



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA - TRABALHO FINAL

ADÉLIA FILIPA LOPES DE SÁ

**RASTREIOS POPULACIONAIS ORGANIZADOS NA POPULAÇÃO FEMININA EM
PORTUGAL: OS RESULTADOS DOS INDICADORES EM 2017 E 2018**

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação científica de:

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO

FEVEREIRO/2020

RASTREIOS POPULACIONAIS ORGANIZADOS NA POPULAÇÃO FEMININA EM PORTUGAL: OS RESULTADOS DOS INDICADORES EM 2017 E 2018

Adélia Filipa Lopes de Sá ¹

Professor Doutor Luiz Miguel Santiago ²

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal. ORCID: 0000-0002-6283-1286.

² Professor Associado com Agregação na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Consultor, Assistente Graduado Sénior em Medicina Geral e Familiar. ORCID: 0000-0002-9343-2827.

Azinhaga de Santa Comba, Celas
3000 - 548 Coimbra

Índice

Lista de abreviaturas e siglas	4
Resumo.....	5
<i>Abstract</i>	6
Introdução	8
Métodos	10
Resultados	12
Discussão.....	15
Conclusão	18
Agradecimentos	19
Referências bibliográficas	20

Lista de abreviaturas e siglas

HPV - Vírus do Papiloma Humano

DGS - Direção-Geral da Saúde

PNDO - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

TMRG - Tempo Máximo de Resposta Garantido

UE - União Europeia

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

ARS - Administrações Regionais de Saúde

ID44 - Indicador 44

ID45 - Indicador 45

PCR - Reação em Cadeia de Polimerase

LVT - Lisboa e Vale do Tejo

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

Ic - Intervalo de Confiança

Resumo

Introdução: As neoplasias constituem a segunda causa de morte em Portugal. Em 2018, 1788 senhoras faleceram por cancro da mama e 225 por cancro do colo uterino. A avaliação e monitorização dos programas de rastreio é uma medida crucial permitindo a redução da mortalidade por essas doenças. Assim, este estudo teve como objetivo analisar indicadores que exprimem a proporção de mulheres elegíveis com registo dos rastreios das neoplasias em questão. Realizou-se uma avaliação temporal e geográfica, para verificar a evolução da implementação dos programas e eventuais diferenças de desempenho regional em Portugal.

Métodos: Realizou-se um estudo observacional transversal de dados colhidos da plataforma online, Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, cuja amostra incluiu 31 Agrupamentos de Centros de Saúde das 5 Administrações Regionais de Saúde (ARS). Analisaram-se dados de dois indicadores, ID44 - “Proporção de mulheres entre [50; 70[anos, com mamografia registada nos últimos dois anos” e ID45 - “Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado”, em indicador flutuante, do mês de Dezembro de 2017 e 2018. Compararam-se as médias nacionais e das ARS, em ambos os anos. Verificou-se distribuição estatística normal e aplicou-se estatística paramétrica (Teste T de Student e ANOVA), considerando-se diferença estatística significativa para $p < 0,001$.

Resultados: Não se verificou diferença significativa entre as médias nacionais no biénio, de ambos os indicadores (ID44: $p=0,725$ e ID45: $p=0,904$). Já entre as médias das ARS, detetou-se uma diferença significativa, em ambos os anos, nos dois indicadores. No ID44, a ARS do Alentejo obteve o melhor resultado em 2017 e a ARS do Centro em 2018, com a ARS do Algarve em último lugar nos dois anos. No ID45, a ARS do Norte alcançou o valor mais elevado e a ARS do Algarve, novamente, o mais baixo, quer em 2017, quer em 2018.

Discussão: A eficácia de um programa de rastreio depende de uma sequência de intervenções. Neste caso, uma falência da identificação da população alvo, da convocatória, da adesão das utentes ou do registo dos resultados pode fundamentar os valores obtidos.

Conclusão: Apesar de se ter verificado uma evolução positiva no número de rastreadas, de 2017 para 2018, este não foi significativo. Detetou-se também uma persistência da inequidade dos mesmos entre as regiões de saúde. Conclui-se assim que são necessárias medidas de reforço e de maior discriminação dos indicadores.

Palavras-Chave: Neoplasias da Mama, Neoplasias do Colo do Útero, Medicina Preventiva, Rastreio, Medicina Geral e Familiar.

Abstract

Introduction: Neoplasms constitute the second leading cause of death in Portugal. In 2018, 1788 women died from breast cancer and 225 from cervical cancer. Assessing and monitoring screening programs is a crucial measure for reducing mortality. This study aimed to analyze indicators that explain the proportion between target women and women registered as having been screened for breast and cervical cancer. A temporal and geographical assessment was made in order to verify the trends in the implementation of these screening programs as well as eventual differences in regional performance across Portugal.

Methods: An observational transversal study of data gathered from the online platform “Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários” was performed. The sample included 31 Health Center Groups from the 5 Regional Health Administrations (ARS). Data with two indicators, ID44 - “Proporção de mulheres entre [50; 70[anos, com mamografia registada nos últimos dois anos” and ID45 - “Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado”, were analyzed. The indicators were relative to the 12 months preceding December of 2017 and 2018. The national and ARS averages were compared. A normal distribution was obtained and therefore parametric statistics was applied (Student T Test and ANOVA), with a statistical significance being considered for $p < 0,001$.

Results: No significant difference was verified between the national average for the two years period for both indicators (ID44: $p=0,725$ and ID45: $p=0,904$). Regarding the ARS average a significant difference was detected for both years and for both indicators. Concerning ID44, the ARS of Alentejo and the ARS of Center had respectively the best score in 2017 in 2018. The ARS of Algarve was placed last for both years. Regarding ID45, the ARS of Norte achieved the highest score and the ARS of Algarve, once again, scored the lowest, for both years.

Discussion: The efficiency of a screening program depends on a series of interventions. The final values can be a result of a myriad of failures, such as a failure on finding the target population, of noticing the target individuals, of a lack of patient participation or even stemming from result registering errors.

Conclusion: A positive trend in evolution on the number of screened women has been verified, yet this difference (between 2017 and 2018) is not significant. The inequity between

the health regions was detected. Thus, one can conclude that necessary reinforcement measures must be taken into practice as well as a greater discrimination of indicators.

Keywords: Breast Neoplasms, Uterine Cervical Neoplasms, Preventive Medicine, Screening, General Practice, Family Medicine.

Introdução

As doenças oncológicas constituem a segunda causa de morte em Portugal, sendo mesmo a primeira antes dos 65 anos de idade. ¹ Em 2018, registaram-se um total de 113 573 óbitos no nosso país, sendo que 27 929 dos casos deveram-se a tumores malignos, nomeadamente, 1788 indivíduos faleceram por cancro da mama e 225 por cancro do colo do útero. ²

Assim, não só pela mortalidade, mas também pela incidência e morbilidade associadas ao cancro do sexo feminino, percebe-se que este tema é de extrema importância, sendo crucial atuar de forma a minimizar o seu impacto. Para tal, é necessária a promoção da diminuição da exposição a fatores de risco - prevenção primária, como vacinação contra o Vírus do Papiloma Humano (HPV) - e da deteção precoce da doença - prevenção secundária. ³

Neste sentido, os rastreios oncológicos de base populacional assumem um papel preponderante. Por um lado, ao fomentarem a literacia e controlo de fatores de risco contribuem para a promoção da saúde. ⁴ Além disso, ao identificarem lesões precursoras ou estádios iniciais da doença, possibilitam a utilização de terapêuticas cirúrgicas menos invasivas, levando à redução da mortalidade e morbilidade. ⁴

Em 2016, a Direção-Geral da Saúde (DGS) desenvolveu diversos programas de saúde prioritários, sendo um deles o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (PNDO). ⁵ Em Portugal, o programa de rastreio do cancro da mama destina-se às mulheres com idade compreendida entre os 50 e os 69 anos inclusive, estando indicada a mamografia com dupla leitura como teste primário, a qual deve ser realizada de 2 em 2 anos. ⁴ Já o rastreio do cancro do colo do útero dirige-se à população feminina com idade compreendida entre os 25 e os 60 anos inclusive, consistindo na pesquisa de ácidos nucleicos dos serotipos oncogénicos do HPV, em citologia vaginal, a realizar de 5 em 5 anos. ⁴

De forma a garantir o sucesso do PNDO foram definidas metas de saúde para 2020, nomeadamente, promover a integração dos cuidados entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, reduzir a percentagem de cirurgias oncológicas que ultrapassa o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) para menos de 10%, expandir a cobertura dos rastreios a todo o país e aumentar as taxas de cobertura geográfica. ¹

Em 2018, a taxa de adesão ao rastreio do cancro da mama foi de 63,5% e a taxa de cobertura geográfica de 84,4%. ¹ No que diz respeito ao cancro do colo do útero, verificou-se uma taxa de adesão de 88,5% e uma taxa de cobertura geográfica de 98,4%. ¹

Estudos mais recentes, verificaram que as taxas de rastreio em Portugal continuam a aumentar, sendo de 84% para o cancro da mama e de 71% para o cancro do colo uterino, estando acima da média da União Europeia (UE) que é de 61% e 66%, respetivamente. ⁶ Tais resultados refletem-se numa melhoria das taxas de sobrevivência a 5 anos. ⁶

Apesar do perfil ascendente dos resultados alcançados pelo PNDO, mantém-se a necessidade de uma avaliação e monitorização do mesmo, de forma a identificar oportunidades de melhorias. Neste sentido, este estudo tem como objetivo analisar os seguintes indicadores do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP): “Proporção de mulheres entre [50;70[anos, com mamografia registada nos últimos dois anos” e “Proporção de mulheres entre [25;60[anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado”. Esta análise compreende uma avaliação temporal, verificando os valores alcançados no ano de 2017 e 2018, bem como geográfica, verificando os valores, quer no total nacional, quer por Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Métodos

Realizou-se um estudo observacional transversal sendo colhidos dados que se encontram disponíveis ao público, na plataforma online do BI-CSP ⁷ (setor contratualização - IDG UF).

Estes dados são relativos a dois indicadores, os números 44 (ID44) “Proporção de mulheres entre [50; 70[anos, com mamografia registada nos últimos dois anos” e o 45 (ID45) “Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado”. São indicadores de processo e têm como objetivo monitorizar o programa do rastreio oncológico correspondente. ⁸

O ID44 é determinado por uma proporção, cujo numerador corresponde à contagem de mulheres com registo de mamografia nos últimos dois anos e o denominador à contagem de mulheres com idades compreendidas no intervalo [50, 70[anos. Assim, os utentes incluídos no denominador têm de ser do sexo feminino, ter idade compreendida ao intervalo supracitado e com inscrição ativa na Unidade de Saúde na data de referência do indicador. Já para serem incluídos no numerador têm de apresentar as condições mencionadas para o denominador, bem como ter pelo menos um resultado de mamografia nos últimos 2 anos (para que uma mamografia seja contabilizada deve ter um resultado e este, por sua vez, deve ser preenchido até um máximo de 30 dias após o fim do período em análise). O ID45 é calculado de forma semelhante, sendo o numerador a contagem de mulheres com rastreio do cancro do colo do útero realizado e o denominador a contagem de mulheres com idades compreendidas no intervalo [25, 60[anos. Para os utentes serem incluídos no denominador têm de ser mulheres, ter idade dentro do intervalo já referido e ter, igualmente, inscrição ativa na Unidade de Saúde. Os utentes incluídos no numerador devem apresentar, não só as condições aplicáveis ao denominador, mas também pelo menos um resultado de colpocitologia (para que esta seja contabilizada deve ter um resultado, devendo esse ser preenchido até um máximo de 30 dias após o fim do período em análise) em lâmina nos últimos 3 anos ou em meio líquido nos últimos 5 anos ou uma pesquisa de DNA do HPV por reação em cadeia de polimerase (PCR) nos últimos 5 anos. ⁸

O método do período em análise utilizado foi o flutuante. Deste modo, para ambos os indicadores, o denominador é coincidente com a data de referência dos mesmos. O numerador do ID44 tem uma duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador. Já o numerador do ID45 tem uma duração de 36 meses (se colpocitologia em

lâmina) ou de 60 meses (se colpocitologia em meio líquido ou pesquisa de DNA do HPV por PCR), terminando igualmente na data de referência do indicador. ⁸

A amostra inclui todas as ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo - LVT, Alentejo e Algarve), sendo assim representativa da realidade de Portugal. Para a seleção aleatória dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) recorreu-se ao website RANDOM.ORG ⁹. Para cada ARS elaborou-se uma lista com os respetivos ACeS, por ordem alfabética de A a Z, sendo selecionados metade+1 dos ACeS de cada região de saúde, obtendo-se um total de 31 agrupamentos (13 da ARS do Norte, 5 da ARS do Centro, 8 da ARS de LVT, 3 da ARS do Alentejo e 2 da ARS do Algarve).

Os dados foram colhidos em Agosto de 2019, obtendo-se as médias nacionais, de cada ARS e dos respetivos ACeS, referentes ao mês de Dezembro, quer do ano contratual de 2017, quer de 2018. Os valores obtidos foram organizados em tabelas, por ARS e por ACeS, no programa Microsoft Excel.

Para a análise dos dados recorreu-se ao programa SPSS, assumindo-se diferença estatística para $p < 0.001$ e um intervalo de confiança (Ic) de 95%. Primeiramente, foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov, de forma a verificar se os indicadores apresentavam distribuição normal, tendo sido aplicada estatística paramétrica (teste T de Student para variáveis emparelhadas e ANOVA), quer para verificar possíveis diferenças a nível nacional no biénio, quer por região em cada ano.

Resultados

Aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov, concluiu-se que os indicadores tinham uma distribuição normal (ID44: $p=0,005$ e ID45: $p=0,200$).

Os valores calculados para os dois indicadores nos dois anos não são diferentes estatisticamente, **Tabela 1**. A dinâmica de crescimento calculada de 2017 para 2018 foi positiva para ambos os indicadores, sendo de +2,5 para o ID44 e de +1 para o ID45.

Tabela 1 - Indicadores 44 e 45 calculados para os anos de 2017 e 2018 e sua diferença, bem como o seu valor nacional

Indicadores	Ano	N	Média	Dp	Ic a 95%	p	Valor Nacional
ID44 (*)	2017	31	49,99	11,78	45,67 a 54,31	0,725	52,07
	2018	31	51,07	12,39	46,53 a 55,62		53,38
ID45 (*)	2017	31	46,12	13,63	41,12 a 51,12	0,904	46,24
	2018	31	46,53	12,91	41,79 a 51,26		46,61

(*) Teste T de Student para variáveis emparelhadas

Nota: ID44 - Proporção de mulheres entre [50;70[anos, com mamografia registada nos últimos dois anos; ID45 - Proporção de mulheres entre [25;60[anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado; N - Número de ACeS; Dp - Desvio-padrão; Ic - Intervalo de confiança.

Para verificar eventuais diferenças entre as ARS, em ambos os anos, recorreu-se ao teste paramétrico ANOVA. Os resultados mostraram haver diferenças significativas entre os valores calculados para as várias regiões, quer em 2017 quer em 2018 e para os dois indicadores considerados (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Comparação das médias dos indicadores calculadas entre as Administrações Regionais de Saúde, nos anos de 2017 e de 2018

Ano	Indicador	Soma dos quadrados	gl	Quadrado médio	F	p	
2017 (*)	ID44	Entre grupos	2497,13	4	624,28	9,73	<0,001
		Nos grupos	1668,30	26	64,17		
		Total	4165,43	30			
	ID45	Entre grupos	4154,73	4	1038,68	19,02	<0,001
		Nos grupos	1420,27	26	54,63		
		Total	5575,00	30			
2018 (*)	ID44	Entre grupos	2497,13	4	624,28	9,73	<0,001
		Nos grupos	1668,30	26	64,17		
		Total	4165,43	30			
	ID45	Entre grupos	4154,73	4	1038,68	19,02	<0,001
		Nos grupos	1420,27	26	54,63		
		Total	5575,00	30			

(*) Teste ANOVA

Nota: ID44 - Proporção de mulheres entre [50;70[anos, com mamografia registada nos últimos dois anos; ID45 - Proporção de mulheres entre [25;60[anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado.

As médias dos indicadores relativas a cada ARS, obtidas em 2017 e 2018 estão apresentadas abaixo na **Tabela 3**.

No ano de 2017 e no que diz respeito ao rastreio do cancro da mama (ID44), verifica-se que a região do Alentejo obteve o melhor resultado, seguindo-se a do Norte, enquanto que a do Algarve ocupou a pior posição. Já em 2018, a região do Centro assumiu a melhor posição, seguindo-se a do Alentejo, com a do Algarve, novamente, na última posição.

Relativamente ao rastreio do cancro do colo uterino (ID45), as posições das ARS foram semelhantes nos dois anos. Assim, a região do Norte destacou-se com os melhores resultados, seguindo-se a do Alentejo, sendo a de LVT a ocupar a posição central, seguindo-se a do Centro e a do Algarve em último lugar.

Tabela 3 - Médias obtidas por Administração Regional de Saúde (ARS), nos anos de 2017 e 2018

Indicador	Ano	Valor Nacional	ARS				
			Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve
ID44	2017	52,07	54,24	52,86	47,52	54,93	17,60
ID45		46,24	58,59	36,48	39,53	42,58	20,79
ID44	2018	53,38	52,57	58,53	48,54	58,09	22,33
ID45		46,61	58,57	36,81	38,95	44,81	25,42

Nota: ID44 - Proporção de mulheres entre [50;70[anos, com mamografia registada nos últimos dois anos; ID45 - Proporção de mulheres entre [25;60[anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado; LVT - Lisboa e Vale do Tejo.

Discussão

Os resultados deste estudo mostraram que, apesar de se verificar um progresso no registo da realização dos programas de rastreio oncológico da mama e do colo do útero em Portugal entre 2017 e 2018, este não foi significativo. Tal não está totalmente de acordo com os estudos recentes, que referem que os rastreios evoluíram de forma muito positiva, quer em 2017, quer em 2018. ¹ Em relação ao rastreio do colo uterino, registaram um crescimento da taxa de adesão, que passou de 72,5% em 2017 para 88,5% em 2018. ¹

É preciso ter em conta que os indicadores estudados não medem exatamente o mesmo, o que poderá justificar esta diferença de achados, sendo que estudámos o registo em Cuidados de Saúde Primários da realização de rastreio. De facto, o que medimos foram o ID44 - “Proporção de mulheres entre [50; 70[anos, com mamografia registada nos últimos dois anos” e o ID45 - “Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado” sendo indicadores de processo e não medindo o resultado dos testes.

Verificou-se ainda uma assimetria significativa nos resultados entre as várias regiões de saúde, em ambos os anos estudados, para ambos os rastreios. Estudos prévios ^{1,3} concluíram o mesmo, sendo que já foram implementadas medidas nesse sentido³, nomeadamente em 2017: uniformização dos rastreios a nível nacional com utilização de metodologias comuns, bem como uniformização de preços para os atos relacionados e foi aberto um concurso no âmbito do Programa de Incentivo à Integração de Cuidados e Valorização dos Percursos dos Utentes que contemplou um financiamento para a realização dos mesmos.

A eficácia de um programa de rastreio depende de uma sequência de intervenções, que passam pela identificação da população elegível, convocação dessa população, adesão ao rastreio, realização do exame de rastreio, registo do resultado, e chegam ao diagnóstico exato, terapêutica e seguimento após tratamento. ³ Desta forma, os resultados obtidos podem ser justificados pela falência de uma ou de várias destas etapas. No caso concreto deste estudo e tendo em conta o que os indicadores utilizados exprimem, poderão os resultados dever-se à falência da sequência entre a identificação da população alvo e o registo dos resultados.

Para uma correta identificação da população alvo e respetiva convocatória é necessário que as utentes estejam inscritas nas Unidades de Saúde e que simultaneamente haja atempada, senão imediata, alteração de estado por mudança de residência ou morte. ³ Em algumas

regiões do país havendo a colaboração da Liga Portuguesa Contra o Cancro, a má qualidade das listagens cedidas pode assim prejudicar os resultados obtidos em indicadores como os agora estudados.

Relativamente à adesão, sabe-se que esta é menor nas utentes com baixo nível educacional/estatuto socio-económico, condicionando menor literacia em saúde (nomeadamente, conhecimento acerca das neoplasias em questão, incluindo os respetivos testes de rastreio), preocupação, perceção do seu estado de saúde e menor procura de cuidados primários.^{10,11,12,15} Crenças, barreira linguística (no caso de utentes imigrantes), acesso aos cuidados de saúde (como disponibilidade de meios de transporte e mesmo de horários compatíveis), comunicação com prestadores de cuidados de saúde (papel crucial do médico de família e sua equipa), dor e constrangimento associados à realização dos testes e medo de receber um diagnóstico de cancro constituem outras possíveis causas para resultados menos elevados.^{10,13-15}

Mulheres que, eventualmente, realizem rastreio no setor privado deverão ser contabilizadas, através do conhecimento do resultado do rastreio.

Outra condicionante consiste no financiamento prestado, já que a realização dos rastreios envolve investimento.³

As diferenças nos resultados das ARS, traduzem a ausência da uniformização dos programas de rastreio, mostrando que as medidas implementadas não estão a ser suficientes. Esta inequidade pode dever-se, entre outros fatores, ao uso de plataformas tecnológicas e circuitos de rastreio diferentes (por exemplo, entidade executora do rastreio). É também importante referir que os programas de rastreio não estão implementados em todos os ACeS, condicionando uma inequidade de acesso aos cuidados de saúde. Segundo os achados, a região do Algarve foi a que obteve os resultados mais baixos, independentemente do cancro rastreado e do ano considerado. Tal pode justificar-se pela ausência de incentivo financeiro nesta região, para ambos os rastreios¹, entre outros fatores como população a ser seguida e população técnica para os exames.

Neste estudo, é importante ter em atenção que, não temos garantias da exclusão da população elegível (correspondente ao denominador dos indicadores) de mulheres mastectomizadas ou histerectomizadas ou com outra situação que impeça a realização do rastreio no ano devido.

Deste modo, será importante o reforço das medidas já tomadas, como, manutenção da realização de relatórios de monitorização, promoção da literacia em saúde, flexibilização

dos horários dos rastreios (de modo a possibilitar a sua realização na hora de almoço e após o trabalho), uniformização dos programas de rastreio, aumento da cobertura geográfica permitindo um acesso equitativo aos cuidados de saúde, garantia de incentivos financeiros a todas as ARS e empenho de todas as instituições e profissionais de saúde envolvidos, com destaque para o papel dos médicos de família. A realização de trabalhos com séries plurianuais e o conhecimento dos indicadores por faixas etárias, para se perceber qual aquela em que mais se deve intervir ou em que há menor proporção de realização, é também uma proposta que se realiza.

Conclusão

Apesar de se ter verificado uma evolução dos programas de rastreio oncológico da mama e do colo uterino em Portugal, com aumento do número de senhoras rastreadas num e noutra caso de 2017 para 2018, esta não foi significativa. Detetou-se uma persistência da inequidade dos mesmos entre as regiões de saúde.

São necessárias medidas de reforço desta atitude fundamental em Medicina Preventiva.

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Luiz Santiago por toda a sua colaboração, disponibilidade e partilha de conhecimento. A concretização deste trabalho deve-se também à sua orientação exemplar.

Agradeço à minha família (pais, irmão, padrinhos e Jéssica) e amigos (Cláudia, Taciana, Mariana e Guerreiro) pela ajuda crucial, enorme paciência e apoio incondicional.

Referências bibliográficas

1. Relatório anual ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS DO SNS E ENTIDADES CONVENCIONADAS [Internet]. 2019 [cited 26 January 2020]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/home/relatorios-de-acesso-cuidados-de-saude/>
2. Instituto Nacional de Estatística - Boletim Mensal de Estatística: dezembro 2019 [Internet]. Lisboa: INE; 2020 [cited 26 January 2020]. Available from: <https://www.ine.pt/xurl/pub/415320584>
3. RELATÓRIO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS RASTREIOS ONCOLÓGICOS, Portugal - 2016 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017 [cited 1 February 2020]. Available from: <https://www.dgs.pt/?cr=34078>
4. Despacho 8254/2017, 2017-09-21 [Internet]. Diário da República Eletrónico. 2017 [cited 26 January 2020]. Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/108189401/details/normal?!=1>
5. Despacho 6401/2016, 2016-05-16 [Internet]. Diário da República Eletrónico. 2016 [cited 26 January 2020]. Available from: <https://dre.pt/home/-/dre/74443131/details/maximized>
6. State of Health in the EU, Portugal, Perfil de saúde do país 2019 [Internet]. 2nd ed. 2019 [cited 26 January 2020]. Available from: https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_pt
7. Home Page [Internet]. Bicsp.min-saude.pt. [cited 30 January 2020]. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
8. BILHETE DE IDENTIDADE DOS INDICADORES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PARA O ANO DE 2017 [Internet]. 2017 [cited 30 January 2020]. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf
9. Haahr M. RANDOM.ORG - List Randomizer [Internet]. Random.org. [cited 30 January 2020]. Available from: <https://www.random.org/lists/>
10. Mignot S, Ringa V, Vigoureux S, Zins M, Panjo H, Saulnier P et al. Pap tests for cervical cancer screening test and contraception: analysis of data from the CONSTANCES cohort study. BMC Cancer. 2019;19(1).
11. Zielecka-Dębska D, Błaszczuk J, Błaszczuk D, Szelachowska J, Lichoń K, Maciejczyk A et al. The effect of the population-based cervical cancer screening program on 5-year

survival in cervical cancer patients in Lower Silesia. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*. 2019;28(10):1377-1383.

12. Han J, Jungsuwadee P, Abraham O, Ko D. Shared Decision-Making and Women's Adherence to Breast and Cervical Cancer Screenings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(7):1509.

13. Gibson E, Gage J, Castle P, Scarinci I. Perceived Susceptibility to Cervical Cancer among African American Women in the Mississippi Delta: Does Adherence to Screening Matter?. *Women's Health Issues*. 2019;29(1):38-47.

14. Taymoori P, Moshki M, Roshani D. Facilitator Psychological Constructs for Mammography Screening among Iranian Women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014;15(17):7309-7316.

15. Thompson C, Gomez S, Chan A, Chan J, McClellan S, Chung S et al. Patient and Provider Characteristics Associated with Colorectal, Breast, and Cervical Cancer Screening among Asian Americans. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 2014;23(11):2208-2217.