



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Luciana Filipa Silva Costa

**RASTREIOS ONCOLÓGICOS ANTES E APÓS A
COVID-19:
O CASO DA REGIÃO CENTRO**

**Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Gestão, orientada
pela Professora Doutora Carlota Maria Miranda Quintal e
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de
Coimbra para obtenção do grau de Mestre**

Setembro de 2022



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Luciana Filipa Silva Costa

Rastreios Oncológicos antes e após a Covid-19: O caso da região centro

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Gestão, apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para a obtenção do Grau de Mestre

Orientadora de estágio: Professora Doutora Carlota Maria Miranda Quintal
Supervisor Profissional: Doutora Ana Patrícia Ferreira Antunes
Entidade de Acolhimento: Administração Regional do Centro, I.P.

Coimbra, setembro de 2022

Ao Jorge,
Aos meus pais, irmã e sobrinha

Agradecimentos

Coimbra...

O estágio curricular é o culminar de um longo e árduo processo, pois até aqui chegar tive de ultrapassar alguns desafios. Desafios esses que levaram ao meu crescimento, seja a nível pessoal, académico ou profissional, pois sem eles não seria quem sou hoje.

Como é de praxe, não poderia faltar uma palavra de agradecimento a todas as pessoas que me apoiaram até aqui chegar, direta e indiretamente.

À minha orientadora académica de estágio, Doutora Carlota Quintal, obrigada por tudo o que me ensinou e, principalmente, pela paciência e por todo o apoio que me deu na realização do relatório.

À minha orientadora de estágio, Doutora Patrícia Antunes, obrigada por todos os incentivos, conselhos, por me chamar à realidade quando era preciso e pelos ensinamentos e conselhos que obtive.

A toda a equipa da URGA, pelos esclarecimentos e ensinamentos que me enriqueceram seja a nível pessoal e profissional. Todos foram incansáveis e sempre se mostraram disponíveis para me ensinar. São uma equipa fantástica. Quando for “grande” gostava de trabalhar numa equipa assim!

Ao Jorge, pela paciência (e falta dela!) para me tolerar, por ter sido o meu amparo quando dele precisava e me lembrava que para a frente é que era o caminho, mesmo quando eu não acreditava que era possível. Estamos juntos nesta caminhada!

Aos meus pais, irmã e sobrinha, que mesmo a uma curta distancia, não terem deixado que desistisse dos meus objetivos.

Ao Vítor e à Bruna, pelas conversas tontas e sérias que tivemos e pelo apoio emocional que me deram ao longo destes meses.

Ao Mário por não me ter recusado todos os dias de “folga” que tive para poder chegar até aqui. Não esquecendo as meninas da FARGGI, pois são um desafio diário!

Viver é aprender todos os dias e posso dizer que “sem vocês isto não tinha piada nenhuma!”

A todos: “Muito Obrigada!”

“Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.”

(Fernando Pessoa, in “Mar Português”)

Resumo

O presente Relatório de Estágio foi desenvolvido no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra em parceria com a Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (ARSC), na Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA).

A URGA é uma unidade da ARSC, I.P., sendo responsável pela gestão do acesso do utente a cuidados de saúde, lidando, no seu dia-a-dia diretamente com utentes, entidades hospitalares, sejam públicas, privadas ou do setor social (como as Misericórdias ou as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)). Neste sentido, um dos grandes focos de atividade da URGA é a gestão de acesso do utente a cuidados de saúde cirúrgicos, particularmente na gestão das listas de espera para cirurgia.

Para além da descrição da atividade realizada durante o estágio este relatório visa analisar a atividade dos rastreios do cancro da mama, colo do útero e colon retal, em período de pandemia Covid-19 e pós pandemia. Serão analisados os dados destes três tipos de rastreio, verificando as alterações no número de rastreios efetuados, tentando perceber quais os motivos da sua possível redução e o impacto que a ausência de diagnóstico terá nos utentes, tendo em conta o acesso a cuidados de saúde primários e os impactos que diagnósticos tardios possam ter na vida do utente.

Palavras-chave: cuidados de saúde primários, cancro mama, HPV, cancro do colo do útero, cancro colon retal

Abstract

This paper was developed within the scope of curricular internship of Master in Management from the Faculty of Economics in partnership with Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (ARSC, I.P.), in Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA).

URGA is a unit of ARSC, being responsible for managing the user's access to health care, dealing, in its day-to-day activities directly with users, hospital entities, whether public, private or in the social sector (such as Misericórdias or Private Social Solidarity Institutions (IPSS)). In this sense, one of URGA's main focuses of activity is the management of user access to surgical healthcare, within the scope of managing waiting list for surgery.

In addition to the description of the activity carries out during the internship, this report aims to analyze the activity of breast, cervical and colon rectal cancer screenings, in the period of Covid-19 pandemic and after the pandemic. Data from these three types of screening will be analyzed, verifying changes in the number of screenings performed, trying to understand the reasons for their possible reduction of the impact that the absence of diagnosis will have on user's, taking into account access to primary health care and the impacts that late diagnoses may have in the patients' life.

Keywords: primary healthcare, breast cancer, HPV, cervical cancer, colorectal cancer

Lista de Siglas

ACeS – Agrupamento de Centro de Saúde
ACSS, I.P. - Administração Central de Sistema de Saúde
ARS, I.P. – Administração Regional de Saúde
ARSC, I.P. – Administração Regional de Saúde do Centro
BIIMC – Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização
CR – Comunicação de Rede
CTH – Consulta a Tempo e Horas
DIE – Departamento de Instalações e Equipamentos
DL – Decreto-Lei
DPC – Departamento de Planeamento e Contratualização
DGAG – Departamento de Gestão e Administração Geral
FEUC – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo
HO – Hospital de Origem
HD – Hospital de Destino
HPV – Vírus do Papiloma Humano
IPO – Instituto Português de Oncologia
IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social
LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia
LEC – Lista de Espera para Consulta
LPCC – Liga Portuguesa Contra o Cancro
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
NT – Nota de Transferência
PECLEC – Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas
SIARS – Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde
SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SIGA SNS – Sistema de Integração de Gestão do Acesso
SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIGLIC – Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia
SNS – Sistema Nacional de Saúde
TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantidos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UGA – Unidade de Gestão do Acesso

ULGA – Unidade Local de Gestão do Acesso

URGA – Unidade Regional de Gestão do Acesso

USF – Unidade de Saúde familiar

VC – Vale Cirúrgico

Índice

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Lista de Siglas.....	ix
1. Introdução.....	3
2. O estágio.....	5
2.1. Entidade de acolhimento	5
2.1.1. URGA	6
2.2. Contextualização	8
2.2.1. Sistema Integrado de Gestão do Acesso – SIGA SNS	8
2.2.2. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC.....	9
2.2.3. Lista de Inscritos em Cirurgia	12
2.3. Atividades desenvolvidas no estágio	14
2.3.1. Urga em ambiente prático	14
2.3.2. Processo de validação NT/VC.....	15
3. Rastreamentos oncológicos.....	19
3.1. O papel dos cuidados de saúde primários nos rastreios oncológicos.....	19
3.2. Custos de cancro	22
3.3. Rastreios oncológicos em tempo de pandemia	23
3.4. Rastreios oncológicos de base populacional em Portugal – região centro.....	24
3.4.1. Rastreio do cancro da mama.....	26
3.4.2. Rastreio do cancro do colo do útero.....	28
3.4.3. Rastreio do cancro colo retal	29
4. Rastreios oncológicos – análise empírica.....	31
4.1. Métodos	31
4.2. Resultados	32
4.2.1. Rastreio do cancro da mama.....	33
4.2.2. Rastreio do cancro do colo do útero	40
4.2.3. Rastreio do cancro colon retal	47
5. Conclusão	54
6. Bibliografia	55
7. Anexos.....	58

1. Introdução

O presente Relatório surge no âmbito do Estágio Curricular do Mestrado em Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (FEUC), na Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC), mais concretamente na Unidade Regional da Gestão do Acesso (URGA).

A URGA é uma unidade dentro a ARSC, sendo responsável pela gestão do acesso do utente a cuidados de saúde, lidando, no seu dia-a-dia diretamente com utentes, entidades hospitalares, sejam públicas, privadas ou do setor social (como as Misericórdias ou as IPSS). Neste sentido, um dos grandes focos de atividade da URGA é a gestão de acesso do utente a cuidados de saúde cirúrgicos, designadamente e na gestão de listas de espera para cirurgia.

Este relatório aborda o tema do acesso a cuidados de saúde primários, indo ao encontro do interesse manifestado pela própria entidade de acolhimento. Em concreto, no acesso do utente a consultas de especialidade que poderão ou não ditar a necessidade de uma inscrição em lista de espera cirúrgica.

Outro constrangimento verificado a nível dos cuidados de saúde primários respeita ao rastreio oncológico, situação particularmente agudizada no contexto pandémico por SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2). Isto é, dado o período conturbado que vivemos desde o início de 2020, devido à pandemia por Covid-19, deparamo-nos com diferenças no acesso a cuidados primários de saúde, no caso em particular do diagnóstico precoce do cancro da mama, colo do útero e colon retal. Será que a pandemia atrasou os diagnósticos? Os rastreios estão a ser realizados? Se estão, os utentes não querem participar com receio da pandemia? Ou existe a possibilidade de os utentes não estarem a realizar as suas consultas de rotina nos ACeS a que pertencem?

Para além da análise deste tema, o presente relatório pretende apresentar e efetuar uma descrição do que é a ARS, mais concretamente a ARSC e o departamento em que foi realizado o estágio, a URGA. Neste âmbito, o documento será estruturado da seguinte forma: em primeiro lugar efetua-se uma análise da descrição da atividade desenvolvida na URGA, revisão bibliográfica sobre a análise custo benefício dos rastreios

durante a pandemia e pós pandemia e um estudo de caso, com a análise de dados que permitem observar a evolução dos três tipos de rastreio.

Tal como será analisado para a região centro, em Portugal, é também importante referir que, em termos internacionais, devido à pandemia que se verificou, muitos rastreios ficaram por realizar, por vezes pelo mesmos motivo que em Portugal. Isto é, por vezes foram necessários canalizar meios humanos e técnicos para fazer face à pandemia que ocorria um pouco por todo o mundo.

2. O estágio

2.1. Entidade de acolhimento

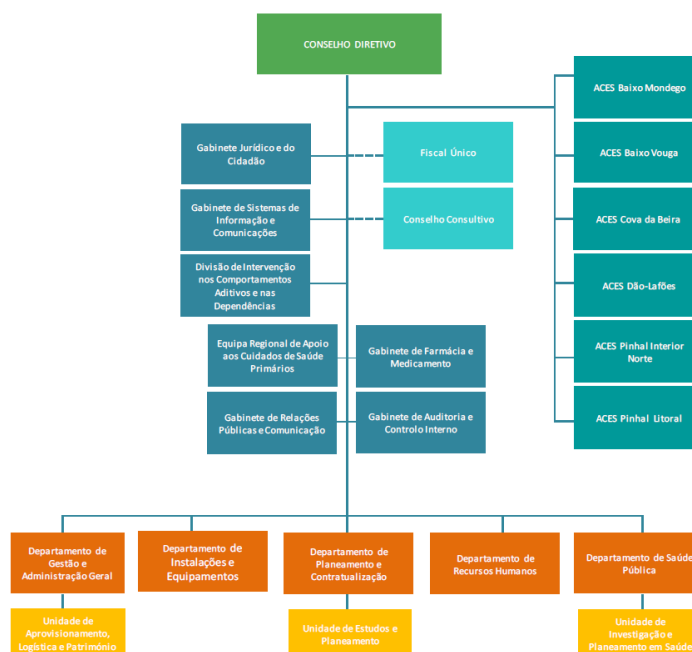
A Administração Regional de Saúde (ARS) de acordo com o Decreto-Lei nº 22/2012 de 30 de janeiro, “são institutos públicos integrados na administração indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa, financeira e património próprio” e “têm por missão garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção.”

Na administração indireta do Estado do Ministério da Saúde, existem cinco ARS no país, uma das quais a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC). As ARS estão divididas geograficamente consoante o nível II de Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) (Decreto-Lei nº 22/2012, de 30 de janeiro).

A ARSC é constituída por serviços centrais e desconcentrados (figura 1). Os serviços centrais englobam o Departamento de Saúde Pública (DSP), o Departamento de Planeamento e Contratualização (DPC), o Departamento de Gestão e Administração Geral (DGAG), Departamento de Recursos Humanos (DRH), Departamento de Instalações e Equipamentos (DIE), o Gabinete Jurídico e do Cidadão (GJC) e o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) (Portaria 214/2013 de 27 de junho). Os serviços desconcentrados da ARSC integram os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), tendo estes “autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde” (Decreto Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro). Cabe aos ACeS assegurar a prestação de cuidados de saúde primários da população da área geográfica em que se enquadram. Os ACeS podem compreender: as unidades de saúde familiar (USF); as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP); as unidades de cuidados na comunidade (UCC); as unidades de saúde pública (USP); as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP).

No que diz respeito à ARSC, esta entidade tem seis ACeS sob a sua alçada: ACeS do Baixo Vouga; ACeS Baixo Mondego; ACeS do Pinhal Interior Norte; ACeS Dão-Lafões; ACeS Cova da Beira; ACeS do Pinhal Litoral (Portaria nº 394-A/2012, de 29 de novembro).

Figura 1: Organigrama ARSC



Fonte: www.arscentro.min-saude.pt

2.1.1. URGA

O estágio curricular foi realizado na URGA, unidade funcional da ARSC, é parte integrante do DPC e da ACSS (Administração Central do Sistema de saúde). A URGA não consta no organigrama da ARSC (figura 1), dado que a última atualização à orgânica da ARSC ocorreu em 2012 e a URGA surge no âmbito da criação de implementação do modelo de governação do SIGA SNS e da legislação consequentemente publicada em 2017.

A URGA surge da necessidade de disponibilizar um apoio dedicado às instituições do SNS, no âmbito de efetuar monitorização, acompanhamento e controlo da produção destas instituições. Esta unidade acompanha o desenvolvimento do processo dos utentes inscritos para consultas e cirurgia, assim como os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG). Acompanha, também, os processos de transferência entre as

instituições, assegurando o interesse dos utentes, garantindo que estes têm o devido acesso à informação e avaliam a qualidade da prestação dos cuidados de saúde, garantindo a sua execução atempada, monitorizam e avaliam o processo de possíveis não conformidades, reunindo com as Unidades Locais de Gestão do Acesso (ULGA) identificando as dificuldades que possam surgir, encontrando e aplicando soluções que achem adequadas, fazendo comunicação à Unidade de Gestão de Acesso (UGA) da informação que achem mais relevante (artigo 17º da Portaria nº 174/2017, de 27 de abril).

Na URGA existem vários profissionais de diferentes áreas, desde a economia à contabilidade, passando pela geografia, sociologia ou mesmo a engenharia eletrotécnica, não podendo esquecer o apoio administrativo disponibilizado também por assistentes técnicos. No seu dia-a-dia, estes profissionais lidam com utentes e com várias entidades, sejam elas do setor público, privado ou do setor social e também dos diferentes prestadores de cuidados de saúde dos diferentes níveis de cuidados (primários, hospitalares e continuados).

No que se refere aos cuidados hospitalares que integrem componente cirúrgica, a URGA interage com 11 unidades hospitalares do SNS, sendo 5 centros hospitalares (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – CHUC, Centro Hospitalar da Cova da Beira – CHCB, Centro Hospitalar do Baixo Vouga – CHBV, Centro Hospitalar do Tâmega e Vouga – CHTV, Centro Hospitalar de Leiria – CHL) e 4 hospitais (Hospital Distrital da Figueira da Foz – HFFF, Hospital Francisco Zagalo-Ovar – HFZ, Hospital Arcebispo João Crisóstomo-Cantanhede – HAJC, Instituto Português de Oncologia de Coimbra – IPOC) e 2 Unidades Locais de Saúde (Unidade Local de Saúde de Castelo Branco – ULSCB e Unidade Local de Saúde da Guarda – ULSG). A URGA monitoriza o acesso na vertente hospitalar de três entidades com as quais a ARSC detém um acordo de cooperação (Santa Casa da Misericórdia de Anadia – SCMA, Hospital da Misericórdia da Mealhada – HMM e a Fundação Aurélio Amaro Dinis – FAAD). Estas entidades apesar de integrarem o setor social, ao abrigo do acordo de cooperação funcionam como hospitais do SNS nas linhas de produção contratadas.

2.2. Contextualização

Para explicar o decorrer do estágio curricular em sentido prático, é necessário efetuar um enquadramento de alguns conceitos relevantes. Neste sentido, é relevante referir e explicar o que é o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS) e o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e a Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC).

2.2.1. Sistema Integrado de Gestão do Acesso – SIGA SNS

No intuito de dar resposta ao acesso dos utentes a cuidados de saúde e no sentido de promover e monitorizar o seu acesso no âmbito da consulta a tempo e horas (CTH), do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e referenciação da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), surgiu o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS). O objetivo da criação do modelo de governação do SIGA SNS foi o de acompanhar todo o percurso do cidadão no acesso aos cuidados de saúde de que necessita, independentemente do nível de cuidados e da origem da necessidade de cuidados de saúde

O SIGA SNS surgiu através do Decreto-Lei n.º 44/2017 de 20 de abril, que alterou a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, em que foram consolidados os direitos e os deveres dos utentes dos serviços de saúde, tendo sido regulamentado pela Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril.

Com a criação do SIGA SNS existe a recolha de “informação de gestão, obtida a partir de dados anonimizados, permitindo uma visão holística do percurso dos utentes no SNS e a determinação de tempos de reposta globais e transversais às instituições do SNS envolvidas no processo de prestação de cuidados de saúde.” (Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril).

O SIGA SNS tem como objetivos o conhecimento dos utentes sobre o acesso a cuidados de saúde, minimizar os incumprimentos dos TMRG, gerindo adequadamente as listas de espera para prestação de cuidados de saúde.

De acordo com o artigo 5º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, o SIGA SNS tem em consideração os seguintes princípios: assegurar o acesso a cuidados de saúde em tempo acessível, mantendo a equidade e respeito pela prioridade clínica do utente; acordo de prestação de cuidados de saúde de acordo com as normas vigentes, pelas instituições do SNS; estabelecer laços com o utente no âmbito da sua situação clínica; uniformização das regras e práticas clínicas; assegurar a qualidade e eficácia dos cuidados de saúde prestados, entre outros.

2.2.2. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC

Uma das problemáticas que encontramos no SNS é o combate às listas de espera para consulta (LEC) e às listas de inscritos para cirurgia (LIC). Neste sentido ao longo dos anos foram criados alguns programas que permitem analisar quais as áreas mais críticas e tentam encontrar solução para reduzir quer a LIC quer LEC.

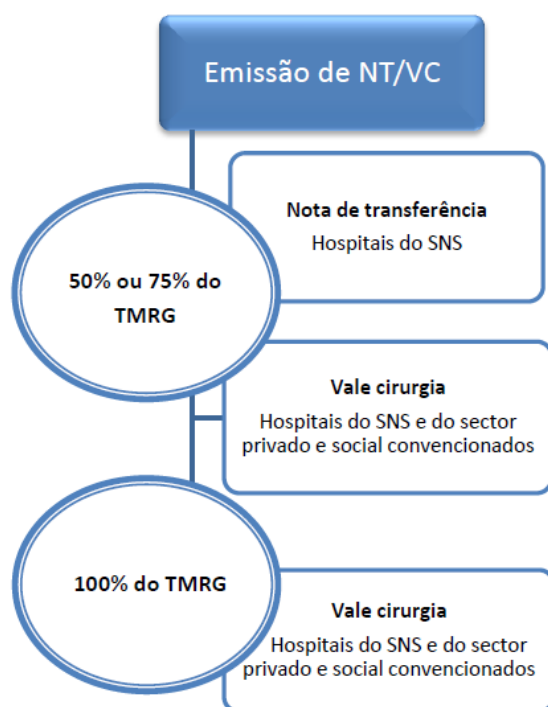
Neste sentido de modo a reduzir a LIC, foram criados os seguintes programas: Programa Específico de Recuperação das Listas de Espera – PERLE (1995-1998), Programa de Promoção do Acesso – PPA (1998-2000), Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas – PECLEC (2002-2004), Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC (2004-em curso), Programa de Intervenção Oftalmológica – PIO (2008-2009), Procriação Medicamente Assistida – PMA (2009), Programa de Tratamento Cirúrgico para Obesidade –PTCO (2008-em curso), Plano de Intervenção Cirúrgica – PIC (2015).

Através da Resolução do Conselho de Ministros nº 100/2002, de 26 de abril é criado o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), permitindo o acesso, mediante o regime de convenções, a prestação de cuidados de saúde no setor privado, melhorando o acesso aos utentes a cuidados de cirúrgicos. Sendo este programa substituído pela criação do SIGIC em 2004, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 3 de junho, traduz a criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). O SIGIC assenta em cinco princípios: assegurar o tratamento de acordo com os TMRG; maior comprometimento do hospital de origem (HO) na emissão do certificado de inserção do utente em Lista de Inscritos em Cirurgia

(LIC); melhor esclarecimento do utente nos seus direitos e deveres, sendo este concretizado através da assinatura de um acordo para a inscrição em LIC; uniformização dos procedimentos, assegurando a uniformidade das terapêuticas cirúrgicas de cada utente; rigor na constituição de unidade de suporte ao SIGIC, seja a nível hospitalar, regional ou nacional.

A porta de entrada habitual do cidadão numa entidade hospitalar decorre de um pedido de referência originado pelo seu médico de família. Dessa primeira consulta de especialidade hospitalar pode ou não decorrer a necessidade de uma cirurgia. Se tal suceder ser-lhe-á efetuada uma proposta cirúrgica. Sendo de acordo com os procedimentos a realizar, será emitido um certificado de inscrição e irá aguardar que lhe indiquem quando será realizada a cirurgia, de acordo com os TMRG. Caso se verifique a incapacidade do HO em cumprir a proposta cirúrgica dentro do TMRG, o utente pode ser transferido para outra unidade hospitalar do SNS, sendo emitida uma NT, aos 50% do TMRG (figura nº 3). Não havendo resposta por parte dos hospitais SNS para realização da proposta cirúrgica, será emitido um VC (aos 75% do TMRG), garantindo o acesso a um hospital convencionado, quer seja do setor privado ou setor social. Em todo o momento o utente tem o direito de recusa do NT/VC. Ainda assim, aos 100% do TMRG um novo VC é emitido. Caso o utente mantenha a recusa em utilizar o NT/VC, caberá ao HO a resolução do episódio. Se o utente aceitar o NT/VC outra entidade do sector público, privado ou social servirá como hospital de destino (HD), resolvendo a cirurgia. No final da cirurgia, o utente transita do HD para o HO, sendo devolvido o seu processo clínico ao HO, mantendo o HD uma cópia do mesmo.

Figura nº 3 – Emissão NT/VC



Fonte ACSS, 2011

A Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) criada em 2007 pelo Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de maio, surgiu “como organismo responsável nomeadamente pela promoção e avaliação da acessibilidade aos serviços prestados e da satisfação de utilizadores e pessoal, e na qual se incluiria naturalmente a gestão dos utentes inscritos para cirurgia” (MGIC, 2011). Com a criação da ACSS, a gestão do SIGIC passa a ser efetuado por esta entidade.

O SIGIC foi criado tendo em vista uma melhoria na resposta e acesso aos cuidados de saúde. Neste sentido, pretende-se saber quais são as carências cirúrgicas dos utentes, quais as patologias e procedimentos necessário, entre outros.

O SIGIC tem como principais objetivos: melhoria do serviço (cumprimento dos TMRG garantindo a prestação de cuidados de saúde), equidade no acesso, aumentar a eficiência, conhecimento e transparência.

Um dos princípios do SIGIC é a uniformização dos processos, tem em consideração a garantia dos tratamentos em tempo útil, recorrendo a prestadores alternativos, se necessário. Existe uma maior flexibilidade na gestão do processo,

comprometimento do hospital, tendo em conta um maior envolvimento com o utente, rigor e transparência nos processos tendo em conta as LIC.

Com a implementação do SIGIC, foi necessário criar uma aplicação informática que consolidasse a informação dos hospitais e sustentasse as fases do episódio, gerando a informação essencial a que os profissionais de saúde tomassem as suas decisões. Essa aplicação informática denomina-se Sistema de Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC).

“A base de dados do SIGLIC é constituída por informação clínica, por dados pessoais dos utentes e eventos (consultas, internamentos, contactos, cirurgias, MCDT) obtidos a partir dos sistemas de informação dos hospitais (SIH) ou através do registo direto dos eventos na aplicação SIGLIC.” (MGIC,2011)

2.2.3. Lista de Inscritos em Cirurgia

Aquando da referenciação do médico de família para uma consulta de especialidade, o utente pode ou não necessitar de uma intervenção cirúrgica. Para tal, é necessária a realização da 1ª consulta de especialidade onde o médico irá avaliar a condição clínica do utente, caso seja necessário, serão solicitados mais MCDT ao utente. Quer isto dizer, que nem sempre o utente é proposto para cirurgia na 1ª consulta de especialidade, por vezes apenas nas consultas subsequentes é que detêm esse diagnóstico.

Decorridas as consultas de especialidade, é iniciado o registo provisório do utente na Lista de Inscritos em Cirurgia (LIC), onde constam os eventos relacionados com a elaboração da proposta cirúrgica de modo a solucionar a situação clínica do utente, com o seu consentimento e autorizada pelo responsável cirúrgico (que esteja apto a realizar os procedimentos cirúrgicos propostos). Após a elaboração da proposta cirúrgica, o utente fica inscrito em LIC da unidade funcional da instituição hospitalar.

Figura nº 4 – Tratamento da resposta, aceitação ou recusa, dos utentes



Fonte ACSS, 2011

Através da figura nº 4, observamos o diagrama de aceitação/recusa do utente. Isto é, tendo sempre em conta a sua expressa vontade e após a receção da NT/VC, o utente deve enviar a sua decisão endereçada ao SIGIC de modo a permanecer na LIC, caso não o faça (ou envie a sua decisão após término do prazo), será excluído da mesma. Remetendo a sua decisão ao SIGIC, caso aceite a cativação da NT/VC, o utente deve entrar em contacto com o Hospital onde pretende efetuar a sua cativação, iniciando o processo de cativação de NT/VC, deixando de integrar a LIC do HO. Caso pretenda efetuar a recusa da NT/VC, deve indicar qual o motivo da sua recusa, que pode ter razões diversas, nomeadamente pelo facto que pretender permanecer no HO, ou mesmo por motivos pessoais, mantendo a sua posição em LIC.

Nos casos em que o utente cativa a NT/VC no hospital convencionado que pretende deixa de pertencer à LIC. Será agendada uma consulta pré-operatória, onde o médico avalia a proposta cirúrgica do utente, efetuada pelo HO. Caso o HD verifique que é necessário efetuar um ajuste quer ao diagnóstico quer ao procedimento cirúrgico a ser efetuado, deve articular com o HO através de comunicação de rede e aguardar a resposta do HO. Estando as partes em concordância com o procedimento a realizar é marcada e realizada a cirurgia ao utente, após a sua alta hospitalar o utente deve ser acompanhado em consultas pós-operatórias, a efetuar pelo HD antes de “regressar” ao HO.

2.3. Atividades desenvolvidas no estágio

2.3.1. Urga em ambiente prático

A URGA, no âmbito do programa SIGIC, está em permanente contacto com HD, pertencentes ao SNS ou ao setor privado ou social, a nível regional ou nacional. A URGA tem um posicionamento regional que privilegia o conhecimento local das entidades, os constrangimentos e promove soluções para problemas de acesso de forma mais próxima, reportando diretamente à UGA.

A URGA interage, também, com os 6 ACeS da região centro, acompanhando o trabalho que estão a desenvolver, no que respeita aos cuidados de saúde primários, bem como o trabalho desenvolvido nas diferentes áreas funcionais dos ACeS (Decreto Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro), nomeadamente na Unidade de Saúde Familiar (USF). É através desta unidade que médico de família, de acordo com o quadro clínico do utente, solicita uma consulta de especialidade. Dependendo do tempo de espera da consulta de especialidade no centro hospitalar (CH), pode haver a necessidade de intervenção da URGA, no âmbito de articulação entre o CH e o ACeS respetivo, no sentido de tentar agilizar uma forma de reduzir o tempo de espera da primeira consulta de especialidade.

O trabalho desenvolvido pela URGA não é só acompanhar os ACeS. Esta entidade recebe pedidos dos hospitais, seja telefonicamente ou via correio eletrónico, dos HO e HD, sejam pedidos de devolução dos utentes pelo HD, esclarecimento sobre comunicações de rede, validação de episódios ou outros processos, recebendo também dos HD os episódios cirúrgicos para validação. Nesta unidade, verifica-se um contacto diário, seja através de emails ou de reuniões, entre a URGA e a ACSS, I.P., os ACeS e as administrações hospitalares, com o intuito de analisar o ponto de situação, procurando soluções viáveis de modo a que se assista uma evolução no panorama das listas de espera, sejam elas cirúrgicas (LIC) ou no âmbito da CTH.

Através do SIGLIC, é possível obter dados da produção dos hospitais a nível cirúrgico, sobre as LIC, entre outros. Dados estes que são extraídos mensalmente e têm como propósito dar uma noção do desempenho das unidades de saúde do SNS.

O trabalho dos profissionais da URGA, não é só realizado em “contacto” com as entidades hospitalares, também os utentes são parte integrante deste trabalho diário.

São vários os utentes que entram em contacto com a URGA, pelos diversos motivos. Seja por esclarecimento de dúvidas dos VC, como podem cativar ou anular uma NT/VC, ou mesmo sobre a Consulta a Tempo e Horas (CTH), no entanto também recorrem a esta unidade para apresentar possíveis reclamações que possa ter.

É da responsabilidade da URGA, a validação dos episódios cirúrgicos apresentados pelos HD aos HO no âmbito do programa de cirurgias SIGLIC.

Após cativação da NT/VC no HD, o utente irá realizar uma consulta pré-operatória e os MCDT que sejam necessários, a cirurgia e as consultas pós-operatórias necessárias para o devido acompanhamento do utente. Para concluir todo o processo, o HD envia o relatório do episódio para o HO e remete para a URGA toda a informação pertinente com vista a uma validação prévia do episódio em termos de faturação.

Em síntese, este processo de validação consiste na verificação da informação enviada pelo HD que deve coincidir com a informação inserida no SIGLIC e enviada ao HO relativamente à proposta cirúrgica e aos valores e regras de cálculo dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), de acordo com a Portaria nº 207/2017, de 11 de junho e alterada pela Portaria nº 254/2018, de 7 de setembro.

2.3.2. Processo de validação NT/VC

Durante a realização do estágio, de 14 de fevereiro de 2022 a 28 de junho de 2022, foram analisados vários episódios submetidos para validação para os serviços da URGA. Episódios esses que correspondem a cirurgias realizadas pelos HD no âmbito da cativação de NT/VC.

Concluído o episódio cirúrgico, o HD envia o relatório e toda a documentação inerente à validação por parte da URGA. Após a receção desta documentação, a URGA analisa o episódio para posterior validação. Neste sentido, irá conferir o número do VC, o nome e número do utente e o número da Lista de Inscrito para Cirurgia (LIC), através de documento digital enviado (pelo HD) e os dados que constam no SIGLIC. Através do SIGLIC iremos constatar o registo das consultas efetuadas (pré e pós-operatórias), a equipa cirúrgica, que inclui um número mínimo de quatro profissionais (cirurgião principal, cirurgião ajudante, anestesista e enfermeiro(s)), com as devidas adaptações

permitidas pelas regras regionais de constituição das equipas, devem constar o valor das taxas moderadoras na proforma (exceto no caso de o utente ser isento, devem anexar o comprovativo de isenção). Havendo uma incongruência destes passos, ou se se verificar que foram faturadas consultas após os 60 dias em que o HD é responsável pelo utente, ou que não tenham enviado a declaração de isenção das taxas moderadoras do utente, o episódio será devolvido ao HD de modo a efetuar a retificação do episódio para posterior submissão para validação.

Seguidamente, deve ser conferido o documento digital recebido, de modo a averiguar se houve alguma alteração do procedimento cirúrgico, assim como confirmar em SIGLIC, qual a modalidade em que a cirurgia foi efetuada. De acordo com o tipo de procedimento a ser efetuado, são confirmados os códigos ICD-10 (Internacional Classification of Diseases), que sustentam os códigos de diagnóstico e procedimento que dão origem aos Grupos de Diagnostico Homogéneo (GDH), de acordo com a Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro. Não se verificando uma alteração entre a proposta cirúrgica e o procedimento realizado prossegue-se com a validação do processo. Caso se verifique alguma incongruência entre o proposto e o realizado, devemos verificar a existência de alguma comunicação de rede (CR) do HD para o HO, antes da cirurgia, e a respetiva aceitação (ou não) do HO. No caso de se tratar de uma alteração de modalidade, ambulatorio para convencional ou convencional para ambulatorio, deve haver uma CR a solicitar esta alteração, caso não se verifique deve-se confirmar se se aplicam os critérios clínicos e sociais definidos na Linha Direta n.º 4/2019, de modo a prosseguir com a validação do processo. Caso não se verifiquem CR e a não-aceitação do HO da justificação CR, não havendo qualquer informação adicional do HD, a URGA irá abrir um processo de desconformidade de 10% ou 50% do valor do GDH consoante a prioridade. Caso exista uma discordância entre HD e HO no procedimento cirúrgico, cabe à URGA analisar, imparcialmente, as respetivas justificações e agir de acordo com as leis em vigor, no melhor interesse para o utente. Caso se verifique que a inconformidade tem como foco a integração de um elemento da equipa cirúrgica do HD que exerce atividade no HO ou exerceu no período de seis meses que antecedeu a cirurgia, a penalização é de 100%.

O passo seguinte consiste na confirmação de existência de um documento enviado pelo HD constatando que o procedimento cirúrgico ocorreu em segurança, tendo em conta o protocolo de cirurgia segura. É necessário confirmar se existem neoplasias ou

não e se o valor do procedimento cirúrgico está devidamente evidenciado, o valor da(s) taxa(s) moderadora(s) (caso o utente não seja isento) da(s) consulta(s) pós-operatórias e eventuais MCDT, previamente autorizados pelo HO, o valor dos dispositivos médicos (que deve ser previamente aprovado pela URGA). Relativamente aos valores a faturar, caso existiam dois, ou mais, procedimentos, o valor do GDH respetivo, é calculado através do somatório do GDH de maior valor e de 45% dos restantes GDH. No caso de se verificarem neoplasias associadas aos códigos de conclusão do episódio, ao valor do GDH acrescem 30%, os MCDT são faturados de acordo com a Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro, os dispositivos médicos são faturados de acordo com os valores autorizados pela URGA, em casos de cirurgias com recursos a procedimentos com maior complexidade, existe uma majoração de 20% do valor do GDH. No caso de o HD ter sido notificado em sede de audiência prévia, na sequência de um processo de desconformidade, os valores associados devem ser deduzidos ao valor final a faturar ao HO.

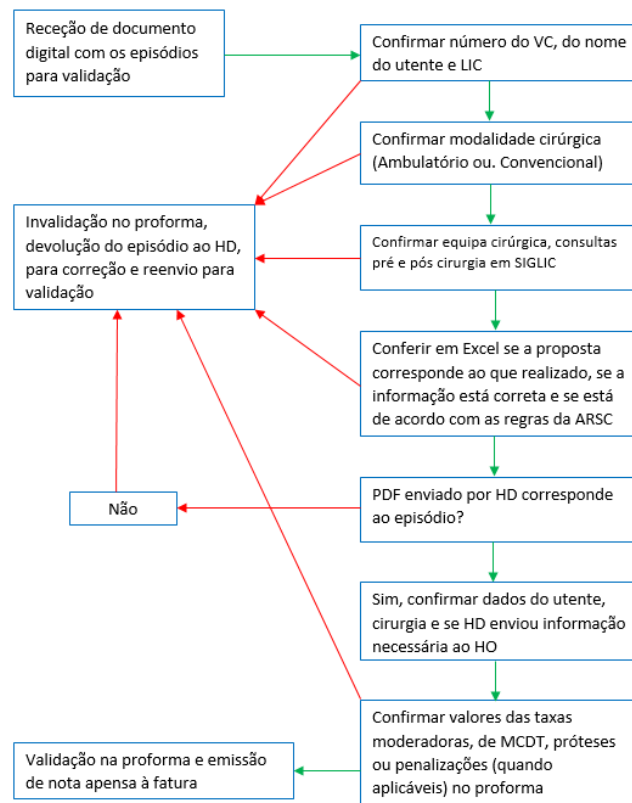
Em jeito de conclusão do episódio cirúrgico, é necessário analisar toda a documentação enviada pelo HD. Uma vez confirmados todos os parâmetros, a URGA valida o episódio em SIGLIC e envia a sua validação para o HO e HD, para que o episódio seja faturado. Caso algum destes parâmetros falhe, a URGA não valida o episódio e devolve-o ao HD.

Nos casos em que o episódio não é validado pela URGA, cabe ao HD efetuar as devidas correções indicadas e/ou aguardar pela conclusão do processo de desconformidade para voltar a enviar o episódio para nova validação. A URGA conta com o parecer do HO para validação dos episódios, no que concerne apenas à verificação da conformidade dos códigos de diagnóstico e procedimento registados na conclusão pelo HD face aos códigos constantes na proposta cirúrgica. Quando a URGA valida um episódio, o HD deve emitir a fatura e a nota apensa relativa a esse episódio, ou seja, o documento em que constam os dados da fatura, para que o HO efetue o respetivo pagamento.

Em contexto de estágio curricular, comecei por observar como era efetuada a devolução dos NT/VC, em grande maioria dos casos por vontade expressa do utente. Posteriormente, observei como se realizava a validação dos episódios (figura nº 5) enviados pelos HD. Neste caso em particular, num universo de 1318 episódios que analisei, foram validados 1105 episódios e 213 foram devolvidos ao HD, por diversos

motivos, tendo elaborado 16 não conformidades, de diferentes HO e HD. Os episódios analisados dizem respeito a 8 HO e 7 HD, perfazendo um total de 3.182.898,74€. Ou seja, 82,2% dos episódios validados corresponde a 2.616.530,03€ e 17,7% dos episódios não validados corresponde a 566.368,89€.

Figura nº 5 – Processo de validação dos episódios cirúrgicos



Fonte: Elaboração própria

3. Rastreamentos oncológicos

3.1. O papel dos cuidados de saúde primários nos rastreios oncológicos

No âmbito do relatório de estágio realizado na URGA, o presente relatório irá incidir sobre os cuidados de saúde primários, na vertente dos diagnósticos de rastreio do cancro da mama, do colo do útero e do colon retal. Estamos perante três tipos de cancro diferentes, mas idênticos, no sentido em que podemos dizer que são cancros silenciosos, por vezes, detados tardiamente, originando consequências menos desejadas, podendo, em casos mais graves, levar à morte do utente, como sendo a perda de qualidade de vida do utente, um recurso mais intensivo a unidades de cuidados de saúde, entre outras questões que serão abordadas no capítulo seguinte.

“O cancro é a segunda maior causa de morte em Portugal, logo a seguir às doenças cardiovasculares e o seu peso percentual no total de mortes revela um aumento constante e progressivo.” (Araújo, et al., 2009)

De acordo com os dados disponibilizados pela Agência Internacional para a Pesquisa de Cancro da Organização Mundial de Saúde, em 2020, o cancro da mama afetava cerca de 25,8% das mulheres e o cancro do colo do útero incidia sobre 6,3% das mulheres em todo o mundo. Quanto ao cancro colon retal, em 2020, incidia sobre 11,8% da população mundial. Estes dados demonstram que se deve continuar a efetuar o acompanhamento dos utentes no âmbito da realização de rastreios. Neste contexto, os rastreios oncológicos são de particular importância pois existe evidência que estes estão fortemente relacionados com uma redução da morbilidade e mortalidade e mesmo com a redução de novos casos em algumas situações, quer para os cancros da mama e do colo do útero (Basu et al., 2018) quer para o cancro colon retal (Elmunzer et al., 2015; Gini et al., 2020).

Já em 2003, o Conselho da União Europeia recomendava a implementação de rastreios de base populacional para os cancros da mama, colo do útero e colon retal (von Karsa et al., 2008). Os dois principais tipos de rastreio são rastreios de base populacional nos quais as mulheres do grupo-alvo definido são sistematicamente testadas, seja ao

nível nacional ou regional, e rastreios oportunistas, em que a participação das mulheres é resultado de uma recomendação feita por um profissional de saúde ou por sua própria iniciativa. A evidência sugere que os programas de base populacional, em comparação com os oportunistas, conduzem a melhores resultados tanto em termos de maiores taxas de participação (Gianino et al., 2018) como em termos de menores desigualdades (De Prez et al., 2021; Palència et al., 2010).

Os cuidados de saúde primários assumem um papel central nos rastreios oncológicos. De acordo com a OMS, “os cuidados de saúde primários é uma abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades. Aborda os determinantes da saúde mais vastos e incide sobre os aspetos completos e interrelacionados da saúde física, mental e social e do bem-estar. Os cuidados de saúde primários asseguram que as pessoas recebem cuidados completos, desde a promoção e prevenção ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, tão perto quanto possível do seu ambiente diário.” (World Health Organization (WHO), Cuidados de Saúde Primários - factos chave)¹.

Ao longo dos tempos tem havido a necessidade de redefinir e de dar uma nova interpretação ao conceito de cuidados primários de saúde. Seja a nível dos cuidados de saúde em ambulatório ou de primeiro nível, seja a nível de cuidados de saúde primários que englobem uma série de intervenções em saúde prioritárias direcionadas a pessoas de baixo rendimento.

É através dos cuidados primários que são detetados o maior número de casos positivos de neoplasias. Em alguns casos, são detetados em exames de rotina, sendo encaminhados pelo médico de família para a consulta de especialidade, de acordo com a patologia a que se refere. Serão efetuados exames complementares de modo a diagnosticar o estadio de cancro, caso se confirme a sua presença, em que o utente se encontra (em regra, I, II, III ou IV, sendo estas nomenclaturas o grau de estadio de cancro em que é detetado), de modo a determinarem qual o tratamento mais adequado. Podem ter em conta os ganhos para utente, nomeadamente em termos de qualidade de vida,

¹ <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-care>

esperança de vida após deteção de cancro, custos de tratamento de acordo com o estadio de neoplasia do utente.

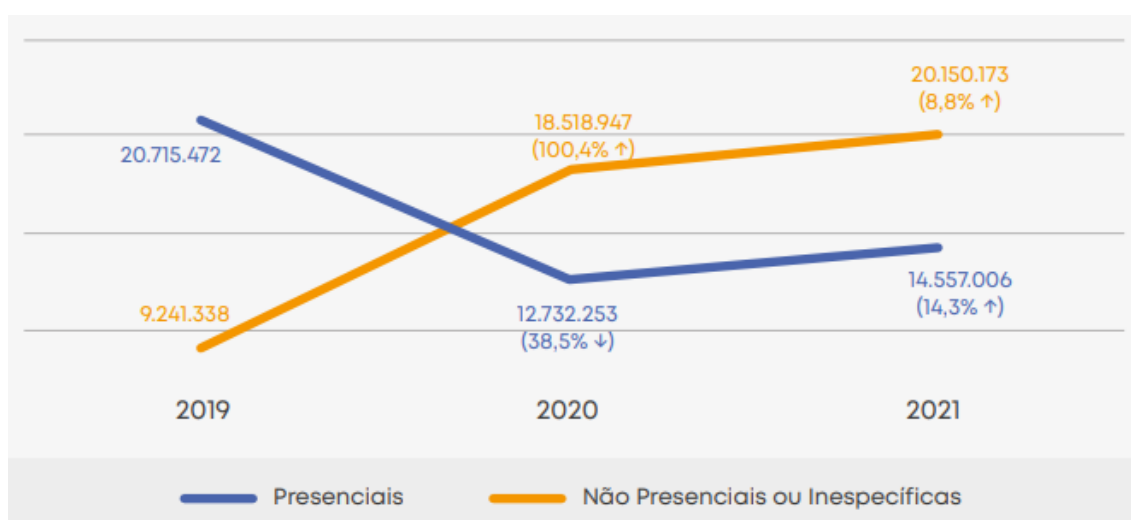
De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde e tendo em conta o período pandémico (2019-2021), verifica-se uma redução da prestação dos cuidados de saúde primários, no entanto já em 2021 se verifica um reativo aumento da prestação de cuidados de saúde primários, como se pode verificar na tabela 1 e no gráfico 1.

Tabela 1 - Evolução das consultas médicas nos Cuidados de Saúde Primários 2019-2021

TIPO	2019	2020	2021	Δ 19/20	Δ 20/21	Δ 19/21
Consultas médicas						
Presenciais	20.715.472	12.732.253	14.557.006	-38,5%	14,3%	-29,7%
Não Presenciais ou Inespecíficas	9.241.338	18.518.947	20.150.173	100,4%	8,8%	118%
Domicílio	197.515	130.458	156.914	-34%	20,3%	-20,6%
Total	30.154.325	31.381.658	34.864.093	4,1%	11,1%	15,6%

Fonte: Relatório Primavera 2022

Gráfico 1 - Evolução das consultas médicas nos CSP (excluindo os domicílios) 2019-2021



Fonte: Relatório Primavera 2022

“Analisando as consultas médicas apresentadas no Tabela 1 (consultas médicas) e na Figura 1, verificamos uma redução de 38,5% nas consultas presenciais no período 2019/2020 e um aumento de 14,3% no período 2020/2021, ainda assim insuficiente para recuperar a atividade pré-pandemia, uma vez que se regista uma redução de 29,7% entre 2019/2021. Os cuidados ao domicílio seguem a mesma tendência – uma redução de 34% no período 2019/2020, seguida de uma recuperação de 20,3% no período 2020/2021, que apesar de tudo não recuperou a atividade anterior, face à variação negativa de 20,6% entre 2019/2021. Esta tendência é alterada quando analisamos as consultas não presenciais ou inespecíficas com um aumento de 100,4% no período 2019/2020 e um aumento de 8,8% no período 2020/2021.”²

3.2. Custos de cancro

De acordo com alguns investigadores, os custos de tratamento de cancro, podem ser diversos. Lopes, et al. (2017) sugerem que os custos são diretos, indiretos e intangíveis. Os custos diretos surgem da prestação de cuidados de saúde, seja de cuidados médicos ou de cuidados não médicos, isto é custos de pessoal (cuidados de enfermagem, por exemplo), custo de medicamentos, de MCDT. Os custos indiretos decorrem de perdas de prestação de cuidados de saúde relacionadas com a possível incapacidade ou morte precoce do utente, ou seja, redução das capacidades físicas/motoras do utente. Os custos intangíveis referem-se a alterações na qualidade de vida e efeitos que a doença ou o seu tratamento possam causar ao utente, como dor ou sofrimento.

“Tanto em Portugal como nos países Europeus, o cancro continua a ser a maior causa de morte e a incidência de carcinomas tem atingido proporções epidémicas neste século. Em 2009 os custos de cancro estimados na Europa, incluindo custos diretos e indiretos, atingiram cerca de 126 mil milhões de euros, sendo os custos de cuidados de saúde de cancro cerca 102 euros por cidadão.” (Araújo et al., 2017)

² <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>

Vários estudos centram-se nos custos diretos de tratamento do cancro. Pois através destes pode-se efetuar tratamentos, prevenção, deteção de novos cancros etc.. No entanto, também podem ser considerados custos de tratamento de cancro, os custos com a hospitalização, com os cuidados prestados em ambulatório ou mesmo o recurso a fármacos.

Um dos indicadores habitualmente utilizados para medir a carga da doença oncológica é o disability-adjusted life-year (DALY), tendo este sido desenvolvido pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). “O DALY e os seus componentes, os anos de vida perdidos devido a mortalidade prematura e o número de anos vividos com incapacidade, são instrumentos de avaliação do impacto da doença na saúde do indivíduo.” (Araújo et al., 2009)

Em Portugal, um dos métodos de cálculo dos custos do cancro é efetuado através dos GDH, uma vez que estes englobam o preço total para cada procedimento, detendo diversidade de custos, incluído os custos com mediação, não considerando o consumo específico de cada utente enquanto estiver internado.

Os GDH “constituem um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. A cada grupo é associado um peso relativo, isto é, um coeficiente de ponderação que reflete o custo esperado com o tratamento de um doente típico agrupado nesse GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico a nível nacional.”³

3.3. Rastreios oncológicos em tempo de pandemia

Durante a pandemia por COVID-19, ocorreu uma redução massiva da utilização de cuidados de saúde (Moynihan et al. 2021). Em Portugal também se verificou um decréscimo acentuado da atividade assistencial não urgente, originando níveis sem precedentes de necessidades de cuidados de saúde (auto reportadas) não satisfeitas (Lourenço et al., 2022). Tal sucedeu desde logo devido à suspensão dessa atividade por

³ http://aprendis.gim.med.up.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos

parte das autoridades, mas também devido ao receio de ser infetado e à própria impossibilidade de circulação devido às medidas de contenção do movimento dos cidadãos, pelo menos na fase inicial da pandemia (Tribunal de Contas, 2020).

No que diz respeito aos rastreios oncológicos, segundo o Tribunal de Contas, as taxas de adesão dos utentes mantiveram-se estabilizadas, face a anos anteriores, pelo que a diminuição da atividade resultou da menor oferta do Serviço Nacional de Saúde (Tribunal de Contas, 2022). De acordo com este relatório, em Portugal, o número de utentes convidados a realizar rastreio em 2020, face a 2019, foi inferior em 46% no cancro da mama, em 54% no cancro do colo do útero e em 38% no cancro do cólon e reto.

As consequências futuras da redução dos rastreios são incertas. Ainda que os rastreios tenham sido retomados, dependendo do tipo de cancro e localização, um atraso de seis semanas nos rastreios pode ser problemático; um atraso de seis meses pode resultar num aumento dramático da taxa de mortalidade relacionada com cancro (Meyer et al. 2020; Sud et al. 2020)

3.4. Rastreios oncológicos de base populacional em Portugal – região centro

O presente relatório vai ter em conta dados de diferentes 9 ACeS da região centro de Portugal, Nuts II (figura 6), e engloba três tipos de rastreio:

- ✓ cancro da mama;
- ✓ cancro do colo do útero;
- ✓ cancro do colon retal.

No diagnóstico do cancro da mama foram usados dados de mulheres entre os 50 e os 70 anos com mamografia realizadas há menos de 2 anos. No diagnóstico do colo do útero, foram analisados dados de mulheres com idades entre os 20 e os 60 anos, sendo o rastreio efetuado de 3 em 3 anos. No diagnóstico do cancro colon retal, foram analisados

os dados de homens e mulheres dos 50 aos 75 anos, sendo o rastreio efetuado de 3 em 3 anos.

Os diferentes tipos de cancro são representados através de um Bilhete de Identidade (Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização - BIIMC), onde lhe é atribuído um código do Sistema de Informação da ARS (SIARS), que permite a identificação do tipo de cancro a que respeita.

Neste caso em particular, os três tipos de cancro analisados, detêm o seguinte identificador, encontrando-se em anexo a especificação de cada BIIMC (anexos I, II e III, respetivamente):

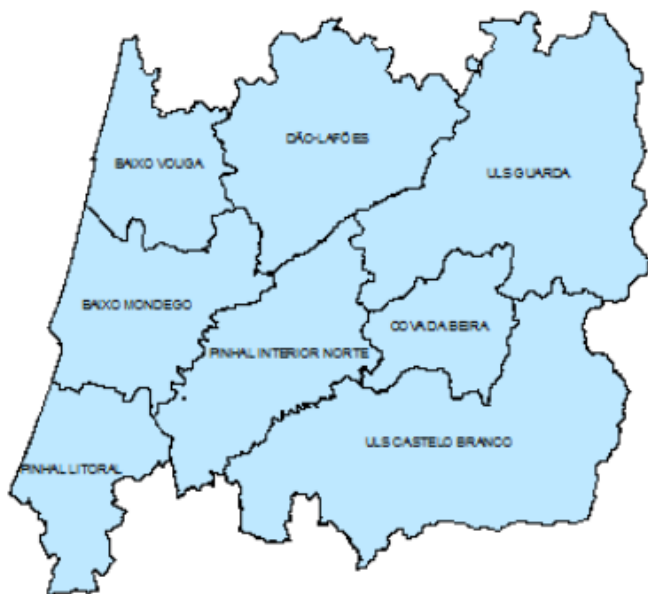
- ✓ Cancro da mama: 2013.044.01
- ✓ Colo do útero: 2013.045.01
- ✓ Colon retal: 2013.046.01

Nos casos em que se confirma a existência de cancro, será analisada a análise da produção perdida nos rastreios, ou seja, as mortes evitáveis, a redução ou não da qualidade de vida do utente, quais os custos para o SNS, em caso de diagnósticos mais tardios.

Os dados dos rastreios irão incluir o período de 2012 a 2021. No entanto haverá maior enfoque no período 2019 a 2021, retratando o período pré e pós pandemia SARS-CoV-2. Este período irá refletir o acesso a cuidados primários de saúde dos utentes, nestes três tipos de rastreio de cancro. Onde serão analisados os porquês da redução/aumento do acesso a cuidados de saúde primários, o encaminhamento dos utentes para consultas de especialidade, entre outros fatores.

De acordo com o Tribunal de Contas, ao “nível nacional, a cobertura geográfica, por ACeS, em 2020, era de 80% no rastreio do cancro da mama, de 100% no rastreio do cancro do colo do útero, e de 89% no rastreio do cancro do cólon e reto. Na análise por UF-CSP, as coberturas geográficas foram inferiores, de 76%, 88% e 63%, respetivamente, para cada um dos rastreios.” (Tribunal de contas, 2022)

Figura 6 – Mapa ACeS zona Centro



Fonte: ARSC, 2014

3.4.1. Rastreio do cancro da mama

O cancro da mama é uma questão de saúde pública que afeta muitas mulheres a nível nacional (e mundial!) e embora não seja letal, tem elevada incidência e a sua taxa de mortalidade é um pouco elevada. Por estes e outros motivos é que são efetuados rastreios com frequência, de modo a detetar precocemente os possíveis casos de cancro da mama.

De acordo com a OMS, em consonância com a Agência Internacional da Investigação de Cancro, para o ano de 2020, o cancro da mama surge em 1º lugar em Portugal, no caso de aparecimento de novos casos todos os anos, tendo maior incidência em mulheres que em homens. Por este motivo, apenas a realidade feminina será retratada neste relatório. Se observarmos a mortalidade associada ao cancro da mama, este tipo de cancro aparece em 5º lugar, o que pode ser indicador de que os rastreios estão a ser realizados e a população feminina está atenta a alguns sinais que possam ser indicadores de cancro.

Tendo em conta os dados da OMS, em 2020 para o caso português, existe a probabilidade de surgirem cerca de 21,8% novos casos de cancro da mama. Se compararmos com dados para os países da Europa verificamos que se estima que possam surgir 12,1% de novos casos e em termos mundiais, são estimados 21,7% de novos casos. (Fonte: Globocan 2020)

Relativamente ao caso português, os valores previstos de novos casos aproximam-se mais da estimativa mundial, do que dos países europeus. É necessário ter em conta que se trata de valores previsionais, não tendo em conta a situação pandémica vivida entre 2020 e 2021.

O rastreio do cancro da mama é, por norma, efetuado de dois em dois anos, em cada concelho, a mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos, através de uma unidade móvel da Liga Portuguesa Contra o Cancro, que detém uma convenção com o SNS para a realização destes rastreios. Neste sentido, o SNS depende da “disponibilidade” dos profissionais da LPCC para realizar os rastreios do cancro da mama.

O cancro da mama inicialmente é tratado como *carcinoma in situ* (CIS), ou seja, as mulheres podem transitar de saudáveis para CIS, tendo uma rápida progressão de estadios I, II, III ou IV, passando sempre por uma avaliação clínica, suportada através de MCDT.

Pode-se dizer que uma deteção precoce do cancro da mama, como por exemplo num exame de rotina, pode reduzir a mortalidade e morbilidade, bem como os custos de tratamento do cancro e aumento dos benefícios para a utente.

Ao analisar os dados disponíveis no anexo IV, podemos constatar que, devido à pandemia SARS-CoV-2, vários diagnósticos de cancro da mama ficaram por diagnosticar, uma vez que é notório o decréscimo de casos identificados (Anexo IV). Após duas épocas de confinamento verificadas em dois anos, alguns utentes deixaram de ir a consultas de rotina, possivelmente por receio de contrair o vírus nas instalações hospitalares, vários exames ficaram por realizar, impedindo a precoce deteção dos casos de cancro, levando ao aumento dos custos de diagnóstico e tratamento do cancro da mama.

No caso português, como foi mencionado, os rastreios são realizados pela LPCC. No entanto, em época de confinamento não estiveram a realizar rastreios, devido à pandemia, tendo os meios de saúde de ser adaptados à realidade existente, surgindo a necessidade de utilização de equipamento de proteção pessoal adequado e alguns meios

humanos e técnicos sido direcionados no combate à pandemia ficando muitos rastreios por realizar e cancros por diagnosticar.

De acordo com o Tribunal de Contas, “no rastreio do cancro da mama, o número de mulheres convidadas foi 46% inferior, o número de mulheres efetivamente rastreadas diminuiu em 49%, e o número de casos positivos referenciados foi 38% inferior”, em 2020, face a períodos homólogos. (Tribunal de Contas, 2022)

A nível internacional o caso foi semelhante, tendo-se verificado um decréscimo nos casos diagnosticados de cancro da mama, tendo muitos países dado primazia ao controlo da situação pandémica que, de certo modo, ultrapassamos, tendo os rastreios do cancro da mama ficado, de certo modo para segundo plano, embora sendo urgente rastrear a população feminina, a “erradicação” da pandemia sobrepunha-se a estes rastreios.

3.4.2. Rastreio do cancro do colo do útero

O cancro do colo do útero, também conhecido como Vírus do Papiloma Humano (HPV), é um tipo de cancro que afeta muitas mulheres e jovens. Este tipo de patologia é detetado, através de uma simples citologia, realizada com o médico de família ou ginecologista. Atualmente já se encontra no plano nacional de vacinação uma vacina (com varias doses) que ajuda no combate ao HPV, administrada a jovens (de ambos os sexos) antes de iniciarem a sua vida sexual, segundo o plano de vacinação de 2020 do SNS.

O HPV tem mais incidência em mulheres a partir dos 30 anos de idade. Não quer dizer que mulheres mais jovens não possam desenvolver esta patologia. No entanto, existem alguns fatores que “ajudam” no surgimento do HPV, como o uso prolongado de pilula anticoncepcional (tomas deste meio contraceutivo há mais de 5 anos), mulheres sido submetidas a uma histerectomia (extração do útero), entre outros fatores.

De acordo com a OMS, em consonância com a Agência Internacional da Investigação de cancro, para o ano de 2020, no caso português o cancro do colo do útero surge em 13º lugar, com probabilidade de 2% de surgirem novos casos diagnosticados e apresenta uma taxa de mortalidade de 1,2%. (Fonte: Globocan 2020)

Olhando para os valores do cancro do colo do útero a nível mundial estima-se que possam surgir cerca de 5,8% de novos casos, face à população mundial.

De acordo com o Tribunal de Contas, “no rastreio do cancro do colo do útero, o número de mulheres convidadas foi 54% inferior, o número de mulheres efetivamente rastreadas diminuiu em 51%, e o número de lesões positivas referenciadas foi 28% inferior”, em 2020, face ao período homólogo. (Tribunal de Contas, 2020)

Uma deteção precoce do cancro do colo do útero, permite um aumento da qualidade de vida das utentes, bem como a redução dos custos de tratamento com o cancro.

“Um aumento da consciencialização pública referente à necessidade de rastreios, combinado com o aumento significativo de mulheres efetuam os rastreios tem contribuído para a diminuição do cancro. Existe uma necessidade de que as autoridades de saúde definam as prioridades dos cuidados primários de saúde.” (Real, O. Et al. (2000))

Os rastreios citológicos efetuados com regularidade a cada 3 anos, apresentam maiores possibilidades de deteção de células cancerígenas e conseqüente redução de custos para o SNS português, bem como possíveis aumentos de qualidade de vida para a utente, e redução do tempo de tratamento, de acordo com o estadio em que for diagnosticado o cancro, caso se verifique.

3.4.3. Rastreio do cancro colo retal

O cancro colon retal é dos cancros mais silenciosos, que pode levar a conseqüências menos agraváveis para o utente quando não detetado atempadamente e afeta indivíduos de ambos os sexos, independentemente da idade.

“O cancro colon retal é tanto prevenível como curável; efetuar rastreios à população elegível pode reduzir a incidência e a mortalidade do cancro colon retal” (Fisher, Deborah A. et al, 2021)

De acordo com José Cotter (2013) uma forma de prevenir o cancro colon retal é a inclusão da dieta mediterrânica na rotina dos utentes, nomeadamente, com o acréscimo de consumo de frutas, cereais e azeite, aliados a um estilo de vida saudável. De acordo

com este autor, os tratamentos do cancro colon retal requerem o comprometimento de uma equipa multidisciplinar que incluam uma variedade de especialidades e que se devem focar na diferenciação com vista ao resultado final.

De acordo com a OMS, em consonância com a Agência Internacional da Investigação de cancro, para o ano de 2020, no caso português o cancro colon retal surge em 4º e 5º lugar, ou seja, a OMS divide este tipo de cancro em dois, isto é, o cancro do colon tem uma incidência de 8,9% e uma taxa de mortalidade de 9,9%, o cancro do reto tem uma incidência de 8,2% e uma taxa de mortalidade de 4,3%. (Fonte: Globocan 2020)

Analisando em termos mundiais, em 2020, estimava-se que poderiam surgir cerca de 18,5% novos casos de cancro colon retal. Em termos europeus, estimava-se que poderiam surgir 11,8% de novos casos no total da população.

Efetuada uma comparação entre os dados estimados para Portugal e os dados para a Europa e a nível mundial, podemos dizer que as previsões de surgimento de novos casos são mais elevadas em Portugal que no resto da Europa e apresenta valores semelhantes às projeções efetuadas a nível mundial, o que pode demonstrar que não estão a ser efetuados os rastreios com maior regularidade, originando diagnósticos tardios.

De acordo com o Tribunal de Contas, “no rastreio do cancro do cólon e reto, o número de utentes convidados foi 38% inferior, o número de utentes efetivamente rastreados diminuiu em 39%, e o número de casos com lesões positivas foi 20% inferior”, em 2020, face ao período homólogo. (Tribunal de Contas, 2020)

O rastreio do cancro colon retal é, por norma, realizado a utentes entre os 50 e os 75 anos de dois em dois anos. Efetuar exames de rotina aos utentes que estejam no grupo de risco de cancro colon retal, pode-se traduzir na deteção e prevenção do aparecimento de novos casos. Nomeadamente, através de colonoscopia, tomografias ou exames menos invasivos como deteção de sangue oculto nas fezes ou mesmo na procura de “marcadores” de cancro no ADN do utente. Aquando da realização dos exames e estes se revelarem células cancerígenas, o utente deve realizar uma colonoscopia de modo a verificar se se confirma a existência de neoplasia. Após a realização do exame, “o utente é orientado para vigilância clínica, segundo algoritmo clínico previamente determinado.”⁴

⁴ <https://www.arsnorte.min-saude.pt/rastreios/cancro-do-colon-e-recto/#content>

De acordo com alguns autores, a relação entre estes tipos de cancro e os seus custos, varia consoante os custos associados ao tratamento de cancro e os ganhos em anos de vida, variam de utente para utente, pois tem a ver com o estadio de cancro em que se encontrem e a forma de tratamento que deverá ser aplicada.

Tendo em conta o intervalo etário em que é usual efetuar o rastreio do cancro colon retal, por norma, os custos por pessoa associados a este tipo de cancro são mais reduzidos na população mais nova (cerca dos 50 anos), isto é, quanto mais cedo for detetado o cancro menores serão os custos de tratamento do cancro, à partida, podendo-se traduzir na melhoria da qualidade de vida do utente.

4. Rastreios oncológicos – análise empírica

4.1. Métodos

De modo efetuar uma análise mais criteriosa em termos de valores reais, os dados apresentados foram recolhidos através do Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde (SIARS).

Foram utilizados dos dados reais dos rastreios efetuados, tendo em conta o universo populacional da faixa etária de acordo com cada tipos de rastreio, obtendo a percentagem de pessoas rastreadas.

A fórmula utilizada foi a seguinte:

$$\%população\ rastreada = \frac{número\ de\ rastreios\ efetuados}{total\ população\ elegível\ para\ rastreio}$$

Foram efetuadas tabelas dinâmicas com os dados mais relevantes, como os indicadores dos tipos de rastreio, o período temporal a que se refere a amostra, os dados relativos a cada ACeS. Dados estes utilizados com a finalidade de produzir os gráficos que, seguidamente, serão apresentados.

A tabela de dados resultantes da recolha de informação, onde foi aplicada a fórmula anterior, encontra-se no anexo IV.

De modo a obter uma melhor compreensão dos dados dos gráficos a analisar é necessário efetuar uma legenda: no eixo vertical é indicada a percentagem dos rastreios efetuados, no eixo horizontal é indicado o horizonte temporal, decorrido entre janeiro de 2019 a dezembro de 2021. É efetuada a comparação entre os rastreios de cada ACeS e o total de rastreios da ARSC.

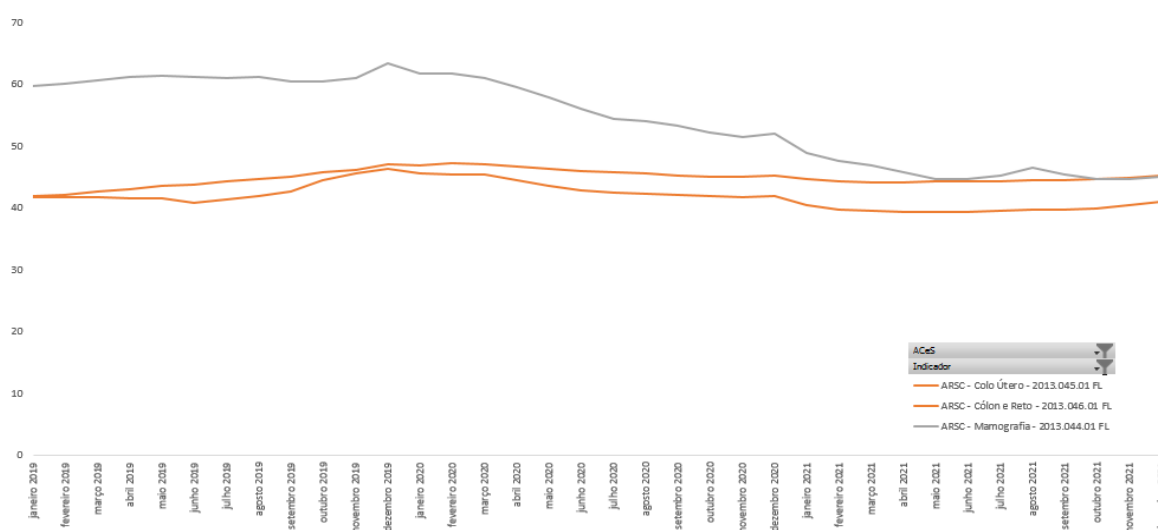
4.2. Resultados

Nos dias que decorrem são muitos os casos de cancro que surgem diariamente. Cada vez mais as pessoas se preocupam com a sua saúde e recorrem aos cuidados de saúde primários para efetuar check-ups de modo a prevenir qualquer doença que possa surgir. Por vezes, é nestas consultas de rotina que são detetados os primeiros sinais de cancro, sendo os doentes encaminhados para as especialidades a fim de receberem o tratamento adequado.

Estes últimos anos têm sido um pouco atípicos no que respeita ao rastreio do cancro, pois devido à existência da pandemia SARSCoV-2, muitos rastreios ficaram por realizar e diferentes tipos de cancro por diagnosticar.

O gráfico nº 2 demonstra a evolução dos rastreios do cancro da mama, do colo do útero e colon retal, respetivamente, no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2021, na zona centro.

Gráfico nº 2 – Evolução (em percentagem) dos rastreios do cancro da mama, colo do útero e colon retal, na região centro



Fonte: SIARS, 2022

Existem vários fatores que contribuem para evolução do número de rastreios efetuados neste período, ou seja, entre 2012 e 2019 assistiu-se a um aumento gradual dos rastreios efetuados. Com o início da pandemia, no ano de 2020, verificou-se um desaceleramento dos rastreios efetuados originando uma diminuição do número de casos de cancro detetados. Este fato deve-se pela necessidade de mobilização de meios profissionais e técnicos no combate à pandemia, de modo a suprir as necessidades verificadas; também resulta do facto de os utentes acederem com menos frequência a consultas de rotina, implicando a redução de exames que pudessem detetar a existência de células cancerígenas e assim o encaminhamento dos utentes para a especialidade indicada

4.2.1. Rastreio do cancro da mama

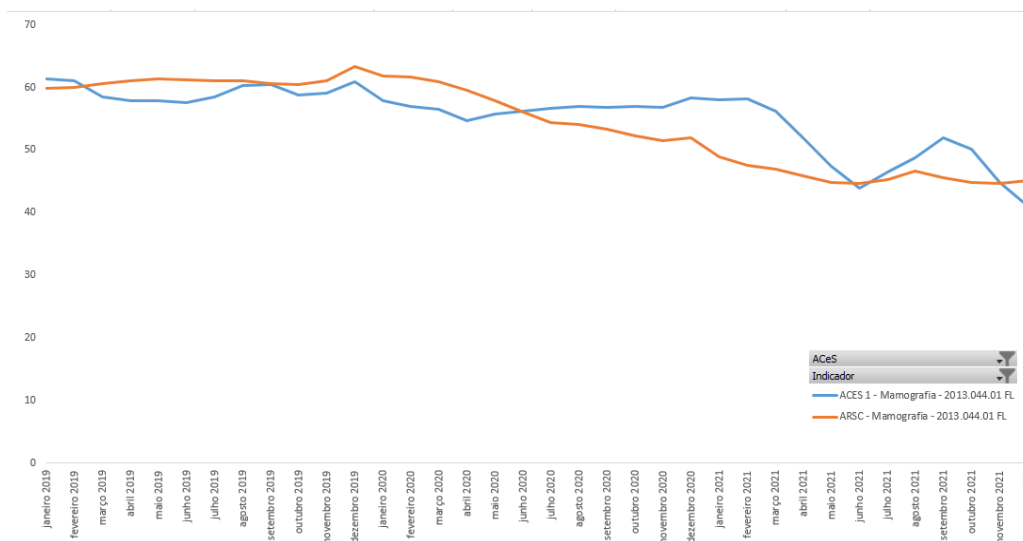
Os gráficos seguintes demonstram a evolução dos rastreios do cancro da mama em cada ACeS da região centro.

Iniciando a análise no ano de 2019, assistimos, de um modo geral, a uma evolução gradual dos rastreios do cancro da mama. Contrariamente, com o início da

pandemia, em março de 2020, assiste-se a uma redução generalizada dos rastreios realizados e consequente confirmação de casos positivos de cancro da mama. Esta redução prende-se com o facto de as unidades de rastreios móveis, terem sido reduzidos ao mínimo, senão mesmo cancelados.

Analisando em pormenor os gráficos dos rastreios do cancro da mama dos diferentes ACeS da zona Centro, podemos também observar que alguns ACeS apresentam valores de rastreios superiores ao valor médio da ARSC, conseguindo aumentar os números de rastreios efetuados e diagnósticos efetuados, como é o caso do ACeS 2 e ACeS 4. Este facto pode ocorrer pelas diferenças de organização dos ACeS, nomeadamente pela falta de recursos humanos que estão canalizados para outras funções, maior dificuldade na retoma, entre outros fatores.

Gráfico nº 3 – Evolução (%) do rastreio do cancro da mama no ACeS 1

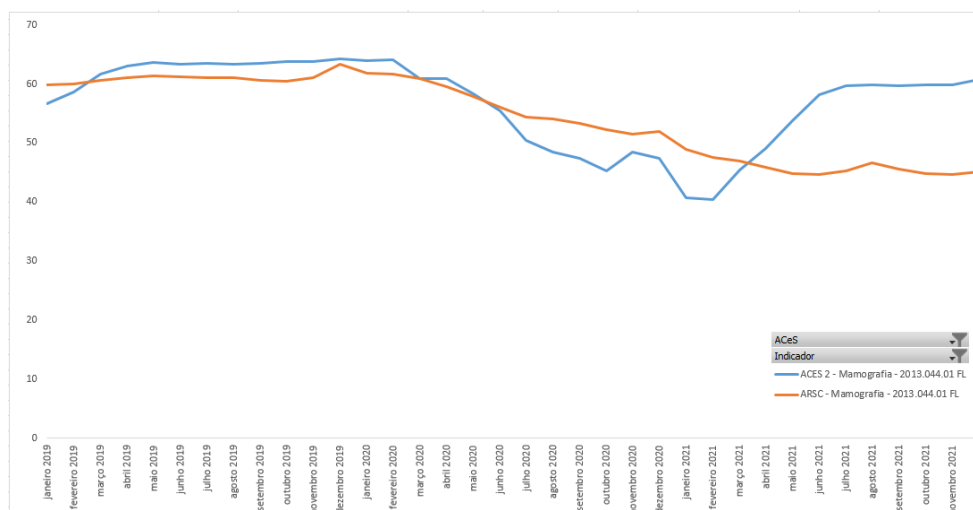


Fonte: SIARS, 2022

Observando apenas o ano de 2019, assistindo a um amento dos rastreios do cancro a mama, seguindo-se um decréscimo do número de rastreios a partir do ano de 2020, coincidindo com o início da pandemia e o período de confinamento que se verificou entre março e maio de 2020. Após este período, assistimos a novos aumentos do acesso a rastreios do cancro a mama, o que indica uma afluência positiva das mulheres à realização dos rastreios mamários.

Dada a existência de um novo confinamento, em janeiro de 2021, os rastreios voltaram a diminuir, apenas voltando a registar novos aumentos de rastreios efetuados a partir de maio de 2021.

Gráfico nº 4 – Evolução (%) do rastreio do cancro da mama no ACeS 2

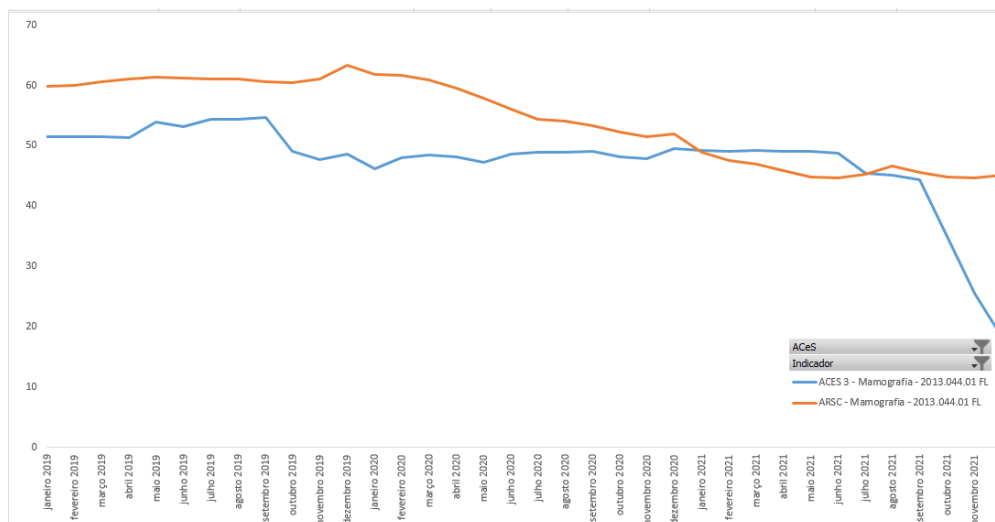


Fonte: SIARS, 2022

Observando o ano de 2019 e o mês de janeiro de 2020 assistindo a um aumento dos rastreios do cancro a mama, havendo uma ligeira oscilação entre fevereiro e março de 2020, seguindo-se um decréscimo do número de rastreios a partir de abril de 2020, coincidindo com a pandemia e respetivo período de confinamento. Entre março de 2020 e fevereiro de 2021, observamos uma quebra acentuada do número de rastreios efetuado neste ACeS. Esta diminuição deve-se ao facto de as unidade de LPCC não estar a efetuar rastreios à população feminina, devido à pandemia, bem como possivelmente devidos a falta de meios para efetuar os rastreios.

A partir de março de 2021, assistimos a uma rápida evolução dos rastreios do cancro da mama. Com o fim da pandemia e com o possível regresso dos rastreios móveis da LPCC ou mesmo pelo aumento da afluência das utentes ao do médico de família e solicitarem a realização de uma mamografia de rotina, observamos um aumento exponencial dos número de rastreios efetuados entre março e junho de 2021, continuando a assistir-se a um aumento contínuo até a fim do ano de 2021.

Gráfico nº 5 – Evolução (%) do rastreio do cancro da mama no ACeS 3

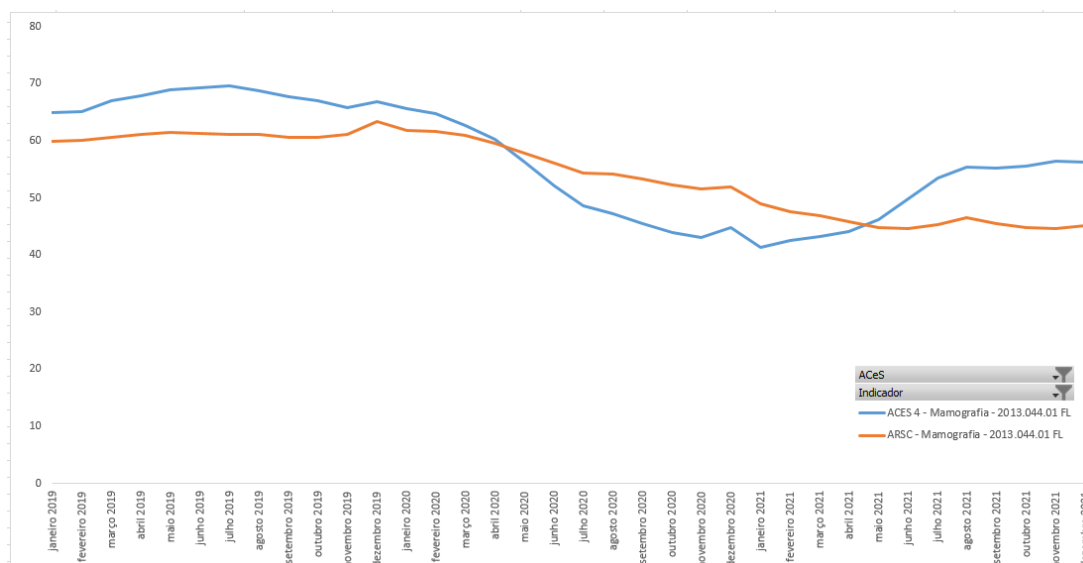


Fonte: SIARS, 2022

Ao analisar o ACeS 3, observamos uma relativa constante nos rastreios efetuados, entre o período de janeiro de 2019 e junho de 2021. A partir desta data regista-se uma quebra acentuada no número de rastreios. Qual o motivo para esta quebra tão abrupta? Esta é uma questão pertinente pois contrasta com os dados apresentados pelos diferentes ACeS da região centro.

Uma possível explicação passa pelo facto que a população se ter deslocado para outra zona geográfica do país, ou mesmos se encontrarem em confinamento pelo vírus SAR-CoV2. Também pode ser explicada pela ausência da presença da unidade móvel da LPCC, de modo a realizar rastreios.

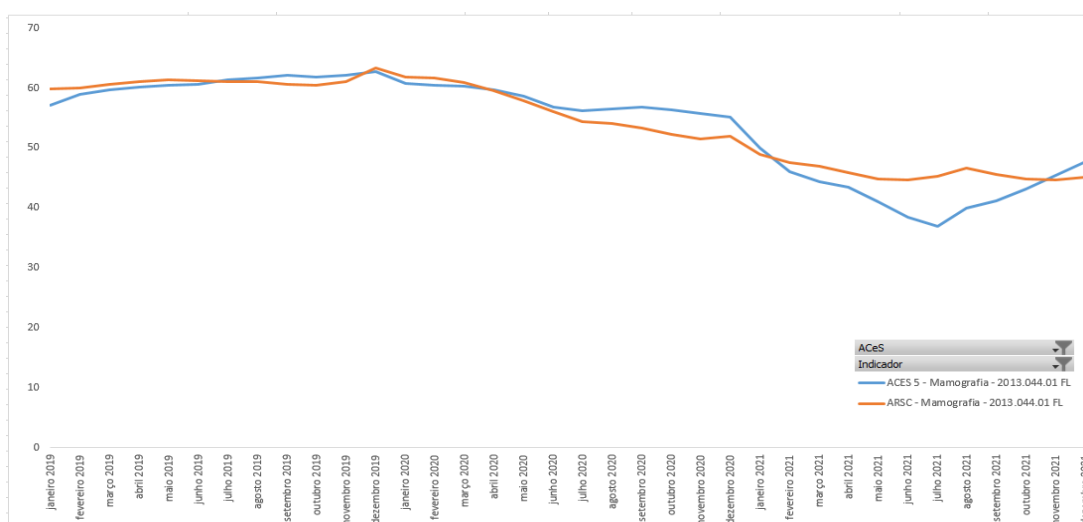
Gráfico nº 6 – Evolução (%) do rastreio do cancro da mama no ACeS 4



Fonte: SIARS, 2022

Observando os dados dos rastreios do ACeS 4, verificamos que apresenta valores de rastreios acima totais da ARSC, em quase todo o período temporal (janeiro de 2019 a dezembro 2021), apenas se verifica uma diminuição durante o período pandémico, ou seja entre março de 2020 e abril de 2021. Isto pode dever-se ao fato de haver necessidade de deslocação meios profissionais e técnicos no combate à pandemia, tendo como consequência a diminuição dos rastreios. A partir de abril de 2021, regista-se um aumento dos rastreios efetuados.

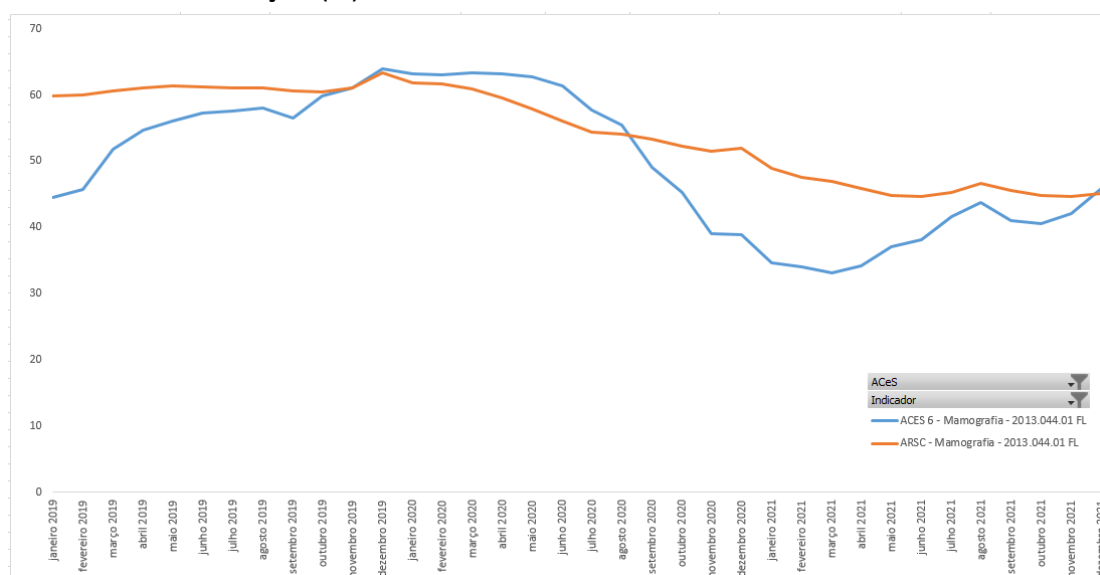
Gráfico nº 7 – Evolução (%) do rastreio do cancro da mama no ACeS 5



Fonte: SIARS, 2022

Observando os dados dos rastreios do ACeS 5, verificamos que apresenta valores próximos dos totais da ARSC, entre janeiro de 2019 e janeiro de 2021. A partir desta data verifica-se um decréscimo do número de rastreios efetuados, tendo como ponto de inflexão o mês de julho de 2021 em que se verifica um aumento do número de rastreios, possivelmente coincidindo com a deslocação da unidade móvel da LPCC

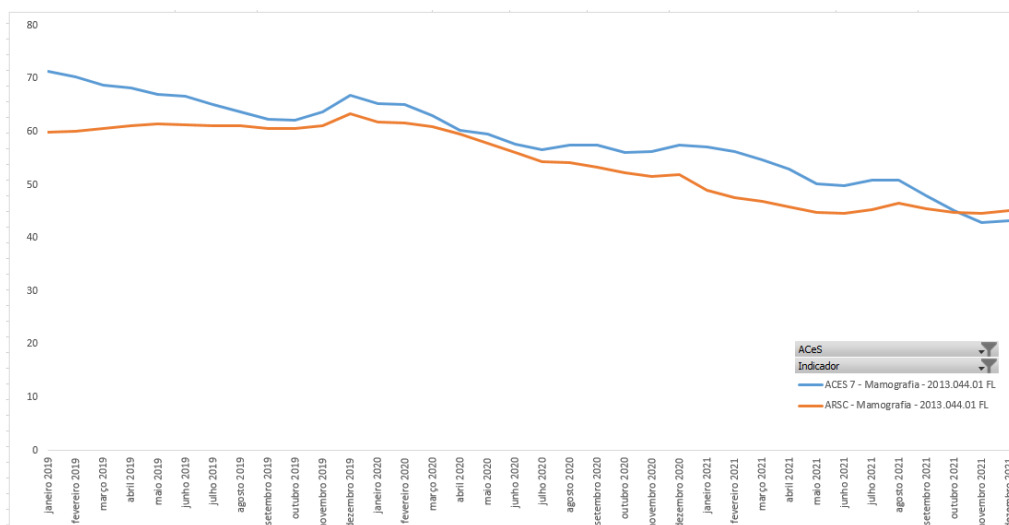
Gráfico nº 8 – Evolução (%) do rastreio do cancro da mama no ACeS 6



Fonte: SIARS, 2022

Observando graficamente os dados do ACeS 6, verificamos várias oscilações dos números de rastreios, mesmo em período de pandemia (janeiro de 2020 a agosto de 2022) verificamos aumento no número de rastreios, embora a partir agosto de 2020, verificamos quebra acentuada nos rastreios de cancro da mama, tendo-se verificado um novo aumento do número de rastreios, a partir de março de 2021.

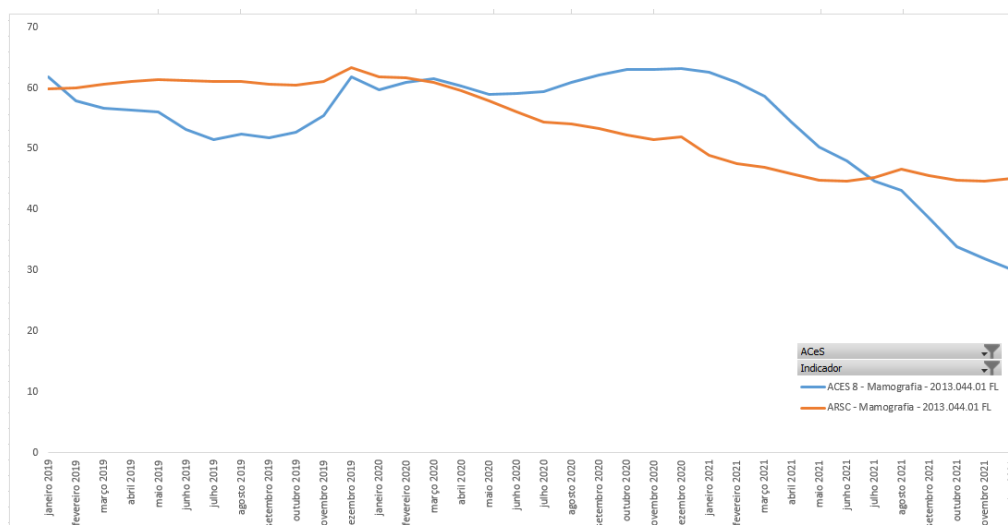
Gráfico nº 9 – Evolução (%) do rastreio do cancro da mama no ACeS 7



Fonte: SIARS, 2022

Analisar o gráfico do ACeS torna-se um pouco ambíguo, pois, no período analisado, no número de rastreios em vindo a diminuir gradualmente, não só por causa da pandemia, mas possivelmente por falta de meios técnico e humanos. A possível falta de acompanhamento da unidade móvel da LPCC, pode influenciar estes valores, ou a população residente e que pertence a este ACeS não se encontra legível para a realização de rastreios.

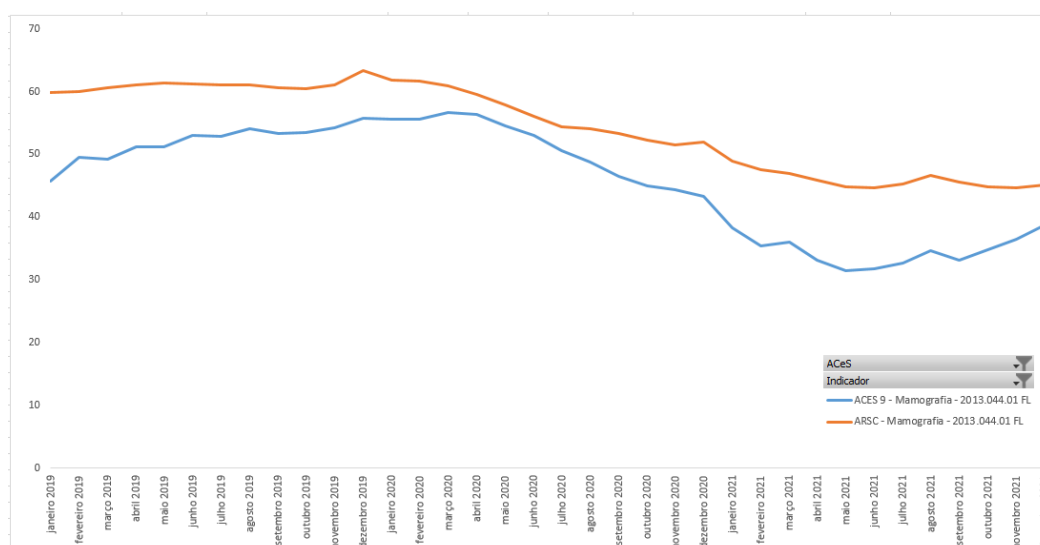
Gráfico nº 10 – Evolução (%) do rastreio do cancro da mama no ACeS 8



Fonte: SIARS, 2022

Nestes ACeS, verificamos um decréscimo do número de rastreios sofreu uma diminuição entre janeiro de 2019 e setembro de 2020. A partir desta data verificou-se um aumento do número de rastreios, havendo no entanto algumas oscilações que levaram a um aumento dos rastreios, nomeadamente entre maio de 2020 e junho de 2021. A partir destas datas, assistimos a uma quebra acentuada nos rastreios realizados.

Gráfico nº 11 – Evolução (%) do rastreio do cancro da mama no ACeS 9



Fonte: SIARS, 2022

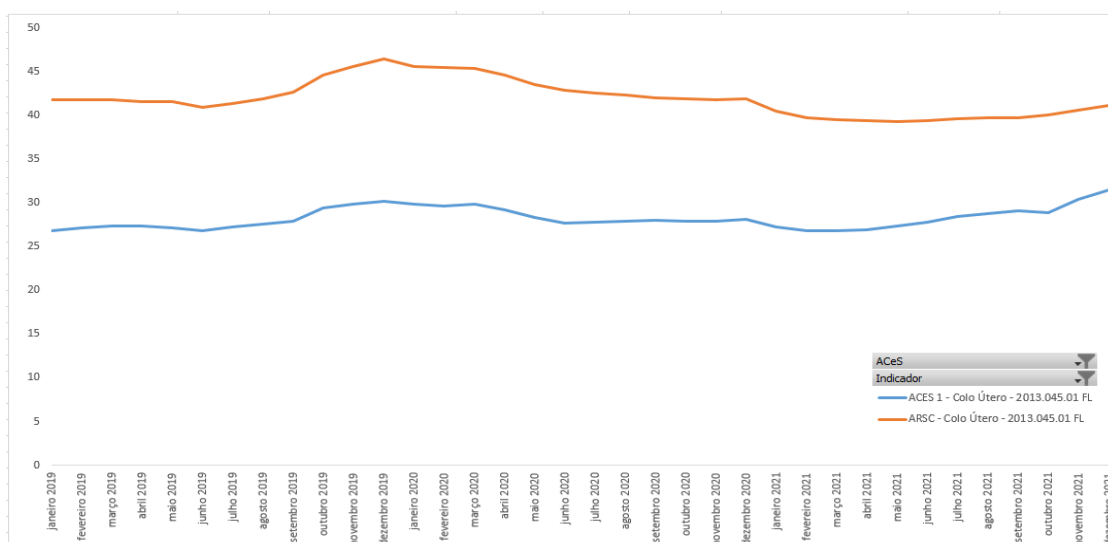
Este ACeS, no período temporal analisado, encontra-se com valores abaixo da média da ARSC. No entanto, mantém uma variação quase constante no que se refere ao número de rastreios do cancro da mama. A partir de março de 2020, assistimos a um decréscimo dos rastreios, coincidindo com o início da pandemia. Desde maio de 2021, verificamos um aumento, consecutivo, do número de rastreios efetuados.

4.2.2. Rastreio do cancro do colo do útero

Ao abordar o tema dos rastreios do cancro do colo do útero é referenciar um tema que afeta mais mulheres do que se possa supor. Além de se tratar de um cancro silencioso, este apenas é detetável através de um exame Papa Nicolau efetuado numa consulta de planeamento familiar com o médico de família. Através deste exame é possível detetar possíveis índicos de cancro, sendo necessário o encaminhamento para a especialidade indicada de modo a efetuar exames complementar confirmando, ou não, a presença de cancro.

Através dos seguintes gráficos podemos analisar a evolução dos rastreios do cancro do colo do útero. Ao contrário do que seria suposto, este tipo de rastreio não sofreu grandes oscilações durante o período pandémico, entre 2020 e 2021. Embora que em parte dos ACeS os valores de rastreios estejam abaixo dos valores médios da ARSC, isto significa que os rastreios do colo do útero continuaram a ser realizados e as utentes não deixaram de realizar os exames necessários para a deteção deste tipo de cancro, mas ainda assim ao nível da ARSC menos de 50% da população elegível está a ser rastreada para o cancro do colo do útero o que é manifestamente pouco...

Gráfico nº 12 – Evolução (%) do rastreio do cancro do colo do útero no ACeS 1



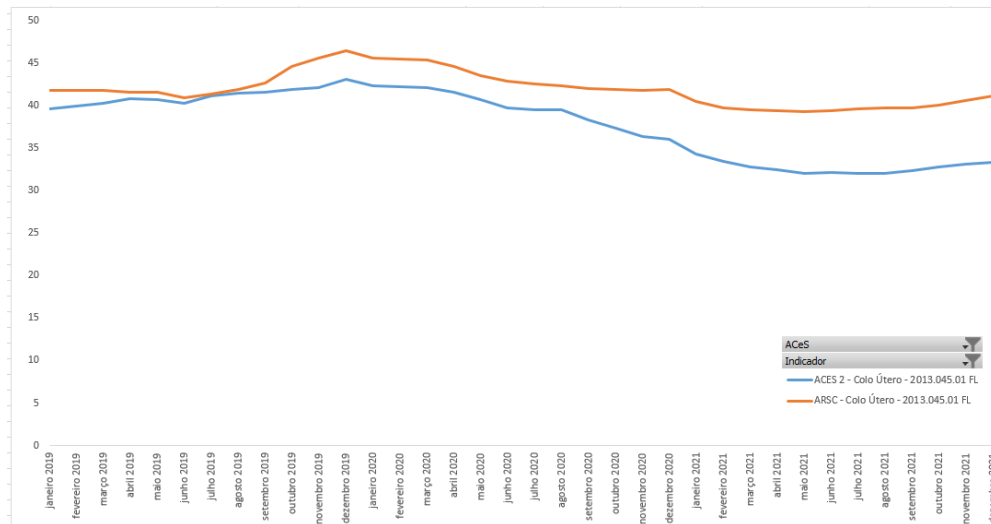
Fonte: SIARS, 2022

Analisando com algum pormenor o gráfico do ACeS 1 e comparando com os valores totais dos rastreios da ARSC, observamos as diferenças de número de rastreios efetuados, o que evidencia uma baixa taxa de rastreios efetuados, o que pode indicar que

as utentes em idade elegível para rastreio não estão a efetuar as suas consultas de planeamento familiar nas USF como seria de esperar.

Durante o horizonte temporal referido, os números de rastreios ao colo do útero, mantiveram-se quase homogéneos, mesmo em período pandémico.

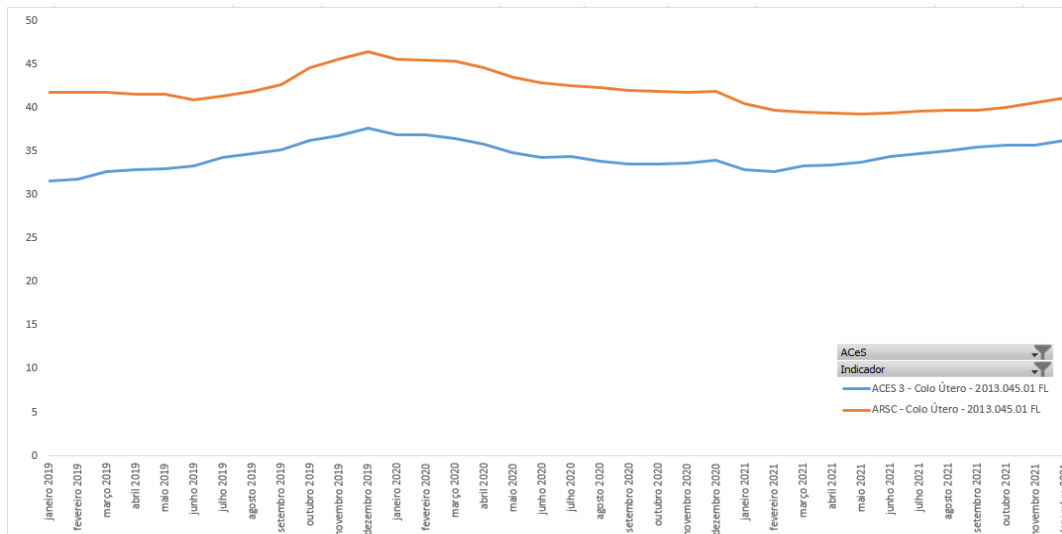
Gráfico nº 13 – Evolução (%) do rastreio do cancro do colo do útero no ACeS 2



Fonte: SIARS, 2022

Os valores dos dados, entre janeiro de 2019 e setembro de 2019, são similares aos valores totais da ARSC, no entanto a partir de outubro desse ano, os números dos rastreios realizados, foram-se reduzindo gradualmente. Qual o motivo? As utentes deixaram de ir ao médico de família realizar consultas de planeamento? O número de profissionais de saúde era insuficiente neste ACeS? São questões como estas que nos leva a pensar nos custos que posam advir de diagnósticos tardios.

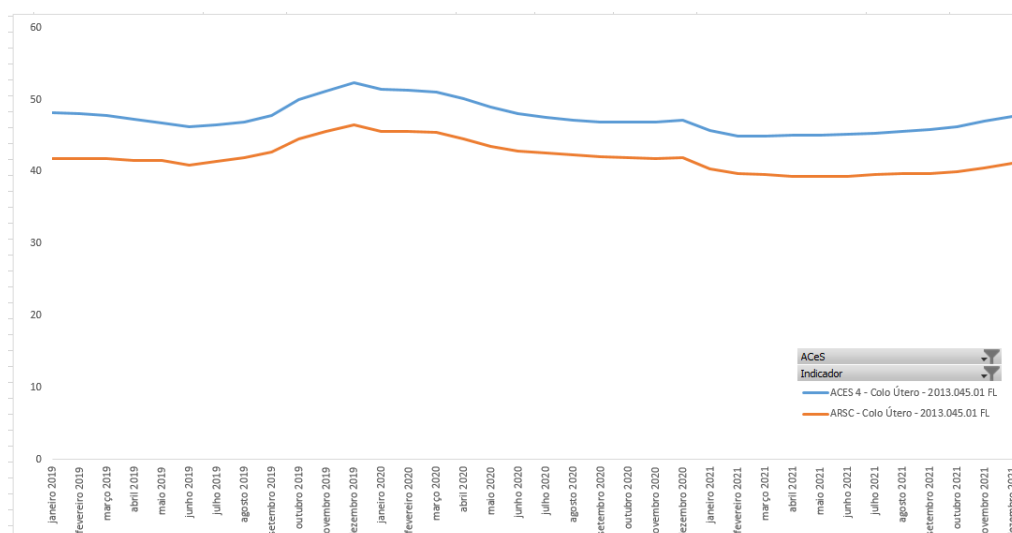
Gráfico nº 14 – Evolução (%) do rastreio do cancro do colo do útero no ACeS 3



Fonte: SIARS, 2022

Neste gráfico, é notório que os números dos rastreios do cancro do colo do útero se encontram abaixo dos valores totais da ARSC. Traduzindo-se em baixos níveis de rastreios às utentes em idade elegível. Mesmo em tempos de pandemia os números de rastreios foram-se mantendo, havendo alguma evolução no número de casos observados

Gráfico nº 15 – Evolução (%) do rastreio do cancro do colo do útero no ACeS 4

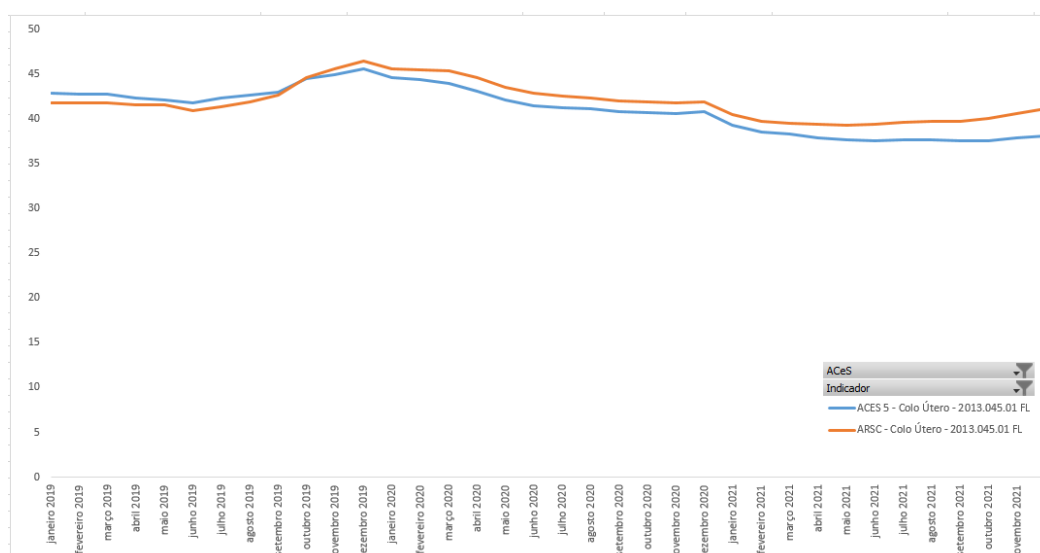


Fonte: SIARS, 2022

Em comparação com os ACeS anteriores, este ACeS apresenta números de rastreios mais elevados que os totais da ARSC. Tendo em conta o horizonte temporal definido, não se verificam grandes flutuações no número de rastreios efetuados por este ACeS.

Analisando o período pandémico, não se pode dizer que existiram flutuações significativas que influenciassem a demora ou a não realização dos rastreios. Podendo-se traduzir numa preocupação dos médicos de família em que estes compromissos sejam mantidos, bem como a preocupação das utentes em realizar os rastreios atempadamente de modo a evitar situações menos auspiciosas no futuro.

Gráfico nº 16 – Evolução (%) do rastreio do cancro do colo do útero no ACeS 5

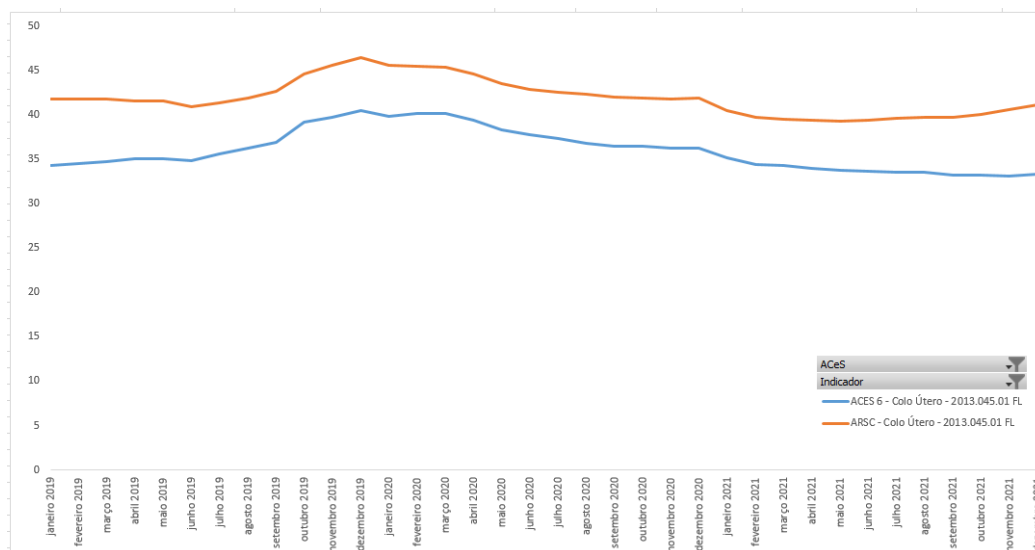


Fonte: SIARS, 2022

Observando os dados dos rastreios do cancro do colo do útero para o ACeS, verifica-se uma pequena flutuação dos rastreios efetuados no período considerado.

No período de setembro de 2019 a março de 2020, verificamos um ligeiro aumento dos rastreios efetuados, após este período e tem-se vindo a observar um decréscimo dos rastreios efetuados.

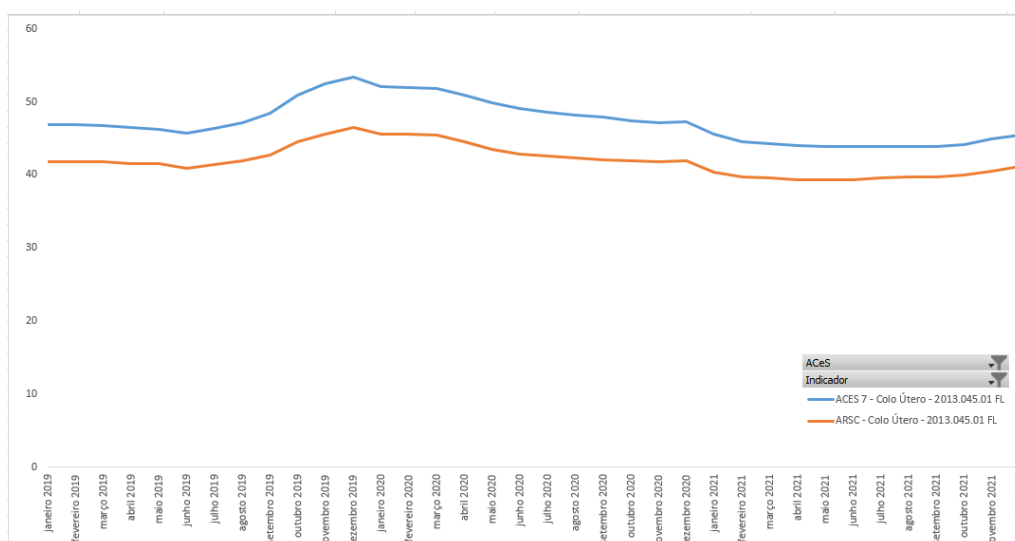
Gráfico nº 17 – Evolução (%) do rastreio do cancro do colo do útero no ACeS 6



Fonte: SIARS, 2022

De acordo com o gráfico apresentado, verificamos um aumento dos rastreios até meados de março de 2020. Após essa data, verifica-se um decréscimo o número de rastreios, coincidindo com o início da pandemia, levando cada vez menos utentes a marcar os seus exames Papa Nicolau.

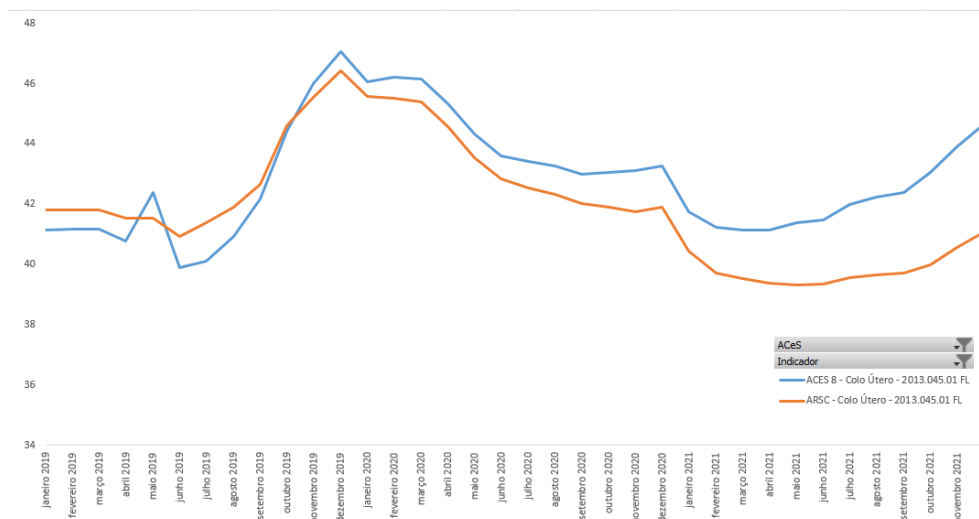
Gráfico nº 18 – Evolução (%) do rastreio do cancro do colo do útero no ACeS 7



Fonte: SIARS, 2022

Analisando dos dados do ACeS 7, constatamos que houve uma evolução dos rastreios efetuados até janeiro de 2020, onde de seguida de constatou uma redução destes rastreios, possivelmente devido à pandemia. A partir de março de 2021, estes valores têm tendência a aumentar, podendo revelar uma maior afluência às consultas de planeamento familiar.

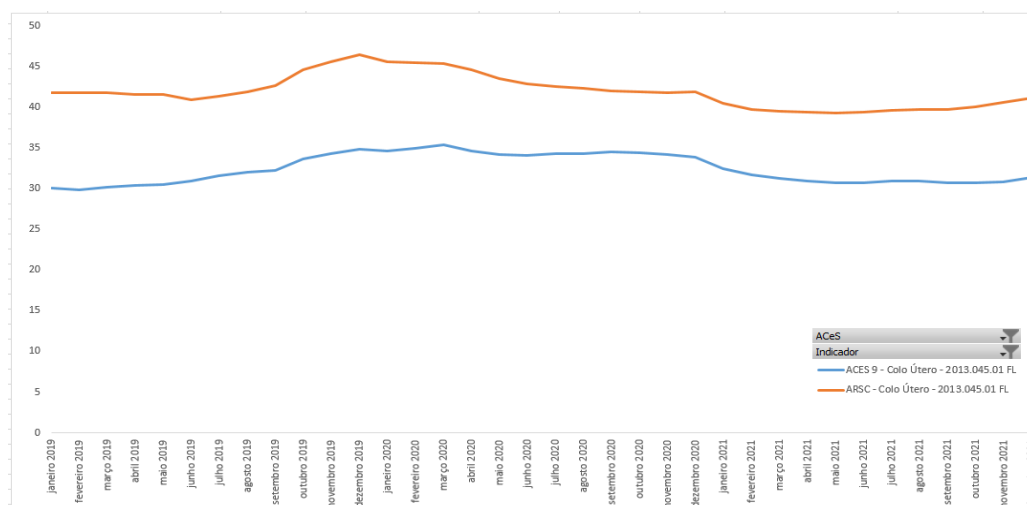
Gráfico nº 19 – Evolução (%) do rastreio do cancro do colo do útero no ACeS 8



Fonte: SIARS, 2022

Em comparação com outros ACeS, esta unidade é a que apresenta maiores flutuações em termo de rastreio do cancro do colo do útero. Em contraste com outros ACeS, no início do período pandémico, realizou um número significativo de rastreios. Apos o início do confinamento, os valores de rastreios foram-se reduzindo moderadamente, voltando estes valores a oscilar positivamente com o fim dos confinamentos, ou seja, a partir de abril de 2021.

Gráfico nº 20 – Evolução (%) do rastreio do cancro do colo do útero no ACeS 9



Fonte: SIARS, 2022

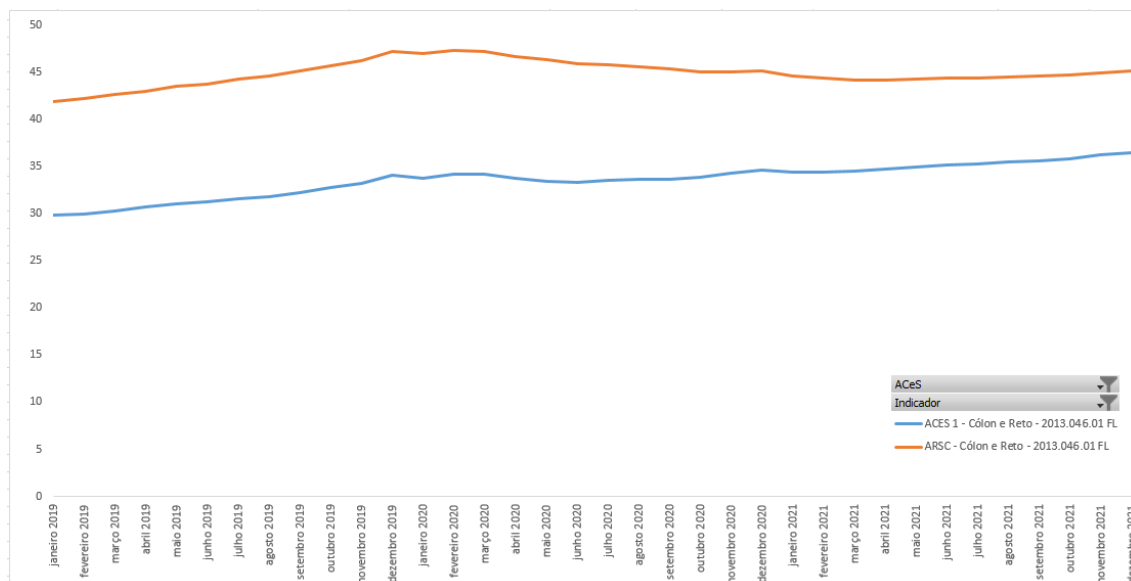
Tal como outros ACeS, este apresenta alores de rastreios relativamente homogéneos durante o período analisado, havendo flutuações moderadas mesmo em contexto pandémico.

4.2.3. Rastreio do cancro colon retal

Referenciando o cancro colon retal, abordamos mais um cancro silencioso que afeta tanto homens como mulheres, por norma, a partir dos 50 anos. Este tipo de rastreio é efetuado através de exames de rotina, bem como através da análise de sangue oculto nas fezes, detetando assim os primeiros indícios de células cancerígenas no colon e reto. Após estes resultados positivos, o utente é encaminhado para a consulta oncológica de especialidade, a fim de ser analisado qual o tratamento mais adequado de acordo com o seu estado de cancro.

Observando em mais pormenor os 9 ACeS da zona centro, podemos dizer que durante o período de 2020-2021, se verificou um decréscimo de rastreios do cancro colon retal. No entanto existem alguns ACeS que mantêm os valores de rastreios acima da média da região centro, o que pode significar que os utentes se preocuparam com a sua saúde mesmo se verificando uma situação de pandemia neste período.

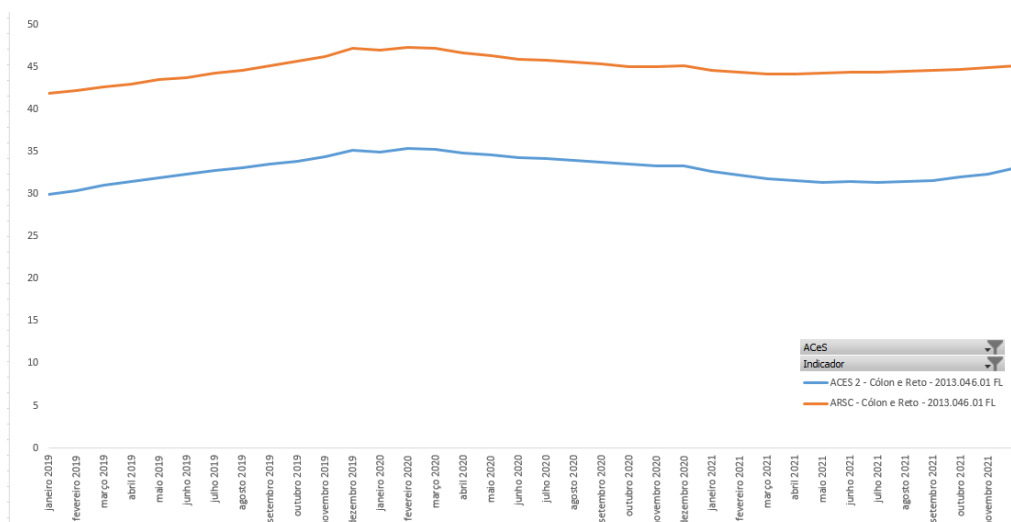
Gráfico nº 21 – Evolução (%) do rastreio do cancro colon retal no ACeS 1



Fonte: SIARS, 2022

Analisando graficamente o ACeS 1, verifica-se que tem havido uma evolução no rastreio deste tipo de cancro, seja em homens, seja em mulheres. Embora os valores de rastreio estejam abaixo da média da ARSC, existe um aumento constante e que se aproxima, de forma lenta, dos valores da ARSC.

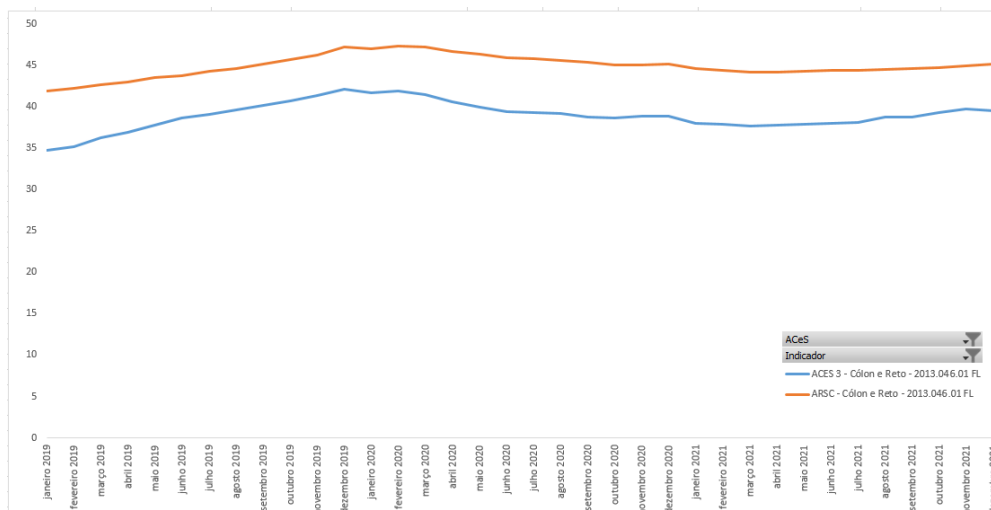
Gráfico nº 22 – Evolução (%) do rastreio do cancro colon retal no ACeS 2



Fonte: SIARS, 2022

Não deixa de notar uma certa curiosidade ao analisar o gráfico do ACeS 2. Isto deve-se ao facto de estar quase em paralelo com os valores totais da ARSC. As oscilações são idênticas em ambos os dados de rastreio. Embora, se tenha verificado uma ligeira diminuição dos rastreios a partir de meados do ano de 2020, tendo estes aumentado ligeiramente a partir de agosto de 2021.

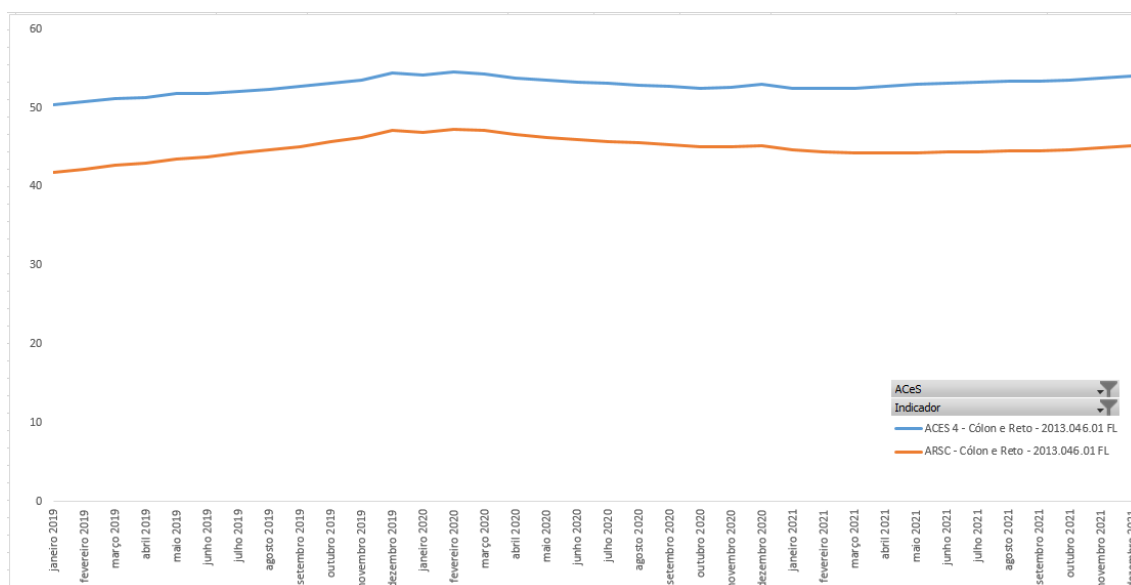
Gráfico nº 23 – Evolução (%) do rastreio do cancro colon retal no ACeS 3



Fonte: SIARS, 2022

Tal como em análises de ACeS anteriores, os valores dos rastreios encontram-se abaixo dos valores totais da ARSC. Neste caso em particular, verifica-se um aumento no número de rastreios até ao início de janeiro de 2020, coincidindo com o início da pandemia, oscilando ligeiramente apos esse período, mas obtendo pequenas flutuações nos períodos seguintes.

Gráfico nº 24 – Evolução (%) do rastreio do cancro colon retal no ACeS 4



Fonte: SIARS, 2022

Contrariamente ao que se em verificado nos outros ACeS, o ACeS 4 apresenta valores de rastreios superiores aos totais da ARS. O que se pode traduzir num número mais elevado de consultas de rotina, levando os profissionais e saúde a marcarem mais exames complementares aos seus utentes e encaminhando-os para a especialidade, caso se verifique essa necessidade.

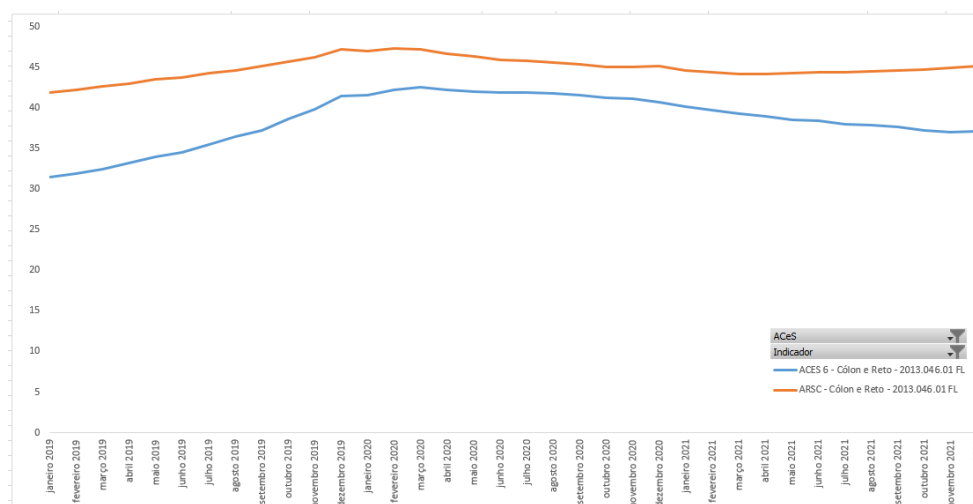
Gráfico nº 25 – Evolução (%) do rastreio do cancro colon retal no ACeS 5



Fonte: SIARS, 2022

Analisado este ACeS, verificamos algumas oscilações significativas, tendo havido uma evolução destes rastreios até meados de março de 2020, levando a diminuições nos períodos seguintes, apenas se verificando um aumento da percentagem de rastreios a partir de maio de 2021.

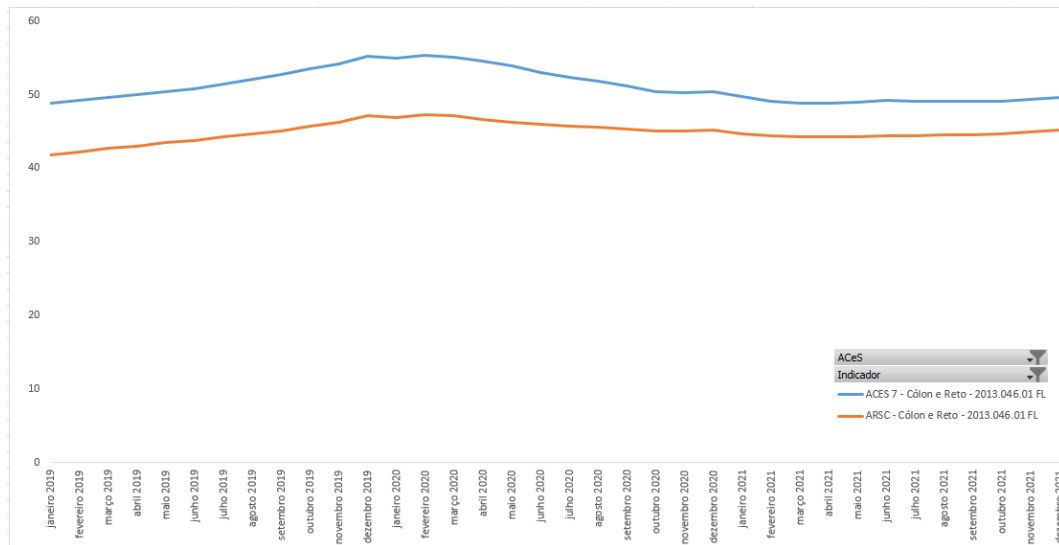
Gráfico nº 26 – Evolução (%) do rastreio do cancro colon retal no ACeS 6



Fonte: SIARS, 2022

Analisando os dados apresentados no gráfico anterior, verificamos um aumento dos rastreios até janeiro de 2020, seguindo-se um ligeiro aumento contínuo até dezembro de 2020. No ano de 2021, assistiu-se a uma ligeira diminuição dos rastreios realizados.

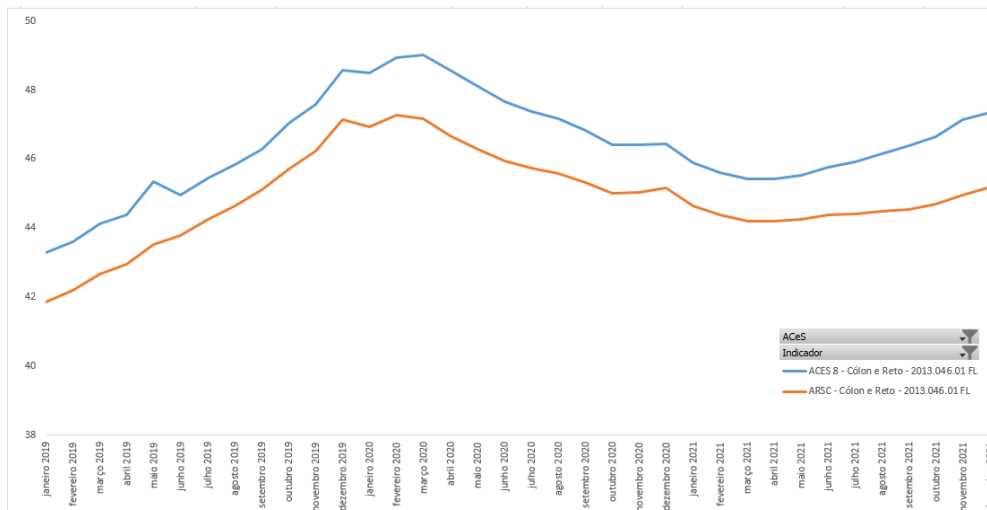
Gráfico nº 27 – Evolução (%) do rastreio do cancro colon retal no ACeS 7



Fonte: SIARS, 2022

Estes ACeS apresentam valores de rastreios acima totais da ARSC. Pode-se dizer que os valores são “paralelos”, isto é, as flutuações são similares ao longo do período analisado.

Gráfico nº 28 – Evolução (%) do rastreio do cancro colon retal no ACeS 8

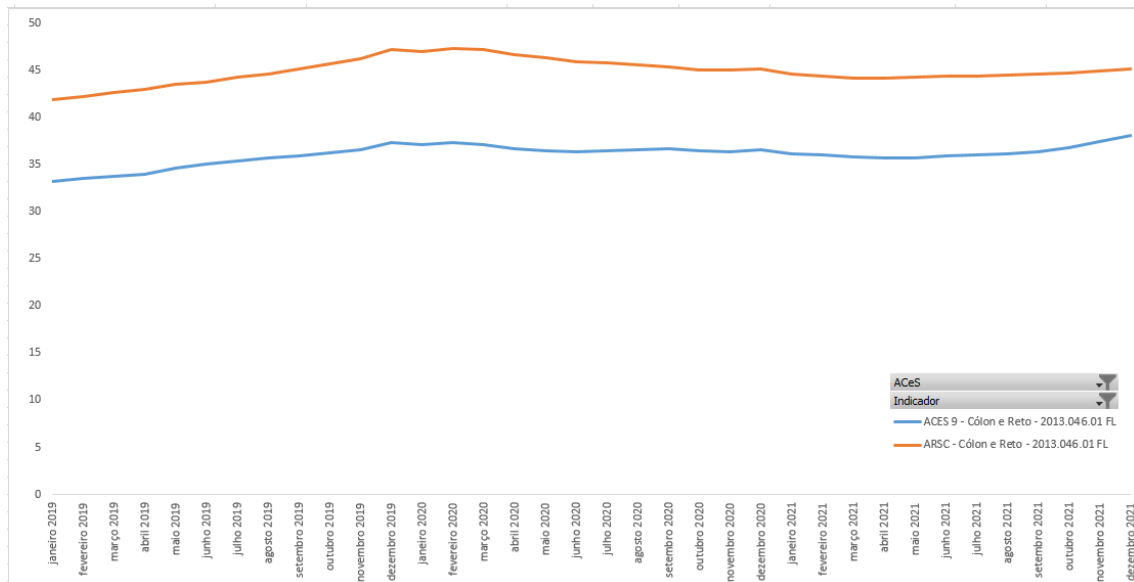


Fonte: SIARS, 2022

Graficamente, este ACeS apresenta grandes flutuações face ao número de rastreios efetuados. Constatamos que até meados de 2020, assistiu-se a um aumento

exponencial do número e rastreios efetuados, tendo-se seguido de uma quebra acentuada face ao início da pandemia. Tendo-se verificado, apenas um aumento do número de rastreios partir de abril de 2021.

Gráfico nº 29 – Evolução (%) do rastreio do cancro colon retal no ACeS 9



Fonte: SIARS, 2022

Face a apresentações gráficas que surgiram anteriormente, este ACeS, também apresenta números de rastreios abaixo da média da ARSC. No entanto, embora com valores inferiores, converge com a evolução dos rastreios efetuados

5. Conclusão

Uma etapa que termina e com ela advém um conjunto de sabedoria, um enriquecimento pessoal e profissional.

Neste relatório foi apresentado o tipo e estágio realizado e importância do que se faz nesta instituição. No entanto é também necessário escolher um tema a desenvolver.

Uma das problemáticas da saúde em Portugal, são os rastreios de cancro. Neste relatório abordou-se a temática dos rastreios do cancro da mama, do cancro do colo do útero e do cancro colon retal. É importante saber o porquê da sua demora e porque é que ficam tantos utentes por diagnosticar.

O horizonte temporal usado como referência, foi de janeiro de 2019 a dezembro de 2021. Durante este período, muitos rastreios ficaram por realizar e cancros por diagnosticar, pois passamos por dois confinamentos devido à pandemia SARS,CoV-2. Neste período, os rastreios tornaram-se menos acessíveis, tendo em conta que no caso do cancro da mama, sendo o rastreio efetuados pela LPCC, as unidades móveis deixaram de efetuar os rastreios.

De acordo com a LPCC muitos foram os casos de cancro da mama, do colo do útero e colon retal que ficaram por diagnosticar, devido à pandemia que podem ter a ver com o facto de existirem falhas de operacionalização nos ACeS, não sendo efetuada uma referenciação inicial pelos cuidados de saúde primários.

Pode-se dizer a ausência de rastreio traz consequências. Diagnósticos tardios podem levar a consequências menos desejadas para os utentes, como a perda de qualidade de vida, por exemplo. Mas não só. Quais os custos de tratamento que serão associados a um diagnóstico mais tardio? Quanto mais tarde os utentes forem diagnosticados, maiores lhes são os custos imputados como os custos de tratamento (consultas de especialidade, cuidados de enfermagem, medicação, respetivos tratamentos de modo a minimizar as consequências do tipo de cancro que o utente foi diagnosticado. Em tempos de pandemia como os que passamos poderia haver escassez de medicação, resultando num tratamento menos adequado ao utente.

6. Bibliografia

- A Sud , M E Jones, J Broggio , C Loveday , B Torr , A Garrett, D L Nicol, S Jhanji S A Boyce, F Gronthoud , P Ward , J M Handy , N Yousaf , J Larkin , Y-E Suh , S Scott , P D P Pharoah , C Swanton , C Abbosh , M Williams , G Lyratzopoulos , R Houlston, C Turnbull , Collateral damage: the impact on outcomes from cancer surgery of the COVID-19 pandemic, PubMed. Gov (2020) DOI: [10.1016/j.annonc.2020.05.009](https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.05.009)
- Araújo, António; Barata, Fernando; Barroso, Sérgio; Cortes, Paulo; Damasceno, Margarida; Parreira, António, Espírito Santo, Jorge; Teixeira, Encarnação; Pereira, Ricardo. Custo do tratamento do cancro em Portugal, *Ata Médica Portuguesa* 2009; 22:525-536 www.actamedicaportuguesa.com
- Deprez, Dalton, Leandy Bertrand¹, Keely A Shaw , Jongbum Ko , Philip D Chilibeck , Gordon A Zello, The impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on university students' dietary intake, physical activity, and sedentary behavior, PubMed.gov 2021 DOI: [10.1139/apnm-2020-0990](https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0990)
- Liga Portuguesa contra o cancro – <https://www.ligacontracancro.pt/>
- LPCC - Impacto da covid-19 em doentes oncológicos e seus familiares/cuidadores; <https://www.ligacontracancro.pt/impactocovid/>
- Lopes, José Machado; Gonçalves, Francisco Rocha; Borges, Marina; Redondo, Patrícia; Laranja-Pontes, José. The costs of cancer treatment in Portugal, *ecancer* 2017 <https://doi.org/10.3332/ecancer.2017.765>
- Lourenço, Óscar; Quintal, Carlota; Moura-Ramos, Luís; Antunes, Micaela, COVID-19 e Necessidades em Saúde Não Satisfeitas para Indivíduos Com Mais de 50 anos em Portugal, *Ata Médica Portuguesa*, junho de 2022, <https://doi.org/10.20344/amp.15970>

Mohan, Girinhar; Chattopadhyay, Sejal; Cost-effectiveness of leveraging social determinants of health to improve breast, cervical and colorectal cancer screening; a systematic review; JAMA Oncol. 2020 september 01; 6(9): 1434-1444. Doi: [10.1001/jamaoncol.2020.1460](https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.1460)

Observatório Português dos Sistemas de Saúde – Relatório Primavera 2022:

- <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>

Organização Mundial de Saúde (OMS):

- <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-factsheets.pdf>
- <https://gco.iarc.fr/>
- https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=908&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=5&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&population_group_list=8,40,112,56,70,100,191,196,203,208,233,246,250,276,300,348,352,372,380,428,440,442,470,499,807,578,616,620,498,642,643,688,703,705,724,752,756,528,804,826&half_pie=0&donut=0&population_group_globocan_id=908#collapse-group-0-4

Pista, Ângela; Costa, Carlos; Saldanha, Conceição; Moutinho, José Alberto Fonseca; Moutinho, José Maria; Arrobas Fernando; Catalão, Carlos; Kempers, Jari. BMC Public Health (2019), <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6536-4>

Palència, Laia; Espelt, Albert; Rodriguez-Sanz; Puigpinos, Rosa; Pons-Vigués, Mariona; Pasarín, M Isabel, Spadea, Teresa; Kunst, Anton E; Borrel, Caeme: Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program, PubMed.gov (2010) DOI: [10.1093/ije/dyq003](https://doi.org/10.1093/ije/dyq003)

Ralaidovt, Ambinintsoa H.; Galolappa, Chaitra; Ilbawi, André; Pretorius, Carel; Lauer, Jeremy A., Cost-effective interventions for breast cancer, cervical cancer and colorectal cancer: new results from WHO-CHOICE, BMC Public Health (2018), <https://doi.org/10.1186/s12962-018-0157-0>

REAL, O.; Silva, D.; Leitão, M.A., Oliveira, H.M.; J.G. Rocha Alves, cervical cancer screening in the central region of Portugal, European Journal of Cancer 36 (2000) 2247-2249 – www.ejconline.com

Tribunal de Contas - Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde Oncológicos no SNS (2017-2020)

von Karsa L, Anttila A, Ronco G, Ponti A, Malila N, Arbyn M, Segnan N, Castillo-Beltran M, Boniol M, Ferlay J, Hery C, Sauvaget C, Voti L, Autier P, Cancer Screening in the European Union, WHO, IARC Publications, 2008, <https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/Other-Non-Series-Publications/Cancer-Screening-In-The-European-Union-2008>

7. Anexos



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE

Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização

044

Código

5.01.01

Código SIARS

2013.044.01

Nome abreviado

Proporção mulheres [50; 70[A,
c/ mamogr. (2 anos)

Designação

Proporção de mulheres entre [50; 70[anos, com mamografia registada nos últimos dois anos

Objetivo

Monitorizar o programa de rastreio oncológico - parâmetro "rastreo e deteção precoce do cancro da mama".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção entre as mulheres com registo de mamografia nos últimos dois anos e as mulheres com idades compreendidas no intervalo [50, 70[anos.

Numerador: Contagem de mulheres com registo de mamografia nos últimos dois anos.

Denominador: Contagem de mulheres com idades compreendidas no intervalo [50, 70[anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Pelo menos um resultado de mamografia nos últimos 2 anos (ver alíneas A, B e C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Ser mulher.

B. Ter idade compreendida no intervalo [50; 70[anos (ver alínea D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Com inscrição ativa na Unidade de Saúde na data de referência do indicador.

Observações Gerais

A. Os MCDT válidos para este indicador, pela tabela de MCDT convencionados são os seguintes:

- [Mamografia], código 446.4, área M.

- [Mamografia unilateral], código 447.2, área M.

São também contabilizados códigos historicamente pertencentes à tabela de MCDT convencionados, usados no passado para requisitar e registar mamografias, designadamente o M449.9 (Mamografia de rastreio) e o M116.3 (Mamografia - 4 incidências 2 de cada lado).

B. Para que uma mamografia seja contabilizada deve ter um resultado.

C. A data que deve ser usada para verificar se o exame está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O

resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.
D. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

Observações Sobre Software

SCLÍNICO - PERFIL MÉDICO:

A. Os resultados da mamografia devem ser registados no módulo de MCDT.

MEDICINEONE:

A. Para que sejam contabilizados neste indicador, as mamografias podem ser registadas quer no módulo de MCDT quer no módulo de rastreio oncológico.

B. O resultado da mamografia pode ser registado quer em formato de texto, quer em formato parametrizado, quer em formato multimédia.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 13 a 24 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-1 e termina na data de referência do indicador.

- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de mulheres	Com dados desde Dezembro de 2012

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho Gestão da Saúde Saúde do Adulto	Ano de 2021: [57; 80] Ano de 2022: [57; 80]	Ano de 2021: [50; 85] Ano de 2022: [50; 85]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Rastreio Oncológico	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE

Bilhete de Identidade de
Indicadores de
Monitorização e
Contratualização

045

Código

5.02.01

Código SIARS

2013.045.01

Nome abreviado

Prop. mulheres [25;60[A, c/
rastr. C. Colo út.

Designação

Proporção de mulheres entre [25; 60[anos, com rastreio do cancro do colo do útero efetuado

Objetivo

Monitorizar o programa de rastreio oncológico - parâmetro "rastreio e deteção precoce do cancro do colo do útero".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção entre as mulheres com rastreio do cancro do colo do útero efetuado e as mulheres com idades compreendidas no intervalo [25, 60[anos.

Numerador: Contagem de mulheres com rastreio do cancro do colo do útero efetuado.

Denominador: Contagem de mulheres com idades compreendidas no intervalo [25, 60[anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C ou D)] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Pelo menos um resultado de **colpocitologia em lâmina** nos últimos 3 anos (ver alíneas A, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Pelo menos um resultado de **colpocitologia em meio líquido** nos últimos 5 anos (ver alíneas B, C e D de OBSERVAÇÕES GERAIS).

D. Pelo menos um resultado **pesquisa de DNA do HPV por PCR** nos últimos 5 anos (ver alíneas F e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C] é verdadeira:

A. Ser mulher.

B. Ter idade compreendida no intervalo [25; 60[anos (ver alínea E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Com inscrição ativa na Unidade de Saúde na data de referência do indicador.

Observações Gerais

A. O código da tabela de MCDT convencionados válido para registar "colpocitologias em lâmina" é o seguinte:

- [Exame citológico cervico-vaginal], código 008.6, área B. Código da tabela de preços do SNS: 30510.

B. O código da tabela de MCDT convencionados válido para registar "colpocitologias em meio líquido" é o seguinte:

- [Exame citológico cervico-vaginal com processamento automatizado em camada fina], código 012.4, área B. Código da tabela de preços do SNS: 30650.

C. Para que uma colpocitologia seja contabilizada deve ter um resultado.

D. A data que deve ser usada para verificar se o exame está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.

E. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

F. O código da tabela de MCDT do SNS válido para registar "pesquisa de DNA do HPV por PCR" é o seguinte:
- [Pesquisa de DNA por PCR, cada PCR], código 31730, área Anatomia Patológica.

G. O teste de [pesquisa de DNA do HPV por PCR], está a ser usado em programas de rastreio comunitários regionais, não sendo um exame participado. A colheita é efetuada através de um esfregaço do colo do útero depositado em meio líquido (e não em lâmina). O protocolo do rastreio apenas prevê a realização de colpocitologia nas situações em que o resultado do teste de tipagem HPV é positivo. O código do teste que é usado para deteção do HPV por PCR é o mesmo que pode ser usado para a tipagem de outros vírus (o código identifica a técnica laboratorial e não o vírus pesquisado). Assim, para que o resultado deste teste possa ser contabilizado neste indicador, o resultado deve ter como parâmetro a identificação inequívoca que o vírus pesquisado foi o HPV.

Observações Sobre Software

SCLÍNICO - PERFIL MÉDICO:

- A. Os resultados da "colpocitologia em lâmina" devem ser registados no módulo de MCDT.
- B. O exame B012.4 (colpocitologia em meio líquido) não pode ser prescrito, pois não é participado. Apenas o seu resultado pode ser registado. O registo é efetuado no módulo de MCDT. O código deste exame na tabela de preços do SNS é o 30650.
- C. O exame [Pesquisa de DNA por PCR, cada PCR] também deve ser registado no módulo de MCDT.
- D. Os resultados dos exames de rastreio podem ser consultados (mas não registados) nos módulos de "planeamento familiar" e "rastreio oncológico".

MEDICINEONE:

- A. Para que sejam contabilizados neste indicador, as colpocitologias podem ser registadas quer no módulo de MCDT quer no módulo de Rastreio Oncológico.
- B. O resultado da colpocitologia pode ser registado quer em formato de texto, quer em formato parametrizado, quer em formato multimédia.
- C. O exame B012.4 (colpocitologia em meio líquido) não pode ser prescrito, pois não é participado. Apenas o seu resultado pode ser registado.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "Colpocitologia em lâmina"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "Colpocitologia em meio líquido"): Duração de 60 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "Pesquisa de DNA do HPV por PCR"): Duração de 60 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "Colpocitologia em lâmina"): Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "Colpocitologia em meio líquido"): Duração de 49 a 60 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-4 e termina na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "Pesquisa de DNA do HPV por PCR"): Duração de 49 a 60 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-4 e termina na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de mulheres	Com dados desde Dezembro de 2012

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
Desempenho Gestão da Saúde Saúde da Mulher	Ano de 2021: [52; 100] Ano de 2022: [60; 100]	Ano de 2021: [47; 100] Ano de 2022: [41; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Rastreio Oncológico	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica



046	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	5.03.01	2013.046.01	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreo cancro CR

Designação

Proporção de utentes com idade entre [50; 75[anos, com rastreo de cancro do colon e reto efetuado

Objetivo

Monitorizar o programa de rastreo oncológico. Parâmetro "rastreo e deteção precoce do cancro do colon e reto".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes inscritos com idade compreendida no intervalo [50; 75[anos, com rastreo do cancro do colon e reto efetuado.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com rastreo do cancro do colon e reto efetuado.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com idade compreendida no intervalo [50; 75[anos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e (B ou C ou D)] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Pelo menos um resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF), nos últimos 2 anos (ver alíneas A, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Pelo menos um resultado de retossigmoidoscopia, nos últimos 5 anos (ver alíneas B, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

D. Pelo menos um resultado de colonoscopia, nos últimos 10 anos (ver alíneas C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Ter idade compreendida no intervalo [50; 75[anos (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS).

B. Com inscrição ativa na Unidade de Saúde na data de referência do indicador.

Observações Gerais

A. O exame da tabela de MCDT convencionados, válido para identificar [PSOF] é o seguinte:

- [Sangue oculto nas fezes, fezes], código 607.6, área A.

- [Sangue oculto nas fezes, fezes], código SNS 22768.

B. Os exames da tabela de MCDT convencionados, válidos para identificar [retossigmoidoscopia] são os seguintes:

- [Rectossigmoidoscopia flexível], código 007.8, área F.

- [Rectossigmoidoscopia flexível], código SNS 52270.

- [Colonoscopia esquerda], código 006.0, área F.

- [Colonoscopia esquerda], código 102.3, área F.

- [Colonoscopia esquerda], código SNS 50910.

C. O exames da tabela de MCDT convencionados, válidos para identificar [colonoscopia] são os seguintes:

- [Colonoscopia total], código 005.1, área F.

- [Colonoscopia total], código 101.5, área F.

- [Colonoscopia, pacote de procedimentos], código 100.7, área F.
 - [Colonoscopia total], código SNS 50940.
- D. Para que um exame seja contabilizado, deve ter um resultado.
- E. A data que deve ser usada para verificar se o exame está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.
- F. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

Observações Sobre Software

SCLÍNICO - PERFIL MÉDICO:

A. Os resultados dos exames de rastreio devem ser registados no módulo de MCDT.

MEDICINEONE:

A. Para que sejam contabilizados neste indicador, os exames [colonoscopia] e [retosigmoidoscopia] podem ser registadas quer no módulo de MCDT quer no módulo de Rastreio Oncológico.

B. O [PSOF] poder ser registado quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT quer no módulo de rastreio oncológico (o SIARS procede à leitura a partir dos 3 módulos).

C. Os resultados da [colonoscopia] e [retosigmoidoscopia] podem ser registados quer em formato de texto, quer em formato parametrizado, quer em formato multimédia.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "PSOF"): Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "retosigmoidoscopia"): Duração de 60 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "colonoscopia"): Duração de 120 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "PSOF"): Duração de 13 a 24 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-1 e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "retosigmoidoscopia"): Duração de 49 a 60 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-4 e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "colonoscopia"): Duração de 109 a 120 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-9 e termina na data de referência do indicador.

- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes	Com dados desde Dezembro de 2012

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho Gestão da Saúde Saúde do Adulto	Ano de 2021: [52; 100] Ano de 2022: [67; 100]	Ano de 2021: [47; 100] Ano de 2022: [45; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Rastreio Oncológico	Utentes inscritos à data de referência do indicador	30 dias

Legenda

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; PSOF - Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes

