro avançado.

6.23 Estratégias de cuidados paliativos

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.

O acesso melhorado à morfina oral é obrigatório para o tratamento da dor moderada a grave do cancro, sofrida por mais de 80% dos pacientes com cancro em fase terminal.

6.24 Resposta da OMS

Em 2013, a OMS lançou o Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis 2013-2020 que visa reduzir até 25% a mortalidade prematura de cancro, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias crônicas até 2025.

Alguns dos alvos voluntários são mais relevantes para a prevenção do cancro, com o objetivo de reduzir a prevalência do tabagismo em 30%.

A OMS e a Agência Internacional de Investigação sobre o Cancro (IARC), colaboram com outras organizações das Nações Unidas no âmbito da Task Force Interagências das Nações Unidas para as Doenças Não Transmissíveis (2014) e parceiros para:

- Aumentar o compromisso político para a prevenção e controle do cancro;
- Coordenar e conduzir pesquisas sobre as causas do cancro humano e os mecanismos de carcinogénese;
- Monitorar o fardo de cancro (como parte do trabalho da Global Initiative on Cancer Registries GICR);
- Desenvolver estratégias científicas para prevenção e controle do cancro;
- Gerar novos conhecimentos e disseminar os conhecimentos existentes para facilitar o fornecimento de abordagens baseadas em evidências para o controle do cancro;
- Desenvolver padrões e ferramentas para orientar o planeamento e a implementação de intervenções de prevenção, deteção precoce, tratamento e cuidados;
- Facilitar redes amplas de parceiros e especialistas em controlo do cancro a nível global, regional e nacional;

- Fortalecer os sistemas de saúde nos níveis nacional e local para oferecer cura e cuidados para pacientes com cancro;
- Prestar assistência técnica para a transferência rápida e eficaz das intervenções de melhores práticas.

6.25 Perspetiva em Portugal

O cancro é uma doença do futuro e do presente que para além duma perspetiva clínica multidisciplinar, reclama uma abordagem política e social concertada, que se estende para além das estruturas da saúde.

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

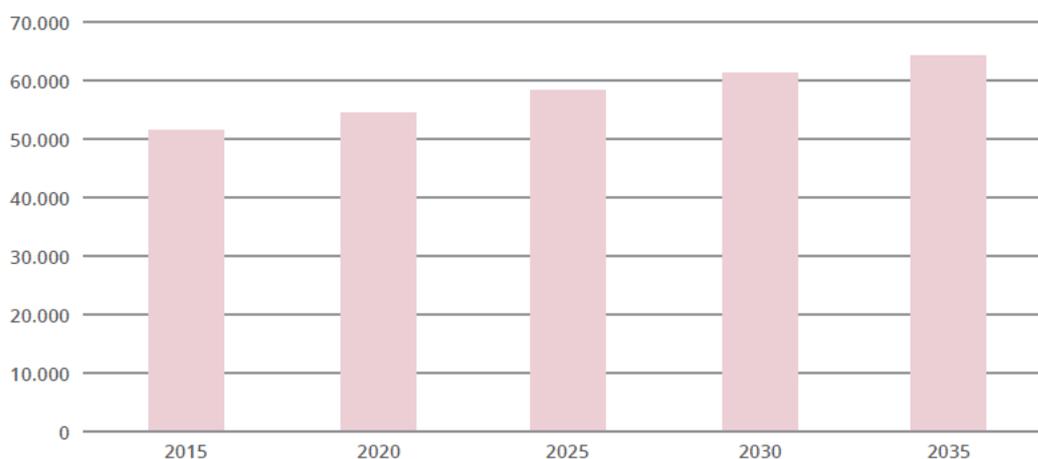


Figura 8 - Fonte IARC;2016

De acordo com os dados da DGS, a incidência de novos casos de tumores malignos tem vindo a aumentar regularmente. Entre 2019 e 2010 assistiu-se a um aumento de cerca de 4% dos casos em Portugal. (DGS, 2016)

6.27 Evolução da taxa de Incidência de Tumores Malignos



Figura 9 - Fonte: RORENO, RON 2010

6.28 Taxa de incidência de Tumores Malignos (100.000 habitantes) Portugal 2010

| | 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 |

Figura 10 - Fonte: RORENO, RON 2010

De acordo com dados do Programa Nacional para Doenças Oncológicas, com data de 2010, o cancro da Próstata é o tumor com maior incidência em Portugal seguindo-se o da Mama. (DGS, 2016)

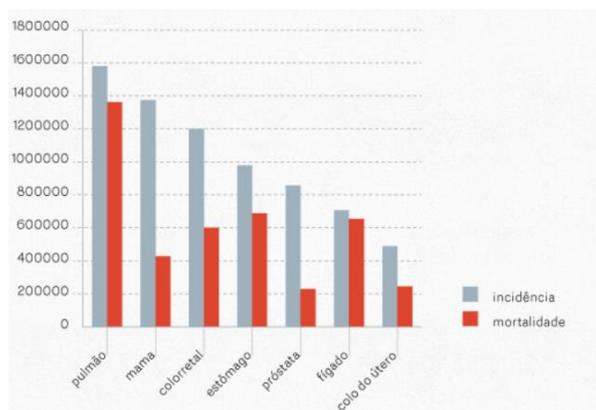


Figura 11 - Fonte: IARC

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. Em comparação com os dados obtidos na DGS em Portugal os tumores com maior incidência são os da próstata, mama, cólon somente depois destes surge o da traqueia, brônquios e pulmão. (International Agency for Research on Cancer, 2016)

Independentemente das causas, é óbvia a assimetria, que pode corresponder a estruturas demográficas diferentes, hábitos diferentes. Mas isto não modifica o facto de existirem necessidades também diferentes. (International Agency for Research on Cancer, 2016)

A comparação com os dados Mundiais, 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. (International Agency for Research on Cancer, 2016)

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

Só apostas na prevenção poderão modificar sensivelmente o atual panorama. Mais literacia mudar hábitos de alimentação e exercício, continuar com os programas de vacinação para alguns dos Cancros (HPV), Programas de Rastreio de Base Populacional, maior equidade (fazer chegar os rastreios às populações que estão mais distantes. Conseguir dar resposta após os Rastreios. (International Agency for Research on Cancer, 2016)

6.29 Taxa de incidência de Tumores Malignos, no sexo masculino, Portugal 2010 (100.000 habitantes)

| | 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 |

Figura 12 - Fonte: RORENO, RON 2010

6.30 Taxa de Incidência de Tumores Malignos (100.000 habitantes), no sexo Feminino, Portugal 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 |

Figura 13 - Fonte: RORENO, RON 2010

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 taxa de tabaco nesta Região. (RORENO, RON 2010)

6.31 Recomendações:

- ✓ Promover a literacia da população, tanto dos cidadãos em geral, como dos doentes e cuidadores.
- ✓ Monitorizar e estudar assimetrias regionais, para objetivar causas e identificar eventuais pontos de intervenção.
- ✓ Promover a igualdade inter-regional, no acesso aos rastreios oncológicos.
- ✓ Generalizar o programa de rastreio do cancro colo-retal.
- ✓ Monitorizar a efetividade terapêutica de novos fármacos e intervenções, através da implementação do registo oncológico nacional.

6.32 Tendências a nível Nacional

O controlo do cancro compreende diferentes vertentes, que vão da prevenção até ao diagnóstico e ao tratamento, passando pela investigação e pela formação. Possui, ainda, algumas características que justificam uma especificidade estratégica quanto à organização/prestação dos agentes envolvidos.

O ritmo vertiginoso do progresso científico e técnico provocou a subida dos custos dos equipamentos e dos tratamentos. Contudo, este desenvolvimento técnico e científico fez aumentar, ainda, os níveis de incerteza no diagnóstico e na decisão terapêutica, pela enorme dificuldade em dominar um campo imenso de conhecimento, o que impõe, como mecanismo de defesa, uma maior especialização dos recursos humanos, por um lado, e a abordagem multidisciplinar, por outro. (DGS, 2016)

6.33 Panorâmica a Nível Nacional

O rastreio do cancro permite detetar a doença ainda em fase subclínica e tem como objetivo reduzir a mortalidade por cancro através de um diagnóstico cada vez mais precoce da doença e das lesões precursoras.

Qualquer programa de rastreio está dependente de uma sequência de intervenções que vão 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. (Consensos, Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2014)

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2014), o rastreio organizado deve ser incentivado em detrimento do rastreio oportunista, dada a sua maior abrangência, a relação benefício/custo, pelo facto de ser um método socialmente equitativo e permite a padronização do controlo de qualidade. (Consensos, Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2014)

7 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. (Hologic, 2017)

O genoma viral do HPV é um ADN circular de cadeia dupla. Há seis genes precoces (E), dois genes tardios (L) e uma longa região de controlo não traduzida.

Os genes L1 e L2 codificam as proteínas das cápsides major e minor. Os genes precoces regulam a replicação viral do HPV. Os genes E6 e E7 dos genótipos de alto risco do HPV são oncogenes precursores para a doença. (Hologic, 2017)

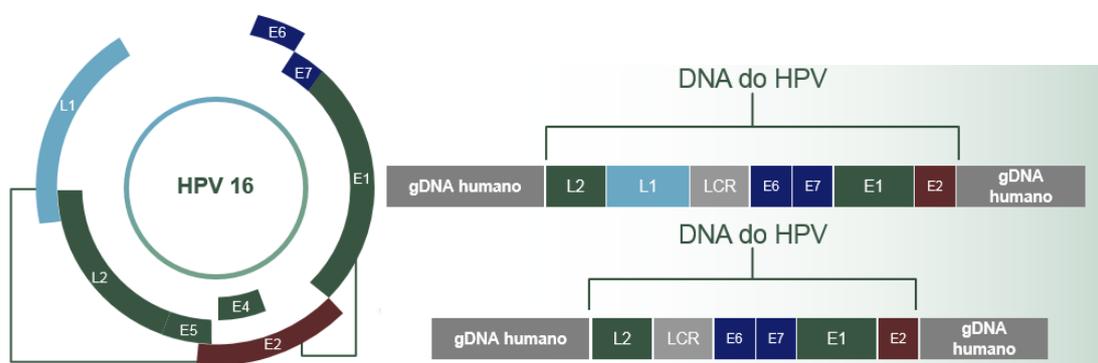


Figura 14 - Imagem da linearização do ADN para se integrar no ADN humano

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

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. Os doentes que apresentem uma infeção persistente com um desses tipos possuem um maior risco de desenvolver displasia grave ou carcinoma do colo do útero. (Hologic, 2017)

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.

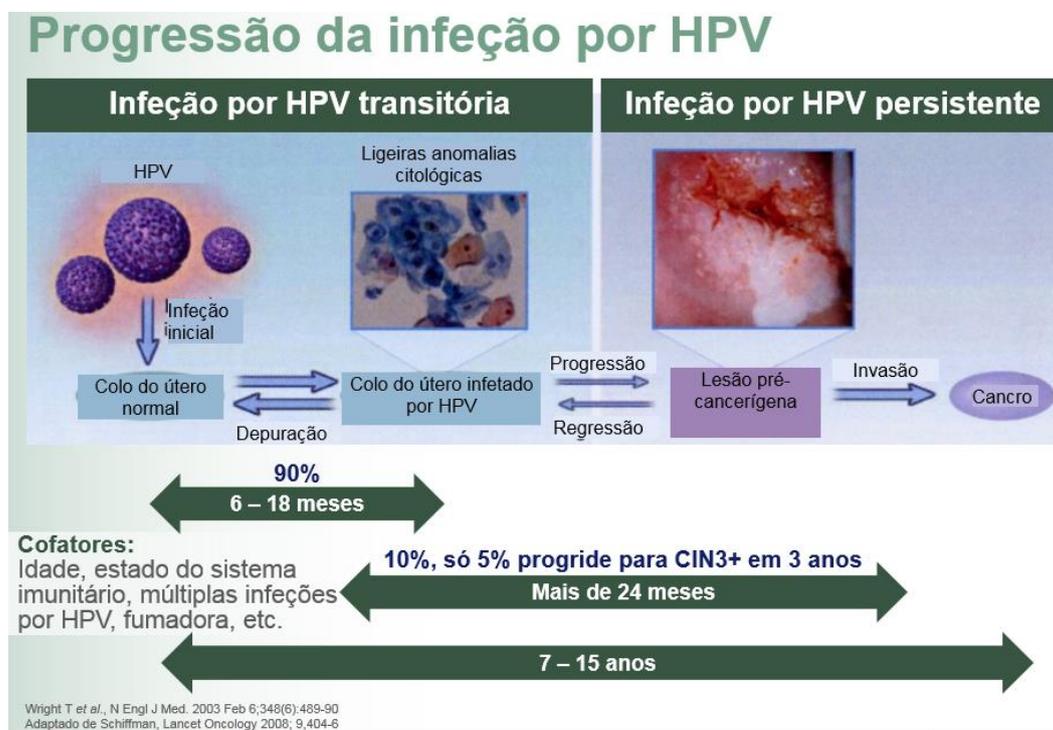


Figura 15:Progressão da infeção por HPV. (Adaptado de: Schiffman, lancet Oncology 2008).

O Cancro do Colo do Útero é considerado um dos cancros evitáveis mais frequente nas mulheres. O padrão epidemiológico da doença caracteriza-se por um período longo entre 7 a 15 anos, entre a deteção das primeiras lesões e a instalação da doença, favorecendo a sua inclusão em programas de rastreio organizados, por serem custo-eficientes e terem ganhos em saúde associados. (lancet Oncology, 2008)

Portugal é dos países da União Europeia, em que a mortalidade tem mais expressão. Ao contrário de muitos outros cancros, a principal causa do cancro do colo do útero não é hereditária, este é causado por um vírus, designado por Papilomavirus Humano, que provoca transformações nas células do colo uterino originando lesões, que podem ou não progredir para lesões cancerosas. (Consensos, Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2014)

A persistência das taxas elevadas de incidência e de mortalidade por cancro do colo do útero ao longo do ciclo da vida da mulher leva-nos a querer que existe baixa cobertura a nível nacional, por forma a permitir a deteção da doença nas fases mais precoces e em idades progressivamente mais jovens. (Consensos, Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2014)

De acordo com os dados nacionais mais de metade das mortes anuais ocorrem em mulheres com idade inferior a sessenta anos.

O cancro do colo do útero numa fase inicial pode não apresentar quaisquer sinais ou sintomas, surgindo estes, numa fase mais avançada. Assim os sinais e sintomas vão depender da fase da doença.

O facto de a maioria das vezes a doença ser detetada através do exame preventivo da citologia, pressupõe que a grande maioria das mulheres com diagnóstico de cancro do colo do útero, está na fase inicial e é assintomática.

Quando a doença se agrava a hemorragia vaginal é o sintoma mais comum. Em mulheres sexualmente ativas, apresenta-se habitualmente na forma de coitorragias, podendo também ser uma hemorragia intermenstrual ou pós menopausica. Em mulheres sem atividade sexual o cancro cervical pode permanecer assintomático até um estágio avançado.

Grandes neoplasias infetam com frequência e a leucorreia com mau cheiro, pode ocorrer antes do início da hemorragia. Em casos avançados a dor pélvica, abdominal ou dorsal, a sensação de peso hipogástrico ou sintomatologia urinária e/ou rectal podem ser os sintomas de apresentação.

Nesta fase pode também surgir dor durante as relações sexuais, perda de peso, anorexia, anemia e edema dos membros inferiores.

A prevenção é uma intervenção de saúde, cuja finalidade consiste em abranger um conjunto de ações que visam evitar ou reduzir a gravidade e o número de problemas de saúde.

Atendendo à história natural do Cancro do Colo do Útero, à magnitude, à transcendência social e económica, à vulnerabilidade, à prevenção e ao tratamento, as estratégias para minimizar o seu impacto na saúde das mulheres deverão ser, obrigatoriamente, abrangentes e complementares.

8 Estratégias integradas:

Na última década tem-se testemunhado progressos substanciais nas duas frentes para o controle do cancro cervical: rastreio e vacinação. A experiência com a vacina atingiu apenas 10 anos, a maioria dos países com altos rendimentos foram os primeiros a adotar a vacina universal do HPV, financiada publicamente agora expandida para meninos. (Eduardo, Franco 2016)

8.1 Prevenção primária

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

Estes programas devem ir de encontro à adoção de comportamentos sexuais seguros contribuindo para uma parte crucial da prevenção, já que a transmissão do vírus pressupõe contacto sexual. O início das relações sexuais mais tardio, o uso do preservativo que previne o contacto, se concomitantemente houver limitação do número de parceiros sexuais, então conseguimos, uma redução significativa do risco de contágio. Atualmente, a abordagem da prevenção do cancro do colo do útero, implica referir aquela que constitui a mais recente arma preventiva da neoplasia feminina – a vacina. No caso concreto de

Portugal, apesar de comercializada desde 2007, só no final de 2008 passou a fazer parte do plano nacional de vacinação, abrangendo jovens dos treze aos dezassete anos. A vacinação de mulheres para além dos 26 anos tem uma relação custo/benefício discutível em termos de saúde pública.

A idade proposta pela DGS teve em conta o facto de que a vacina deve ser ministrada antes do início da atividade sexual. No entanto, a vacinação também permite proteção noutras idades, mesmo após a exposição ao vírus, sendo que essa proteção é direcionada a outras estirpes virais.

A vacina quadrivalente contra o HPV (4HPV) incluída no Plano Nacional de Vacinação é ativa contra os 4 subtipos HPV oncogénicos dois de Baixo Risco e 2 de Alto Risco (6, 11, 16 e 18) responsáveis por cerca de 70% das neoplasias cervicais. A vacina nonavalente (9HPV) é ativa contra 9 subtipos HPV, incluindo os da 4HPV e adicionalmente os subtipos 31, 33, 45, 52, e 58 que são responsáveis por mais de 20% dos cancros do colo do útero.

8.2 Prevenção secundária

A prevenção secundária consiste na deteção precoce de lesões pré malignas – através de programas de rastreio organizado que preveem a convocação das mulheres dos grupos alvo identificados, de acordo com uma calendarização definida e com ligações efetivas entre todos os níveis de cuidados.

A estratégia da prevenção secundária que faz a deteção precoce da doença, tentando assim minimizar as suas consequências, associada à prevenção primária através da modificação dos hábitos comportamentais de risco, campanhas de incentivo ao rastreio do cancro do colo do útero e à inclusão das vacinas no plano nacional de vacinação. Estas duas formas complementam-se e a sua associação vai melhorar a eficiência de qualquer programa de combate ao cancro do colo do útero. Os rastreios do cancro do colo do útero poderão ser feitos através de citologia convencional também conhecido pelo Papanicolau, através da citologia em meio líquido ou através do teste de HPV primário ou em conjunto citologia.

8.3 Prevenção terciária

A prevenção terciária consiste no diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para os casos mais avançados da doença, assegurando a continuidade de cuidados através da acessibilidade a todos os níveis de intervenção dos serviços de saúde.

9 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.

A Sociedade Portuguesa de Ginecologia preconiza que o início do rastreio seja rastreio oportuníssimo, este deve realizar-se três anos após o início de relações sexuais. Deve ser feito a todas as mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos. Inicialmente, o rastreio deve ser feito uma vez por ano. Depois de ter dois resultados do exame normais, deve fazer-se o rastreio de três em três anos. O rastreio proporciona a melhor proteção possível se for repetido com regularidade.

De acordo com os dados do INE os rastreios estão implementados em todas as Administrações Regionais de Saúde, Coimbra foi o primeiro em meados de 1999, seguindo-se outros, a região de Lisboa e Vale do Tejo é uma exceção ainda não tem rastreio de base populacional implementado.

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

Devemos pensar nos ganhos que se podem obter com a implementação de medidas preventivas, quer na sociedade, quer nas finanças públicas quer no país. Os custos contabilizáveis e não contabilizáveis associados à doença oncológica, poupariam milhões ao investir na prevenção.

Do total de mulheres de Portugal Continental elegíveis para rastreio do cancro do colo do útero entre 2014 e 2015, apenas cerca de 21% estão cobertas por rastreios organizados de base populacional e somente 16% são rastreadas através destes programas de rastreio.

Relativamente ao ano anterior de 2013 a cobertura populacional total diminuiu mas o número de mulheres rastreadas aumentou. Foram convocadas menos mulheres para rastreio (menos 23.865) mas houve um aumento na adesão ao rastreio que se refletiu num número superior de mulheres rastreadas (mais 35.954)

10 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% |

Figura 16 - Fonte INE 2013 (ano com o últimos dados populacionais disponíveis)

11 Rastreio Cancro do Colo do Útero no Alentejo

O Rastreio Organizado de Base Populacional do Cancro do Colo do Útero do Alentejo foi implementado em 2008, o teste de rastreio usado é a citologia em meio líquido com teste HPV em todas as citologias anómalas. A aferição é feita em unidades de patologia cervical nos 4 hospitais da região, Hospital Espírito Santo de Évora, Unidade Local de saúde Baixo Alentejo, Unidade Local Saúde Norte Alentejano e no Hospital do Litoral Alentejano. (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.

A monitorização e avaliação do programa permite uma monitorização ao minuto. O controlo de qualidade deste rastreio é efetuado de forma primária na citologia conforme os objetivos do programa, avaliação cruzada em todos os positivos, e em 10% dos negativos é efetuada a apreciação das colheitas não satisfatórias que tem estado sempre abaixo do esperado.

Os 4 ACES da região Alentejo estão cobertos pelo rastreio cancro do colo do útero. (ARSA,2017)

12 Constrangimentos Identificados pela ARS do Alentejo

Foram identificados os seguintes constrangimentos transversais a todos os programas de rastreio oncológico de base populacional a nível nacional:

- Sustentabilidade financeira dos programas de rastreio através da dotação financeira às ARS para suportarem os encargos inerentes à realização dos programas prioritários de rastreio de base populacional deve ser inequívoca e sustentada no tempo, para não se criarem hiatos que paralitem este processo, que uma vez iniciado não deve ser mais interrompido, a não ser que os resultados das avaliações de acompanhamento assim o determinem. (ARSA, 2011)

Apenas a evidência científica e os resultados da monitorização e avaliação poderão ditar a sua suspensão. A existência de uma linha de financiamento específica para esta atividade, criará as condições efetivas para a implementação, desenvolvimento e manutenção das atividades de rastreio em todas as Regiões de Saúde, concretizando políticas de saúde pública, de aposta na prevenção da doença e de promoção da equidade e do acesso a cuidados de saúde, com ganhos efetivos em saúde para as populações e sociedade em geral.

- Mecanismos de contratação de serviços indispensáveis à prossecução dos programas de rastreio. Importa encontrar mecanismos de contratação dos serviços indispensáveis à prossecução dos programas de rastreio (realização do exame, leitura, e resposta ao tratamentos dos casos identificados com essa necessidade). Estes problemas tornam-se mais prementes nas ARS com população elegível mais numerosa, já que implicam, pelo encargo financeiro, inerente procedimentos processuais mais complexos e morosos que não se coadunam com uma atividade que se pretende continuada e absorvida pela rotina dos serviços;

- Criação de Indicadores de Contratualização de exames de rastreio de base populacional. A concertação na definição de quais são os resultados que devem prefigurar como demonstrativo da atividade de rastreio realizada nos cuidados primários de saúde é fundamental. Não se podem definir obrigações às ARS no cumprimento das metas definidas no PNDO (despacho 4808/2013) e depois serem fixados indicadores de contratualização com base em registos de resultado de rastreio oportunistas efetuados muitos deles em parte incerta;

- Uniformização dos preços definidos para os atos negociados

A existência de preços diferentes para cada ARS no que diz respeito aos MCDT e consultas necessários à execução dos programas de rastreio implica penalização financeira das ARS onde os preços são mais elevados promovendo desigualdades regionais que no limite podem por em causa a continuação/alargamento desses programas de rastreio.

- Necessidade de aprovação de portaria conjunta de repartição de encargos nos diferentes anos civis.

- Relativamente ao trabalho de interoperabilidade que os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) estão a desenvolver sobre o sistema de informação dos rastreios com e para as 5 Regiões, espera-se que o mesmo venha a concretizar-se a breve trecho, beneficiando deste trabalho a Região

Norte como Região piloto, mas também as restantes Regiões, uniformizando as metodologias de trabalho em matéria de rastreios nas 5 Regiões de Saúde e facilitando a utilização de uma plataforma comum do Serviço Nacional de Saúde.

Alguns dos constrangimentos identificados no ano de 2014 foram resolvidos ou estão em vias de desenvolvimento:

- Foram assinados em maio de 2016 novos protocolos entre a ARS Alentejo e a LPCC que já contemplam a integração dos 4 Centros de Saúde da ARSLVT na ARS Alentejo do ACES Alentejo Litoral que permite que as utentes sejam referenciadas para hospitais do Alentejo e não para o hospital de Setúbal.
- Estão em fase de resolução aspetos essenciais como a integração com o RNU (garantia de eliminação dos óbitos e correção das moradas, minimizando o elevadíssimo número de cartas devolvidas) e a integração com os sistemas de informação de base (SClinico), e a disponibilização automática dos resultados de rastreio também no SClinico,

13 Análise S.W.O.T. - Rastreio do Cancro do Colo do Útero do Alentejo

Após uma análise Swot feita pela Direção da Administração Regional de Saúde ao Programa de Rastreio do Alentejo estes foram os resultados apresentados. Podemos verificar que os pontos fortes e oportunidades são superiores às ameaças e pontos fracos. (ARSA, 2011)

13.1 Pontos Fortes

- 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

13.2 Oportunidades

- Renovação de materiais da consulta de Saúde da Mulher – mesas ginecológicas e de apoio
- 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

13.3 Ameaças

- 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

13.4 Pontos Fracos

- 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)

14 Rastreio do Cancro do colo do útero do Alentejo dados de 2008 ao início de 2017

14.1 Adesão do Programa de Rastreio

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

| | População | 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% |

Figura 17 - Fonte do Hospital Espírito Santo de Évora – Serviço de Anatomia Patológica

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

| | População Alvo | População elegível | Convidados | | Marcadas | | Citologias | | Taxa Adesão |
|-------------|----------------|--------------------|------------|--------|----------|--------|------------|--------|-------------|
| | | | 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% |

Figura 18 - Fonte do Hospital Espírito Santo de Évora – Serviço de Anatomia Patologica

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

| | População Alvo | População elegível | Convidados | | Marcadas | | Citologias | | Taxa Adesão |
|-------------|----------------|--------------------|------------|--------|----------|--------|------------|--------|-------------|
| | | | Número | PA | Número | PA | Número | PA | |
| 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% |

Figura 19 - Fonte do Hospital Espírito Santo de Évora – Serviço de Anatomia Patologica

4ª 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% |

Figura 20 - Fonte do Hospital Espírito Santo de Évora – Serviço de Anatomia Patológica

De acordo com os resultados fornecidos gentilmente pelo Serviço de Anatomia do Hospital Patológica do Hospital Espírito Santo de Évora o Rastreio do Cancro do Colo do Útero da Região do Alentejo tem uma taxa adesão de 83% ao longo dos anos (2008-2017), também podemos observar que as taxas de adesão estão a diminuir com o passar dos anos. (Hospital Espírito Santo de Évora, 2017)

Desde o início do programa de rastreio 2008 foram recebidos no serviço de Anatomia Patológico 190.618 exames citológicos, foram analisados 189.702. Total de casos normais 185.619. citologias anómalas 3153 positivas 35e insatisfatórias 918 lâminas.

De acordo com os resultados citológicos e com a concordância da histologia.

Na primeira volta do Rastreio 2008-2010 foram efetuadas 78462 citologias o número de Carcinoma escamosos foram 16, entre as idades dos 35> 64, com maior número de casos entre os 45-49 anos e 5 casos de adenocarcinomas.

Na segunda volta do rastreio 2011-2013 foram efetuadas 61.508 citologias e identificados o número de Carcinomas Escamosos foi de 8, com o maior número de casos na faixa etária dos 45-49. Adenocarcinoma 4 casos entre os 35 e os 54 anos.

Na terceira volta 2014-2016 o número de testes efetuados foi de 49.409 o número de carcinomas escamosos 1 entre os 35-39 anos não se verificaram adenocarcinomas.

Na quarta volta 2017 até 17.04.2017 foram efetuadas 4039 citologias e não foram identificados qualquer tipo de carcinoma escamoso ou adenocarcinoma. (Hospital Espírito Santo de Évora, 2017)

14.2 Resultados das Citologias Realizadas entre 2008 e 2017

ARSA - Administração Regional de Saúde do Alentejo

volta: 1

RCCU - Rastreio do Cancro do Colo do Útero

Resultados das Citologias Realizadas (por grupo etário)

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 |

Impresso em: 17-04-2017, 14:09

Página 1 de 1

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 |

Impresso em: 17-04-2017, 14:10

Página 1 de 1

ARSA - Administração Regional de Saúde do Alentejo

volta: 3

RCCU - Rastreio do Cancro do Colo do Útero

Resultados das Citologias Realizadas (por grupo etário)

data inicio: 2014-01-01

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 | | 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 |

Impresso em: 17-04-2017, 14:11

Página 1 de 1

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 |

Impresso em: 17-04-2017, 14:11

Página 1 de 1

De acordo com os dados fornecidos pela ARSA entre os anos 2008 e 2017 conseguimos observar que nos primeiros anos do Programa de Rastreio foram identificados vários Carcinomas Escamosos e Adenocarcinomas, estes números elevados demonstram a ausência de um Programa de Rastreio Organizado, que começam a reduzir com o caminhar dos anos de um Programa de Rastreio.

- Entre 2008 e 2010 foram identificados 15 Carcinomas Escamosos e 5 Adenocarcinomas
- Entre 2011 e 2013 foram identificados 08 Carcinomas Escamosos e 4 Adenocarcinomas
- Entre 2014 e 2016 foram identificados 01 Carcinoma Escamoso e 0 Adenocarcinomas
- Em 2017 não foi diagnosticado qualquer tipo de Cancro.

Os Programas de Rastreio Organizados são uma forma de prevenção eficaz deste tumor, pois permitem detetar precocemente lesões pré-malignas, não invasivas e é realizado em populações presumivelmente sem a doença. A redução da taxa de incidência e da taxa de mortalidade por esta patologia está na base de adoção de medidas de prevenção Primária e Secundária. (Plano Oncológico Nacional, 2005)

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).

Qualquer programa de rastreio está dependente de uma sequência de intervenções, em tempo útil e de forma integrada, que vão desde a identificação da população alvo até à terapêutica e vigilância após tratamento, passando pelos processos de convocação da população definida ou pelo diagnóstico. (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2011).

15 Discussão:

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. Há 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, estará previsto para um futuro próximo, de acordo com observações da DGS.

Quando comparadas as taxas de incidência entre Portugal e a Nível Mundial poderemos verificar de acordo com os dados há ligeiras diferenças, que corresponde 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.

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 estes, numa fase mais avançada da doença, daí a importância elevada de rastreios organizados, só desta forma poderemos detetar estas situações.

A doença poderá ser detetada através de um simples exame citológico chamado Papanicolau ou citologia em meio Líquido ou teste de HPV, onde se pressupõe que a grande maioria das mulheres com diagnóstico de cancro do colo do útero, está na fase

inicial e é assintomática. O padrão epidemiológico da doença caracteriza-se por um período longo entre a deteção das primeiras lesões e aparecimento da doença, cerca de 7 a 15 anos, favorecendo a sua inclusão em programas de rastreio organizados, por serem custo-eficientes e terem ganhos em saúde associados. Os custos contabilizáveis e não contabilizáveis associados à doença oncológica poupariam milhões ao investir na prevenção.

As tendências a adotar não são muito diferentes das dos outros países, passando por maior e mais literacia às populações, prevenção primária com os programas de rastreio. De acordo com a WHO as convocatórias para os rastreios de rastreio do cancro do colo do útero organizados de base populacional, poderão prevenir mais de 80% dos casos.

A persistência das taxas elevadas de incidência e de mortalidade por cancro do colo do útero ao longo do ciclo da vida da mulher leva a acreditar que existe baixa cobertura a nível nacional, por forma a permitir a deteção da doença nas fases mais precoces e em idades progressivamente mais jovens. Esta falta de cobertura poderá ser pelos diferentes motivos, mulheres que não aparecem nas convocatórias, desconhecimento que o exame é gratuito, pouca informação sobre a doença e seus efeitos.

Através dos dados do Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero fornecidos pela ARS do Alentejo consegue-se observar uma redução da doença e mortes causadas pelo CCU de ano para ano.

16 Referências:

- <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/en/>
- <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/ecac-12-ways/second-hand-smoke-recommendation>
- <https://www.cancer.gov/research/progress/snapshots/cervical>
- <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/about-cancer/is-cancer-avoidable>
- European Codettttt against Cancer, 4th Edition: Cancer screening
- http://cancer-code-europe.iarc.fr/images/doc/14_Screening.pdf
- <http://www.spginecologia.pt/uploads/Livro-de-Consenso-prova-3-FINAL.pdf>
- <http://www.hologic.com/>
- <http://www.who.int/features/qa/15/en/> tat
- <https://www.dgs.pt/.../vacinacao-contrainfeccoes-por-virus-do-papiloma-humano-hp>
- <https://www.gov.uk/guidance/cervical-screening-programme-overview>
- <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/Rastreios/barccu/Paginas/barccu.aspx>
- <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2011/11/women-and-cancer-screening-and-treatment-save-lives>
- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/105132/1/9789275318331_spa.pdf?ua=1
- <https://nacoesunidas.org/oms-lanca-versao-em-portugues-de-guia-para-prevencao-do-cancer-de-colo-do-utero/>

17 Anexos

| | |
|---|---|
| Estatísticas ACES – Parte 1 |  1_estatisticas_ACES.pdf |
| Estatísticas ACES – Parte 2 |  2_estatisticas_ACES.pdf |
| Estatísticas ACES – Parte 3 |  3_estatisticas_ACES.pdf |
| Estatísticas ACES – Parte 4 |  4_estatisticas_ACES.pdf |
| Estatísticas Patologia Cervical – Parte 1 |  estatistica_patologia_cervical.pdf |
| Estatísticas Patologia Cervical – Parte 2 |  estatistica_patologia_cervical2.pdf |
| Estatísticas Patologia Cervical – Parte 3 |  estatistica_patologia_cervical3.pdf |
| Estatísticas Patologia Cervical – Parte 4 |  estatistica_patologia_cervical4.pdf |
| Dados/Informação do Alentejo |  Informação do Alentejo.xlsx |
| Controlo de Qualidade |  reportPDF.pdf |
| Resultados do Rastreio do Alentejo |  Resultados do Rastreio do Alentejo.x |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Resultados Colpocitologias – Parte 1 |  resultados_colpocitol ogias.pdf |
| Resultados Colpocitologias – Parte 2 |  resultados_colpocitol ogias2.pdf |
| Resultados Colpocitologias – Parte 3 |  resultados_colpocitol ogias3.pdf |
| Resultados Colpocitologias – Parte 4 |  resultados_colpocitol ogias4.pdf |