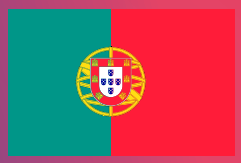


PORTUGAL

Perfil sobre cancro por país

2023

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

A série de perfis sobre cancro por país

O Registo Europeu das Desigualdades do Cancro é uma iniciativa emblemática do Plano Europeu de Luta contra o Cancro. Fornece dados fiáveis sobre prevenção e tratamento do cancro para identificar tendências, disparidades e desigualdades entre os Estados-Membros e as regiões. Os perfis sobre cancro por país identificam pontos fortes, desafios e áreas específicas de ação para cada um dos 27 Estados-Membros da UE, a Islândia e a Noruega, com o propósito de orientar investimentos e intervenções a nível da UE, nacional e regional no âmbito do Plano Europeu de Luta contra o Cancro. O Registo Europeu das Desigualdades do Cancro também apoia a Iniciativa 1 do Plano de Ação Poluição Zero.

Os perfis são da autoria da OCDE em cooperação com a Comissão Europeia. A equipa agradece os valiosos comentários apresentados pelo especialistas nacionais, pelo Comité da Saúde da OCDE e pelo Grupo Temático de Peritos da UE sobre o Registo das Desigualdades do Cancro.

Fontes de dados e de informação

Os dados e as informações constantes nestes perfis sobre cancro por país baseiam-se sobretudo nas estatísticas oficiais nacionais fornecidas ao Eurostat e à OCDE, que foram validadas para garantir os mais elevados níveis de comparabilidade dos dados. As fontes e os métodos subjacentes a estes dados estão disponíveis na base de dados do Eurostat e na base de dados sobre saúde da OCDE.

Os dados adicionais provêm igualmente da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Agência Internacional para Investigação sobre o Cancro (AIIC), da Agência Internacional da Energia Atómica (AIEA), do Instituto de Métricas e Avaliação da Saúde (IHME) e de outras fontes nacionais (independentes de interesses privados ou comerciais). Salvo indicação em contrário, as médias calculadas da UE são médias ponderadas dos 27 Estados-Membros. Estas médias da UE não incluem a Islândia nem a Noruega. Entende-se por «paridade de poder de compra» (PPC) a taxa de conversão cambial que equipara o poder de compra de diferentes moedas eliminando as diferenças nos níveis de preços entre os países.

Declaração de exoneração de responsabilidade: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.
This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.
Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".
Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

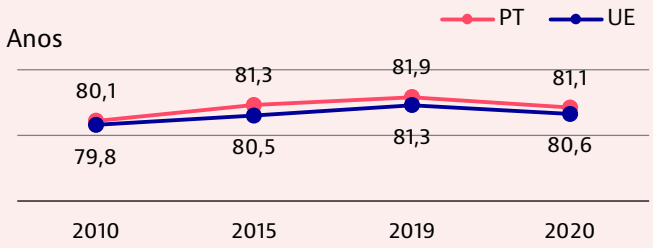
©OECD 2023
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at https://www.oecd.org/termsand-conditions.

Índice

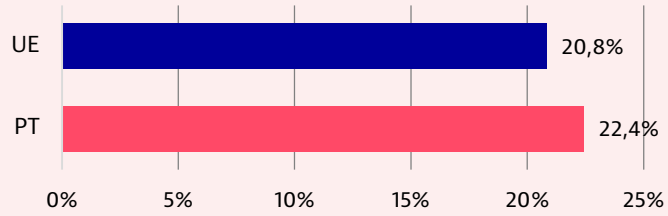
1. DESTAQUES 3
2. O CANCRO EM PORTUGAL 4
3. FATORES DE RISCO E POLÍTICAS DE PREVENÇÃO 7
4. DIAGNÓSTICO PRECOCE 10
5. DESEMPENHO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ONCOLÓGICOS 12
   5.1 Acessibilidade 12
   5.2 Qualidade 13
   5.3 Custos e relação custo/benefício 15
   5.4 COVID-19 e cancro: reforçar a resiliência 16
6. FOCO NAS DESIGUALDADES 18

Resumo das principais características do sistema de saúde

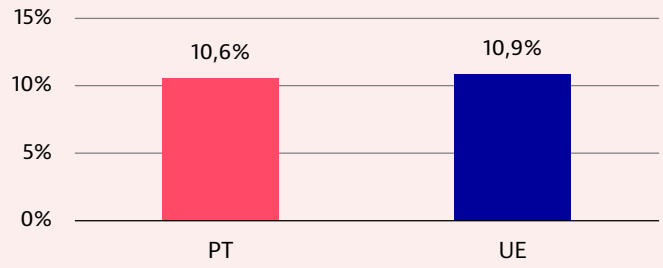
ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA (EM ANOS)



PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS (2021)

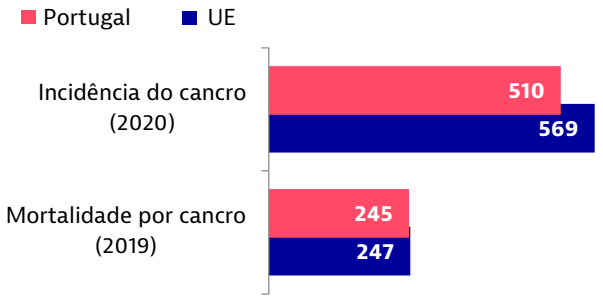


DESPESAS DE SAÚDE, EM % DO PIB (2020)

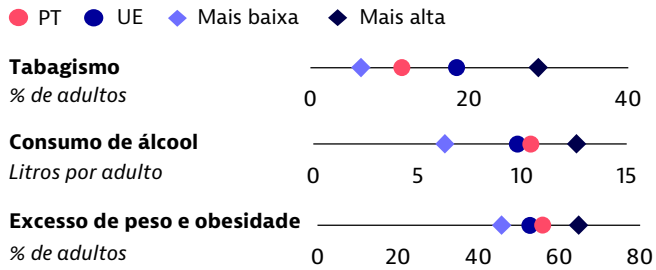


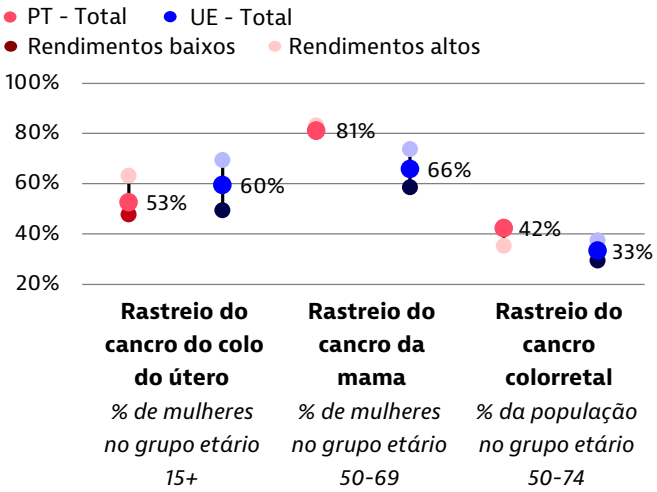
Fonte: Base de dados do Eurostat.

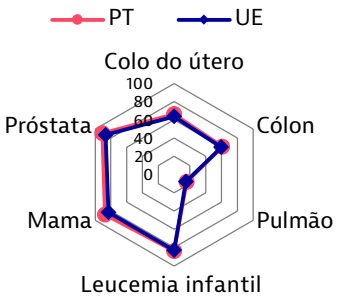
1. Destaques



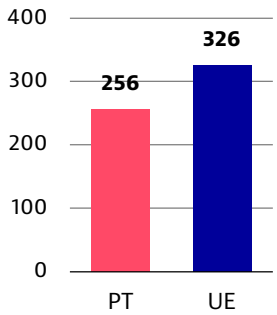
Taxa padronizada pela idade por 100 000 habitantes







Taxa líquida de sobrevivência ao fim de cinco anos por localização do cancro, 2010-2014



Custo total do cancro (PPC per capita em EUR), 2018

O cancro em Portugal

O cancro é a segunda principal causa de morte em Portugal e verificaram-se poucas melhorias na mortalidade por cancro na última década. A incidência estimada do cancro é uma das mais baixas na UE, mas continua a haver margem para melhorias. Um ambicioso programa de luta contra o cancro alinhará as políticas nacionais com o Plano Europeu de Luta contra o Cancro.

Fatores de risco e políticas de prevenção

O consumo de álcool, o excesso de peso e a obesidade constituem grandes preocupações de saúde pública em Portugal. A prevalência do tabagismo diminuiu consideravelmente entre 2015 e 2019, situando-se agora abaixo da média da UE. Foram delineados programas nacionais para dar resposta a estas questões, todos eles alinhados com o Plano Nacional de Saúde.

Deteção precoce

Os programas de rastreio de base populacional financiados por fundos públicos estão bem estabelecidos para os cancros da mama, do colo do útero e colorretal. A adesão ao rastreio do cancro da mama e colorretal é superior à média da UE, enquanto as taxas de rastreio do cancro do colo do útero são inferiores às da UE. O rastreio do cancro colorretal necessita de maior investimento para aumentar a cobertura geográfica e melhorar a adesão.

Desempenho na prestação de cuidados oncológicos

Portugal tem um dos custos per capita mais baixos entre os países da UE no que diz respeito aos cuidados oncológicos. Em 2018, o custo total do cancro foi de 256 EUR per capita, ou seja, 20 % inferior à média da UE. Todavia, as taxas de sobrevivência referentes aos cancros mais comuns são superiores às médias em toda a UE. Contribuem para tal uma rede consolidada de centros de referência e a disponibilidade de medicamentos e tratamentos gratuitos. No entanto, as disparidades em termos de disponibilidade de radioterapia e distribuição de pessoal em todo o país podem conduzir a desigualdades.

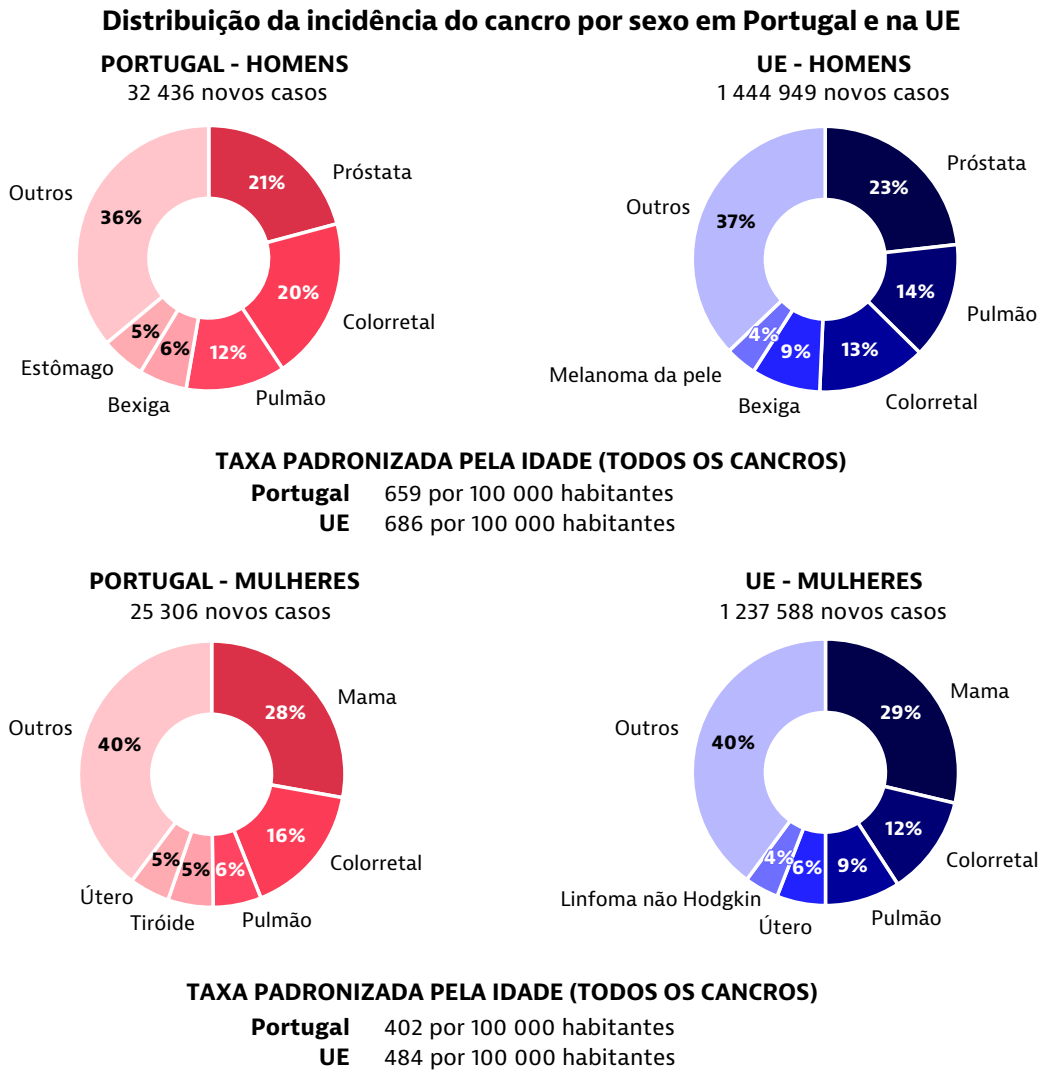
2. O cancro em Portugal

A incidência do cancro em Portugal é uma das mais baixas na UE, mas existe margem para melhorias

De acordo com o Sistema Europeu de Informação sobre o Cancro (ECIS) do Centro Comum de Investigação, com base nas tendências de incidência dos anos anteriores à pandemia, esperava-se que a incidência global do cancro em Portugal em 2020 (510 novos casos por 100 000 habitantes) fosse inferior à média da UE (569 por 100 000 habitantes). Esperava-se também que a incidência padronizada pela idade fosse muito mais elevada entre homens (659 novos casos por 100 000 habitantes) do que entre mulheres (402 por 100 000 habitantes) (Figura 1). No entanto, previa-se que a taxa de incidência nos homens em Portugal fosse 4 % inferior à média da UE (685 por 100 000 habitantes); e, nas mulheres em Portugal, previa-se que fosse 17 % inferior à média da UE (484 por 100 000 habitantes).

Em 2020, estavam previstos 16 novos cancros por 100 000 crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos em Portugal — ligeiramente acima da média da UE de 15 por 100 000 habitantes. Noutros grupos etários, Portugal tem um bom desempenho em comparação com outros países da UE: previa-se que a taxa padronizada pela idade entre pessoas com idades compreendidas entre os

Figura 1. Os cancros com as taxas de incidência mais elevadas em Portugal são também os principais cancros na UE em 2020



Nota: o cancro do corpo do útero não inclui o cancro do colo do útero. Estas estimativas foram criadas antes da pandemia pela COVID-19, com base nas tendências de incidência dos anos anteriores, e podem diferir das taxas observadas nos anos mais recentes. Fonte: Sistema Europeu de Informação sobre o Cancro (ECIS). A partir de https://ecis.jrc.ec.europa.eu, acedido em 09/05/2022. © União Europeia, 2022.

15 e os 64 anos fosse de 314 novos casos por 100 000 habitantes (cerca de 7 % abaixo da média da UE) e que entre pessoas com idade igual ou superior a 65 anos fosse de 1 565 por 100 000 habitantes (quase 13 % abaixo da média da UE). Em 2013, o número estimado de novos casos raros de cancro em Portugal foi de 13 604.

Os cancros com maior incidência entre os homens portugueses seguem o padrão da UE, sendo os cancros da próstata (137 novos casos por 100 000 habitantes), colorretal (131 por 100 000 habitantes) e pulmão (80 por 100 000 habitantes) os cancros mais comuns (Figura 1). No entanto, a percentagem de cancro colorretal entre homens é sete pontos percentuais superior à média da UE. Os cancros com maior incidência entre mulheres portuguesas são os cancros da mama (117 novos casos por 100 000 habitantes), colorretal (62 por 100 000 habitantes) e pulmão (23 por 100 000 habitantes). A incidência do cancro colorretal entre as mulheres portuguesas é quatro pontos percentuais superior à média da UE e a incidência do cancro do pulmão é três pontos percentuais inferior à média da UE. Previa-se que o cancro gástrico (do estômago) constituísse 5 % dos novos casos de cancro em Portugal e representasse uma taxa padronizada pela idade de 26 novos casos por 100 000 habitantes, ou seja, 10 pontos percentuais acima da média da UE. Esperava-se que o cancro gástrico (do estômago) afetasse mais os homens portugueses (36 novos casos por 100 000 habitantes) do que as mulheres (18 por 100 000 habitantes). Previa-se que o melanoma cutâneo representasse 2 % dos novos casos de cancro, com uma taxa padronizada pela idade de 10 novos casos por 100 000 habitantes, o que é inferior à média da UE (23 por 100 000 habitantes).

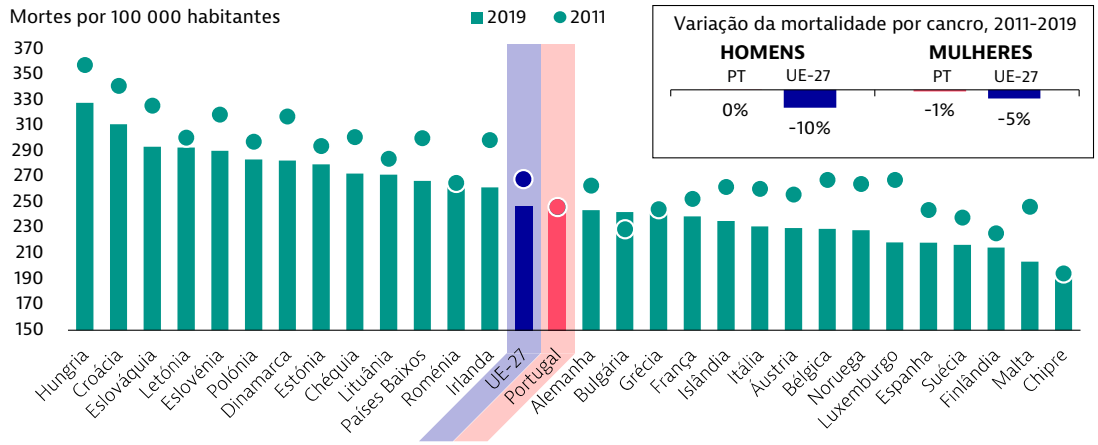
Melhorias na mortalidade por cancro na última década são reduzidas

O cancro é a segunda principal causa de morte em Portugal, seguido da mortalidade por acidente vascular cerebral e doença cardíaca isquémica. Durante 2000 e 2018, os anos potenciais de vida perdidos devido a tumores malignos em Portugal registaram a segunda diminuição relativa mais baixa entre os países da UE (12 %) e representaram 1 440 anos de vida perdidos entre 100 000 pessoas com menos de 75 anos em 2018. Ao contrário de outros países da UE, a diminuição relativa foi maior entre mulheres (18 %) do que entre homens (8 %), tendo representado 1 068 e 1 865 anos de vida perdidos em 2018, respetivamente.

De acordo com o Instituto de Métricas e Avaliação da Saúde (2022), em 2019, o cancro representou 5 837 anos de vida ajustados pela incapacidade, o que está próximo da média da UE (5 757). A carga de doença causada pelo cancro medida em anos de vida ajustados pela incapacidade aumentou ligeiramente durante o período de 2000-2019 (quase 7 %). A taxa de mortalidade por cancro foi de 245 por 100 000 habitantes, o que é semelhante à média da UE (247 por 100 000 habitantes) (Figura 2). As taxas de mortalidade por cancro mantiveram-se estáveis em Portugal. Durante o período de 2011-2019, as taxas de mortalidade por cancro diminuíram apenas 1 %, em comparação com uma redução média de 8 % na UE. Entre as pessoas com idade igual ou inferior a 64 anos, a taxa de mortalidade por cancro diminuiu 6 %, tendo aumentado 1 % para as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

A mortalidade por cancro em Portugal é atribuída substancialmente aos cancros do pulmão e colorretal (Figura 3). Em 2019, a taxa de mortalidade pelo cancro do pulmão foi de 38 mortes por 100 000 habitantes, o que é inferior à média da UE (50 mortes por 100 000 habitantes). As mortes por cancro do pulmão foram mais elevadas entre homens (66 mortes por 100 000 habitantes) do que entre mulheres (17 mortes por 100 000 habitantes). Entre pessoas com menos de 65 anos, o cancro do pulmão foi responsável por 15 mortes por 100 000 habitantes, o que é muito inferior ao número de mortes em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (133 mortes por 100 000 habitantes). As mortes por cancro do pulmão entre homens com idade igual ou superior a 65 anos (238 mortes por 100 000

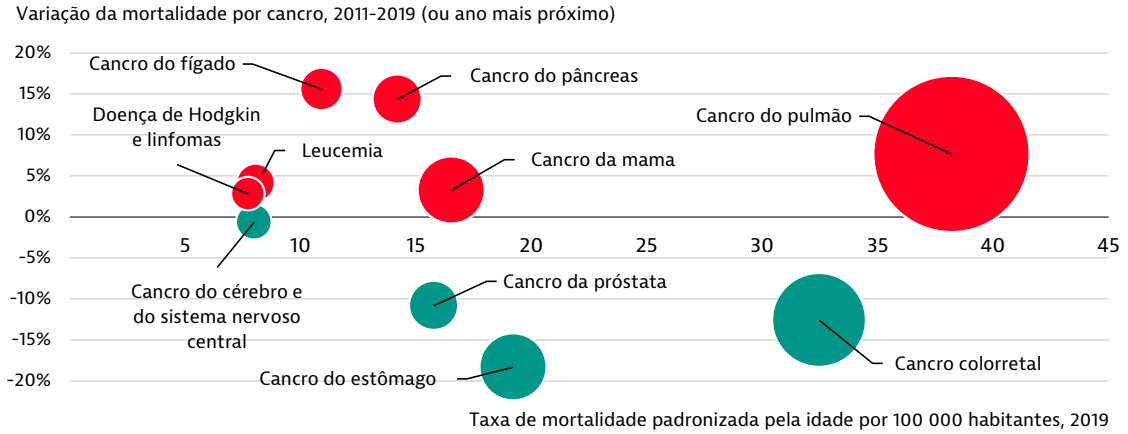
Figura 2. A mortalidade por cancro está próxima da média da UE, mas tem melhorado pouco desde 2011



Nota: A média da UE é ponderada (calculada pelo Eurostat para 2011-2017 e pela OCDE para 2018-2019).
Fonte: Base de dados do Eurostat.

habitantes) foram muito superiores às registadas entre mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (58 mortes por 100 000 habitantes). A taxa de mortalidade por cancro colorretal foi de 32 mortes por 100 000 habitantes, o que é superior à média da UE (29 mortes por 100 000 habitantes). As mortes por cancro colorretal foram mais elevadas entre homens (47 mortes por 100 000 habitantes) do que entre mulheres (23 mortes por 100 000 habitantes). O tabagismo é um dos principais fatores de risco para os cancros do pulmão e colorretal. Embora se tenham registado progressos na redução dos hábitos tabágicos em Portugal, o tabagismo continua a ser um dos problemas de saúde pública mais importantes (ver Secção 3).

Figura 3. Os cancros do pulmão e colorretal são as principais causas de mortalidade por cancro



Nota: os círculos vermelhos assinalam um aumento da variação percentual da mortalidade por cancro durante 2011-2019; os círculos verdes assinalam uma diminuição. O tamanho dos círculos é proporcional às taxas de mortalidade em 2019. A mortalidade de alguns destes tipos de cancro é baixa; por conseguinte, a variação percentual deve ser interpretada com precaução. Os tamanhos dos círculos para as taxas de mortalidade não são comparáveis entre países.
Fonte: base de dados do Eurostat.

Durante o período de 2011-2019, reduções substanciais das taxas de mortalidade foram alcançadas para o cancro gástrico (do estômago) (–18 %), cancro colorretal (–13 %) e cancro da próstata (–11 %). Em 2019, o cancro gástrico (do estômago) representou uma taxa de mortalidade global de 19 mortes por 100 000 habitantes, o que representa quase o dobro da média da UE (10 por 100 000 habitantes). A taxa de mortalidade padronizada pela idade do melanoma cutâneo foi de duas mortes por 100 000 habitantes, inferior à média da UE de três mortes por 100 000 habitantes.

A nova Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro alinha-se com o Plano Europeu de Luta contra o Cancro

A pandemia pela COVID-19 atrasou o lançamento da nova Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro (ENLCC) para a década de 2021-2030. Esta será disponibilizada ao público no último trimestre de 2022, após consulta pública, durante a qual as principais partes interessadas (incluindo associações de doentes) podem manifestar-se. A ENLCC alinha-se com outros planos estratégicos, como o Plano Nacional de Saúde e o Plano Europeu de Luta contra o Cancro (Comissão Europeia, 2021), com objetivos de médio e longo prazo a serem avaliados em 2025 e 2030.

A ENLCC assenta em quatro pilares: prevenção, deteção precoce, diagnóstico e tratamento, e sobreviventes e sobrevivência. Os dois objetivos gerais da ENLCC são: a) promover estilos de vida mais saudáveis através de intervenções multissetoriais e reforçar as estratégias de deteção precoce para reduzir a incidência de cancros evitáveis; e b) melhorar a sobrevivência e a qualidade de vida das pessoas com cancro, com base numa perspetiva de equidade — nomeadamente promovendo o direito ao regresso à sociedade e ao trabalho para as pessoas com um historial de cancro e apoiando os prestadores de cuidados. A ENLCC também tenciona lançar uma rede de referência nas doenças oncológicas, a fim de apoiar a prestação de cuidados de modo coordenado e integrado. Espera-se que a rede alargue a lista de centros de referência ao longo da trajetória de prestação de cuidados oncológicos, alargando os já existentes para os cancros do reto, do esófago, hepatobiliopancreático, dos testículos, sarcoma, oftalmológico e pediátrico (ver Secção 5.2).

Em 2021, Portugal adotou legislação relativa ao direito a ser esquecido (um direito que confere às pessoas a possibilidade de exercerem controlo sobre os seus dados pessoais, incluindo informações sobre a saúde, decidindo o que pode ser publicamente acessível). O Serviço Nacional de Saúde (SNS) também apoia a procriação medicamente assistida para pessoas com cancro. Várias políticas intersetoriais incluem a Segurança Social para garantir proteção em caso de doença e proteção especial em caso de incapacidade para as pessoas elegíveis. Portugal está igualmente empenhado em transpor para legislação nacional as decisões

da UE relativas a novos programas de rastreio de base populacional (rastreio oferecido a uma população-alvo em situação de risco), tais como os relativos aos cancros da próstata, gástrico (do estômago) e do pulmão, alargando a lista de programas de rastreio existentes (ver Secção 4).

3. Fatores de risco e políticas de prevenção

Em 2019, um terço de todas as mortes em Portugal foi atribuído a fatores de risco comportamentais (como tabagismo, hábitos alimentares, consumo de álcool e baixa atividade física) e a fatores ambientais. No entanto, as despesas relacionadas com a prevenção enquanto percentagem das atuais despesas de saúde em Portugal (1,9 %) situavam-se entre as mais baixas da UE em 2020 e muito abaixo da média da UE (3,4 %). Ainda assim, Portugal está ao mesmo nível de outros países da UE em termos de taxas de vacinação contra o vírus do papiloma humano (VPH) entre as mulheres, tabagismo e exposição à poluição atmosférica (Figura 4). O consumo de álcool, o excesso de peso e a obesidade continuam a ser os principais fatores de risco para o cancro, em que são necessárias mais melhorias.

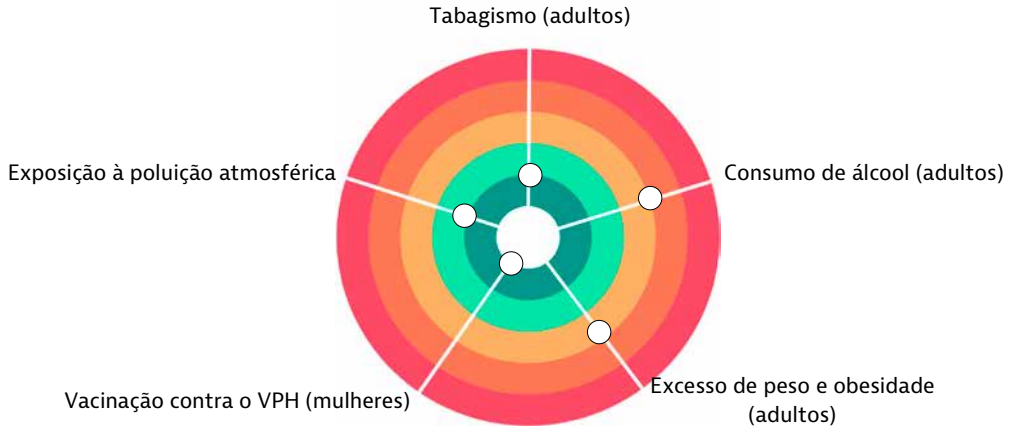
O consumo de álcool é ligeiramente superior à média da UE

Em 2020, esperava-se que 16 novos cancros por 100 000 habitantes fossem atribuíveis ao consumo de álcool em Portugal (Rumgay et al., 2021). Entre 2010 e 2020, o consumo de álcool entre a população com idade igual ou superior a 15 anos diminuiu 9 %, passando para um pouco mais de 10 litros per capita, o que é superior à média da UE de 9,8 litros de álcool puro por pessoa e por ano (Figura 5).

Em 2014, 5 % da população reportou um consumo perigoso de álcool, o que contrasta claramente com a média da UE (3 %). As taxas revelam também desigualdades relacionadas com o sexo, a educação, a geografia e os rendimentos. A taxa de consumo perigoso de álcool entre homens (8,3 %) foi sete vezes superior à das mulheres (1,2 %); foi também três vezes superior entre as pessoas com níveis de instrução mais baixos (6 %) do que entre pessoas com níveis de instrução mais elevados (2 %). Entre as pessoas que vivem em zonas rurais, 7,1 % comunicaram um consumo perigoso de álcool — que representa mais do dobro da percentagem entre pessoas que vivem nas cidades (3,4 %). Do mesmo modo, o consumo perigoso de álcool atingiu quase o dobro da taxa entre as pessoas com rendimentos mais baixos (5 %) face às pessoas com rendimentos mais elevados (3 %).

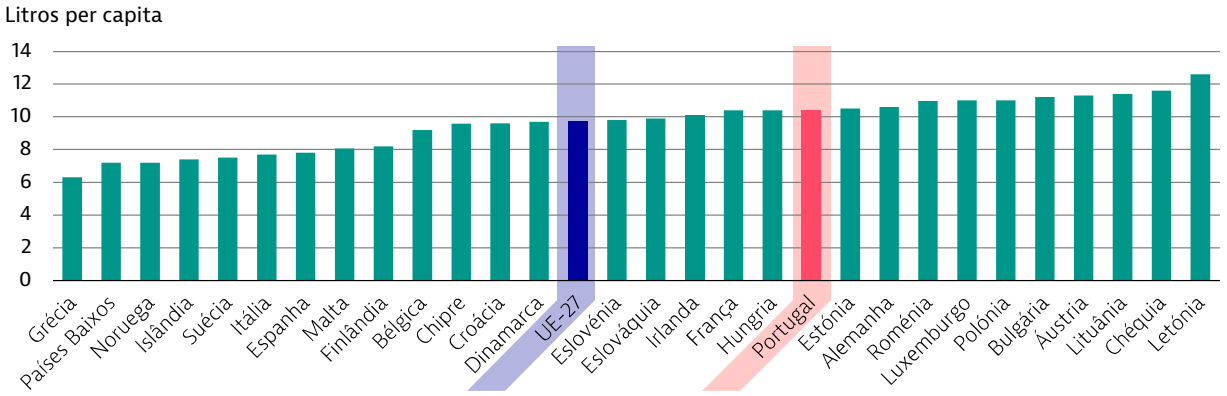
O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 visava reduzir o impacto dos riscos de exposição ao álcool entre os jovens e atrasar comportamentos perigosos. Visava também reforçar

Figura 4. O consumo de álcool, o excesso de peso e a obesidade são os principais fatores de risco para o cancro em Portugal



Nota: quanto mais próximo o ponto estiver do centro, melhor é o desempenho do país comparativamente aos outros países da UE. Nenhum país está na «zona branca», porquanto existe margem para realizar progressos em todos os países em todos os domínios. Fontes: cálculos da OCDE com base no Inquérito Europeu de Saúde por Entrevista (EHIS) de 2019 sobre o tabagismo e as taxas de excesso de peso/obesidade, nas estatísticas da saúde da OCDE de 2022 e no Sistema Mundial de Informação da OMS sobre Álcool e Saúde (GISAH) para o consumo de álcool (2020), na OMS para a vacinação contra o VPH (através do formulário de relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre a imunização) (2020) e no Eurostat para a poluição atmosférica (2019).

Figura 5. O consumo de álcool per capita é ligeiramente superior à média da UE



Nota: A média da UE-27 não é ponderada (calculada pela OCDE).
Fontes: Estatísticas da saúde da OCDE de 2022; GISAH da OMS.

a literacia em saúde da população, ajudando as pessoas a tornarem-se agentes proativos na melhoria da gestão da sua saúde e promover escolhas e comportamentos mais saudáveis (SICAD, 2013).

Apesar dos progressos alcançados, o tabagismo continua a ser um dos problemas de saúde pública mais importantes em Portugal

De acordo com as conclusões do Inquérito Europeu de Saúde por Entrevista (EHIS), a percentagem de fumadores diários de cigarros em Portugal registou uma redução de 30 %, passando de 16 % em 2014 para 12 % em 2019 (abaixo da média da UE de 18 %)[1]. Em 2019, a prevalência do tabagismo entre homens (16 %) era mais do dobro da prevalência entre mulheres (7 %) e cinco vezes mais elevada entre pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (14,5 %) do que entre pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (2,9 %) (Figura 6). A prevalência do tabagismo era também mais elevada entre pessoas com níveis de instrução mais baixos (12 %) do que com níveis de instrução mais elevados (8 %), embora estas taxas fossem inferiores às respetivas médias da UE entre pessoas com níveis de instrução mais baixos (19 %) e mais elevados (13 %). Verifica-se a mesma situação quando se trata de agrupar por rendimentos: a prevalência do tabagismo era mais comum entre pessoas com rendimentos mais baixos (11 %) do que com rendimentos mais elevados (10 %) e ambas as taxas eram inferiores às respetivas médias da UE entre pessoas com rendimentos mais baixos (22 %) e mais elevados (15 %). A utilização diária de cigarros eletrónicos está a aumentar entre as pessoas com idade igual ou superior a 15 anos. Embora os cigarros eletrónicos sejam proibidos nos mesmos locais que o tabaco, ainda não foram aplicadas políticas destinadas a limitar a sua venda e publicidade.

O tabagismo foi considerado um problema de saúde prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, que conduziu à criação do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Os objetivos deste programa consistiam em reduzir a prevalência do tabagismo na população com idade igual ou superior a 15 anos para menos de 15 %, reduzir o início do tabagismo e consumo de cigarros eletrónicos entre pessoas com idades entre os 13 e os 18 anos e prestar aconselhamento sobre cessação tabágica nos cuidados de saúde primários a metade dos fumadores do país (DGS, 2020a). Além disso, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo visava incluir indicadores de pagamento por desempenho nos cuidados de saúde primários relacionados com as atividades de apoio à cessação tabágica, lançar uma campanha nos meios de comunicação social sobre a prevenção do tabagismo e aumentar os impostos sobre os produtos do tabaco, como parte de uma abordagem abrangente da prevenção e controlo do tabagismo.

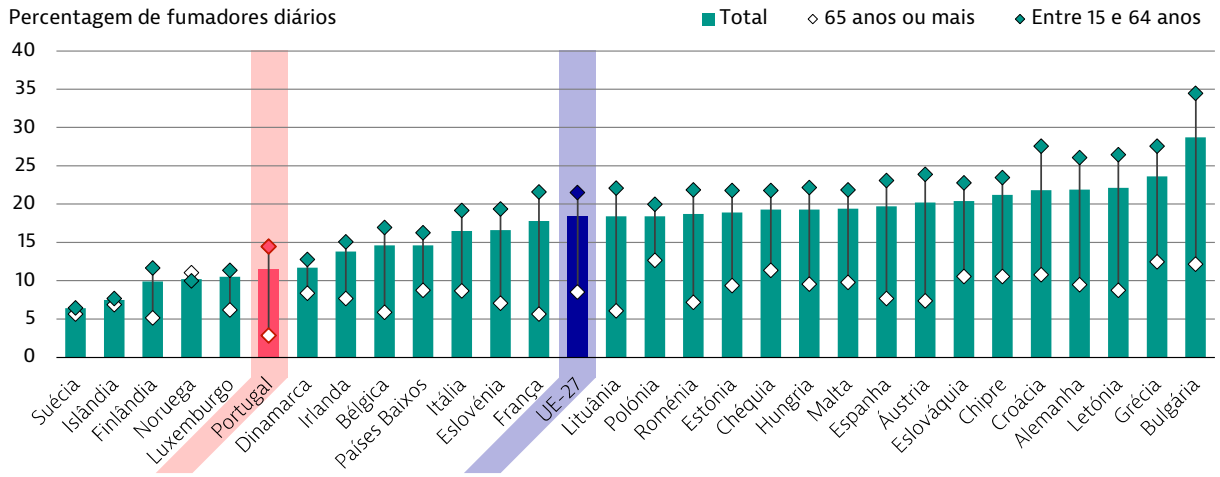
O excesso de peso e a obesidade são preocupações de saúde pública

Entre 2014 e 2019, a percentagem de excesso de peso e de obesidade entre a população com idade igual ou superior a 15 anos aumentou ligeiramente para 56 %, o que é superior à média da UE (53 %). Cerca de 61 % dos homens tinham excesso de peso ou eram obesos (similar à média da UE de 60 %), enquanto entre as mulheres a prevalência era de 52 % (acima da média da UE de 46 %). As taxas de excesso de peso e de obesidade eram excecionalmente elevadas entre homens com idade igual ou superior a 65 anos (71 %) e com níveis de instrução mais baixos (73 %) — taxas que aumentaram quase 10 % entre 2014 e 2019. A prevalência do excesso de peso e da obesidade era significativamente mais elevada entre a população com níveis de instrução mais baixos (66 %) do que com níveis mais elevados (38 %).

Estas taxas estão associadas a hábitos alimentares pouco saudáveis e à inatividade física. Por exemplo, o consumo diário de vegetais diminuiu 24 % em 2014-2019 e as pessoas com níveis de instrução mais baixos consumiram menos 28 % de vegetais do que pessoas com níveis de instrução mais elevados. Nos últimos anos, a percentagem de

1 *Estas estimativas diferem das estimativas nacionais. Em 2019, as estimativas nacionais de fumadores diários com 15 ou mais anos eram de 14,2 %, com uma prevalência do tabagismo mais elevada entre os homens (20,2 %) do que entre as mulheres (9 %) (DGS, 2020a).*

Figura 6. As taxas de tabagismo são cinco vezes mais elevadas entre pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos do que entre pessoas com idade igual ou superior a 65 anos



Nota: A média da UE é ponderada (calculada pela OCDE).
Fontes: Base de dados do Eurostat (EHIS). Dados relativos a 2019.

pessoas que praticam uma atividade física benéfica para a saúde durante, pelo menos, 150 minutos por semana diminuiu de 18 % em 2014 para 17 % em 2019, o que é bastante inferior à média da UE (33 %). A prevalência da atividade física era mais baixa entre mulheres (13 % contra 21 % entre homens), pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (8 % contra 20 % entre pessoas com idades entre os 15 e os 64 anos) e pessoas com níveis de instrução mais baixos (12 % contra 26 % entre pessoas com níveis de instrução mais elevados). Em todos estes grupos, a prevalência da atividade física era nitidamente inferior às respetivas médias da UE.

Para dar resposta a estes desafios, foram delineados programas prioritários. O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável visa alargar o número de categorias de alimentos com uma reformulação dos níveis de sal, açúcar e ácidos gordos trans até 2025 (DGS, 2022). Procura igualmente apoiar a legislação que introduz restrições à publicidade alimentar destinada a crianças com menos de 16 anos e promover uma nutrição adequada durante os primeiros 1 000 dias de vida. Em 2017, Portugal instituiu um imposto especial sobre o consumo de alimentos de elevado teor calórico e de bebidas açucaradas; todas as receitas deste imposto apoiam políticas e intervenções de promoção da saúde. O Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física instituiu o aconselhamento nos cuidados de saúde primários para promover a atividade física, em paralelo com a capacitação dos profissionais de saúde sobre o tema (DGS, 2021a). Todos estes programas seguem uma abordagem de saúde em todas as políticas e estão alinhados com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (extensão a 2020) e com outros programas prioritários, como a ENLCC 2021-2030.

A exposição à poluição atmosférica é menor em Portugal do que na UE

A exposição à poluição atmosférica sob a forma de PM_{10}[2] diminuiu 26 % durante 2010-2019 para 18,6 µg/m³, que é inferior à média da UE (20,5 µg/m³). Portugal também registou uma concentração de $PM_{2,5}$ mais baixa do que na UE (9,1 µg/m³ contra 12,6 µg/m³). Estes resultados foram alcançados, em parte, devido à primeira Estratégia Nacional para o Ar, aprovada em 2016. Esperam-se mais melhorias nos próximos anos com a implementação do Programa Nacional de Controlo da Poluição Atmosférica até 2030. De acordo com o Instituto de Métricas e Avaliação da Saúde, a exposição ao ozono e às $PM_{2,5}$ representou cerca de 2 % de todas as mortes em Portugal em 2019, uma taxa inferior à média da UE (4 %).

A cobertura e a adesão à vacinação contra o vírus do papiloma humano são historicamente elevadas em Portugal

A infeção pelo VPH é uma causa bem estabelecida de cancro do colo do útero. Em Portugal, as estimativas atuais sugerem uma incidência padronizada pela idade de 15 novos casos de cancro do colo do útero por 100 000 mulheres, o que é superior à média da UE (13 por 100 000). A mortalidade por cancro do colo do útero é de 3 mortes por 100 000 mulheres, o que é ligeiramente inferior à média da UE (4 mortes por 100 000).

A vacinação contra o VPH está incluída no Programa Nacional de Vacinação, que é universal e gratuito para todos os cidadãos. Em 2020, entre raparigas com idade até 15 anos, a cobertura da vacinação contra o VPH foi de 95 %. A partir de 2021, os rapazes também são elegíveis para receber a vacina contra o VPH. Além disso, o Programa Nacional para as Hepatites Virais visa eliminar as hepatites B e C até 2030. Desde 1995, a vacina contra a hepatite B é administrada gratuitamente a

2 *As partículas em suspensão (PM) são classificadas de acordo com a dimensão: PM_{10} refere-se a partículas de diâmetro inferior a 10 micrómetros; $PM_{2,5}$ a partículas de diâmetro inferior a 2,5 micrómetros.*

crianças, com uma cobertura de 98 %. No caso da hepatite C, o acesso ao tratamento está disponível gratuitamente e as taxas de cura são superiores a 96 %.

4. Diagnóstico precoce

Três programas de rastreio do cancro de base populacional estão bem estabelecidos

O SNS financia com fundos públicos programas de rastreio do cancro de base populacional para os cancros da mama, do colo do útero e colorretal. Os programas evoluíram significativamente em 2018, no âmbito do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2016-2020, alargando a cobertura geográfica e aumentando as taxas de cobertura da população. O rastreio do cancro colorretal necessita de maior investimento para aumentar a cobertura geográfica e as taxas de adesão. A pandemia pela COVID-19 reduziu a capacidade operacional de todos os programas de rastreio, mas as atividades foram retomadas rapidamente (ver Secção 5.4).

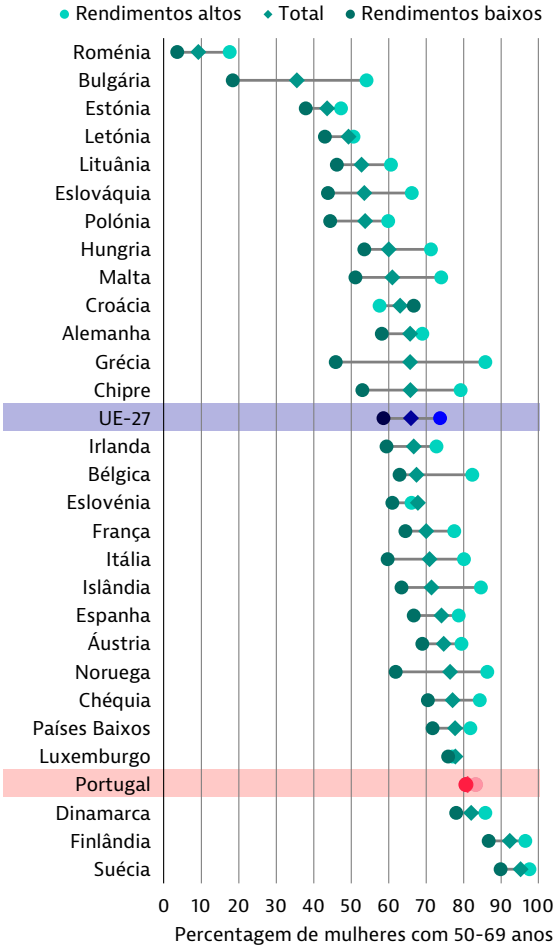
Existem planos para desenvolver uma ferramenta eletrónica para a monitorização centralizada e em tempo real dos programas de rastreio do cancro. Foram feitas tentativas para associar os dados de rastreio aos dados armazenados no Registo Oncológico Nacional (ver Secção 5.2). Até à data, a interoperabilidade é dificultada pelo armazenamento de dados em diferentes regiões de saúde. A melhoria dos processos de recolha, análise e uso de dados de desempenho dos programas de rastreio podem conduzir a uma melhor monitorização da eficácia do rastreio e contribuir para a tomada de decisões.

A adesão ao rastreio do cancro da mama em Portugal é uma das mais elevadas da UE

O rastreio do cancro da mama teve início em 1986, visando as mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos. Em 2019, em Portugal continental, a cobertura geográfica foi de 78 %. Em média, 715 000 mulheres são elegíveis para rastreio do cancro da mama todos os anos. Em 2020, a cobertura da população foi de 41 % e a taxa de adesão foi de 62 % (cerca de 192 000 mulheres submetidas a rastreio) (DGS, 2021b).

De acordo com os dados do EHIS, a percentagem de mulheres portuguesas com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos que reportaram ter sido submetidas a rastreio do cancro da mama nos últimos dois anos foi de 81 %, o que é 23 % superior à média da UE (66 %) (Figura 7). Dados autoreportados sugerem diferenças mínimas na utilização dos serviços de rastreio do cancro da mama em função da educação, dos rendimentos e da geografia. Ligeiramente mais mulheres com rendimentos mais elevados (83,2 %) do que mulheres com rendimentos mais baixos (80,6 %) reportaram ter sido submetidas a rastreio do cancro da mama. Os serviços de rastreio são prestados gratuitamente, o que significa que não existem obstáculos financeiros à adesão.

Figura 7. A adesão ao rastreio do cancro da mama é a quarta mais elevada da UE, com uma pequena diferença entre rendimentos



Nota: a média da UE é ponderada (calculada pelo Eurostat). A figura indica a percentagem de mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos que reportaram ter realizado uma mamografia nos últimos dois anos.
Fonte: base de dados do Eurostat (EHIS). Dados relativos a 2019.

O rastreio do cancro do colo do útero é mais comum entre mulheres com níveis de instrução mais elevados

Em Portugal, o rastreio do cancro do colo do útero teve início em 1990. O programa visa as mulheres com idades entre os 25 e os 60 anos e abrange todo o território de Portugal. Em média, 615 000 mulheres por ano são elegíveis para rastreio. De acordo com os dados do EHIS, em 2019, a adesão ao rastreio do cancro do colo do útero nos últimos três anos foi de 53 %, o que é inferior à média da UE (60 %) (Figura 8). A diferença da adesão ao rastreio entre mulheres com níveis de instrução mais elevados (71 %) e mais baixos (43 %) foi substancial. Menos mulheres que vivem em zonas rurais (48 %) do que em zonas urbanas (60 %) e menos mulheres com rendimentos mais baixos (48 %) do que com rendimentos mais elevados (63 %) reportaram ter sido submetidas a uma citologia nos últimos três anos. Devido à pandemia pela COVID-19, em 2020, a cobertura da população diminuiu quase metade, para 22 %, com uma taxa de adesão de 88 % (quase 115 000 mulheres submetidas a rastreio) (DGS, 2021b).

É importante melhorar a cobertura geográfica e as taxas de adesão do rastreio do cancro colorretal

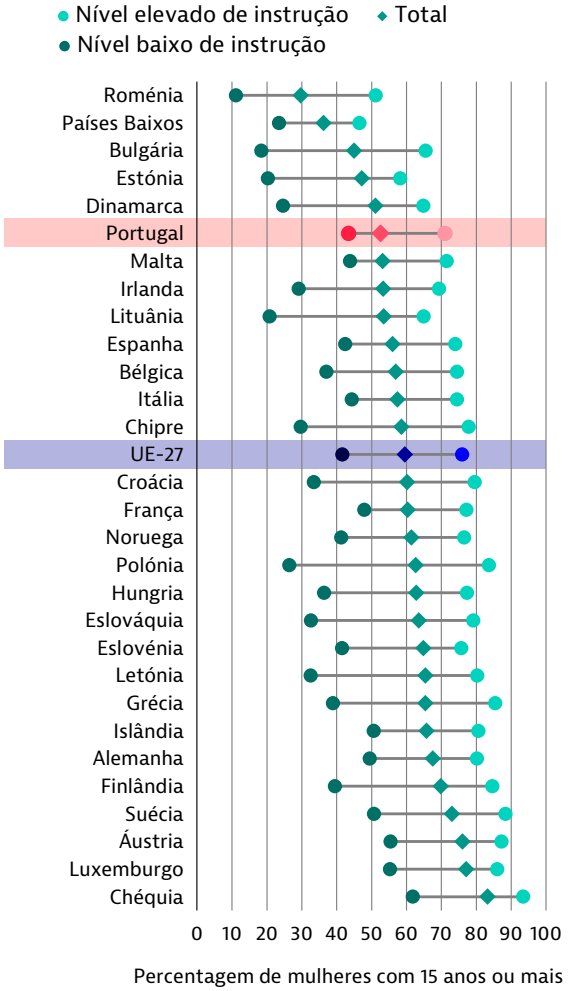
O rastreio do cancro colorretal foi instituído em 2008. O programa visa homens e mulheres com idades entre os 50 e os 74 anos, que são convidados a realizar um teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes de dois em dois anos. O programa é executado nas cinco regiões de saúde de Portugal continental, com uma cobertura geográfica de 76 %. Em média, cerca de 1,5 milhões de pessoas são elegíveis anualmente para rastreio. Em 2020, a taxa de cobertura foi de 15 % e a taxa de adesão foi de 41 %, representando cerca de 88 000 pessoas submetidas a rastreio (DGS, 2021b).

Em 2019, de acordo com os dados do EHIS, a percentagem de homens com idades entre os 50 e os 74 anos que reportaram ter realizado umrastreio do cancro colorretal nos últimos dois anos foi de 41 %; no que diz respeito às mulheres, a taxa foi ligeiramente superior (43 %). Estas percentagens são superiores às médias da UE (33 % para homens e 34 % para mulheres). Em 2014, os portugueses que vivem em zonas urbanas (41 %) comunicaram uma maior participação no rastreio do cancro colorretal do que os que vivem em zonas rurais (30 %), o que sugere algumas disparidades geográficas em termos de acesso.

A implementação de novos programas de rastreio do cancro de base populacional está a ser ponderada

A Direção-Geral da Saúde (DGS), no contexto do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, liderou um projeto de intervenção precoce no cancro oral durante o período de 2014-2019. Os resultados do projeto-piloto ainda não são claros e não se sabe em que medida um programa de acompanhamento será incluído na ENLCC 2021-2030. A nova ENLCC abordará quaisquer novas recomendações do Conselho Europeu para programas de rastreio do cancro.

Figura 8. As taxas de rastreio do cancro do colo do útero em Portugal são inferiores à média da UE



Nota: a média da UE é ponderada (calculada pelo Eurostat). A figura indica a percentagem de mulheres com 15 anos ou mais que reportaram ter realizado uma citologia cervical nos últimos três anos.
Fonte: base de dados do Eurostat (EHIS). Dados relativos a 2019

5. Desempenho na prestação de cuidados oncológicos

5.1 Acessibilidade

A radioterapia está concentrada em centros de grande volume, principalmente na zona litoral de Portugal

De acordo com um inquérito realizado a hospitais do SNS, os recursos para radioterapia estão concentrados em 10 centros de grande volume, com equipamento que foi atualizado tecnologicamente ao longo dos últimos 15 anos, incluindo 31 unidades de equipamento de radioterapia (DGS, 2020b). De acordo com as informações comunicadas à Agência Internacional da Energia Atómica (2022) por prestadores de cuidados públicos e privados, 56 unidades de megavoltagem (MV) estão distribuídas principalmente pela zona litoral de Portugal, onde a densidade populacional é mais elevada (Figura 9). Está disponível um total de 17 unidades com capacidade para braquiterapia em seis regiões de Portugal, distribuídas por sete centros. Os tratamentos estereotáxicos mais complexos concentram-se em cinco centros.

A distribuição desproporcionada dos recursos humanos pode afetar as experiências e os resultados da prestação de cuidados

De acordo com um inquérito realizado a hospitais do SNS (DGS, 2020b), os recursos humanos em oncologia médica são estimados em cerca de 268 médicos, dos quais um quinto não trabalha a tempo inteiro. A distribuição de médicos oncologistas sugere desigualdades relacionadas com a distribuição territorial; esta situação expõe os departamentos de oncologia médica a níveis de carga de trabalho variáveis, com potenciais impactes nas experiências e nos resultados da prestação de cuidados a pessoas com cancro.

Entre 10 centros de grande volume que fornecem radioterapia, estão disponíveis cerca de 200 técnicos que apoiam o diagnóstico e os tratamentos de radioterapia, parecendo a sua distribuição entre os centros proporcional ao número de doentes tratados. Estima-se que estejam disponíveis 91 especialistas em oncologia radiológica nestes 10 centros, dos quais 80 trabalham a tempo inteiro. O número de especialistas em física médica é de cerca de 46, dos quais apenas 46 % possuem formação específica em física de radioterapia. O número de especialistas em física médica (4,6 por milhão de habitantes) é inferior à recomendação da UE de 18 por milhão de habitantes. Esta situação poderia ser melhorada com alterações na regulamentação das carreiras e na certificação destes profissionais pelo Ministério da Saúde. Os números de recursos humanos do SNS afetos à atividade cirúrgica do cancro são incertos.

Foram instituídos tempos de espera máximos em 2008, mas é importante melhorar a monitorização

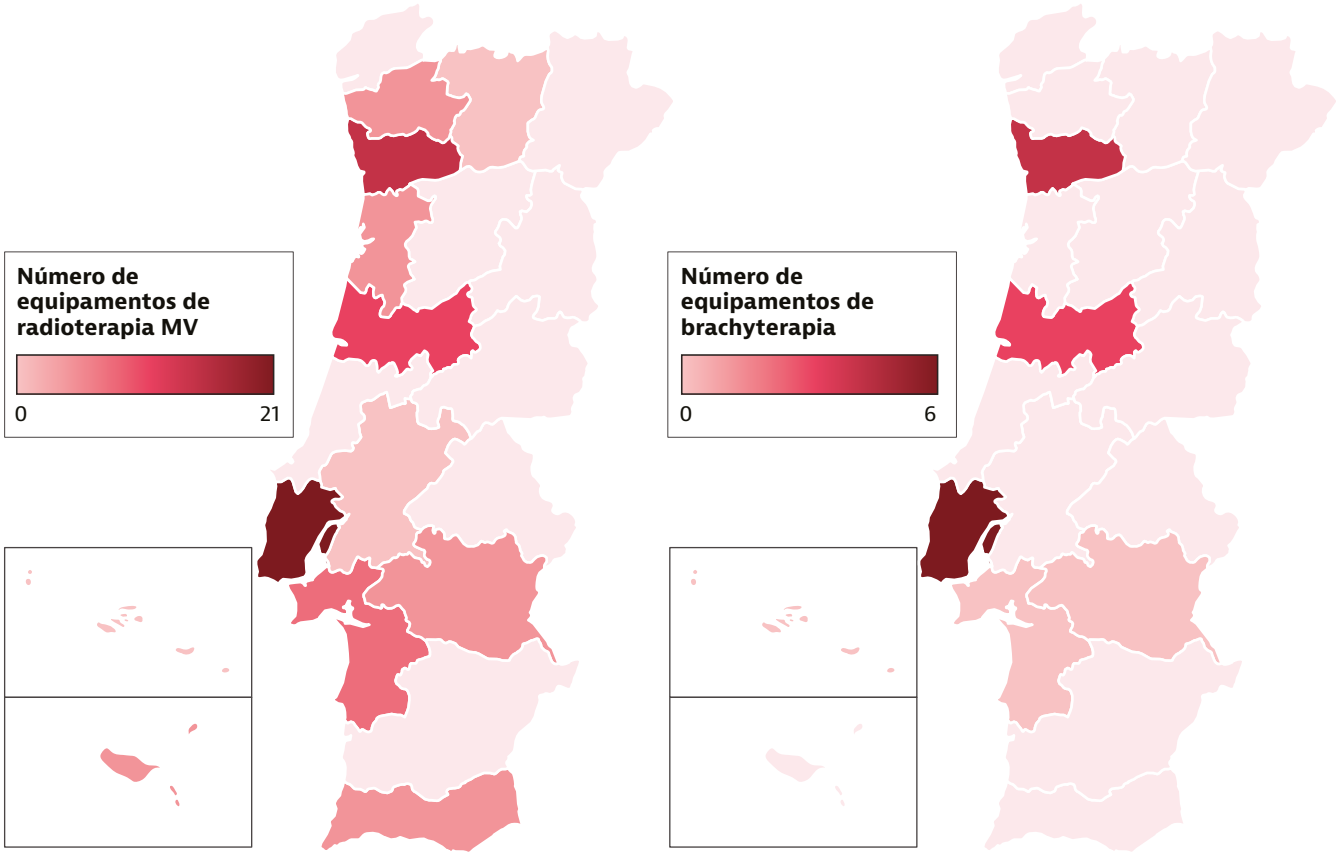
Em 2008, legislação sobre os tempos máximos de resposta garantidos para melhorar o acesso atempado aos cuidados de saúde foi instituída. O direito à prestação de cuidados num prazo aceitável foi reforçado com a publicação, em 2014, de uma carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde. Em caso de suspeita ou confirmação de doença oncológica, o prazo máximo para referenciação pelos cuidados de saúde primários para cuidados especializados é de 24 horas, salvo se existir um grau máximo de urgência, caso em que o doente deve ser imediatamente referenciado para um serviço de emergência. Nos outros casos, a primeira consulta de especialidade tem de ser realizada no prazo de 7, 15 ou 30 dias, com base em níveis de prioridade. Foi aplicada uma abordagem semelhante à cirurgia eletiva, com tempos máximos de resposta que variam entre 72 horas e 60 dias. Em 2017, foram também definidos tempos máximos de espera para o tratamento de radioterapia e para vários exames complementares de diagnóstico.

De acordo com o Tribunal de Contas português (2022), durante o período de 2017-2019, os tempos de espera para uma primeira consulta de especialidade variaram consideravelmente entre os três principais centros de oncologia em Portugal (IPO Coimbra, IPO Lisboa e IPO Porto). A monitorização dos tempos máximos de resposta garantidos é possível com o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS) gerido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, mas a supervisão tem sido limitada devido aos sistemas de informação dos prestadores (Tribunal de Contas português, 2022). A ENLCC 2021-2030 prevê investimentos adicionais para melhorar o acesso atempado à radioterapia e a outros tratamentos não cirúrgicos.

O acesso a medicamentos inovadores contra o cancro é assegurado pelo Serviço Nacional de Saúde

A Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde é responsável pela autorização e comercialização de novos medicamentos, incluindo avaliações das tecnologias da saúde. Durante o período de 2017-2020, foram aprovados 80 medicamentos antineoplásicos e

Figura 9. A distribuição de equipamento de radioterapia em Portugal é assimétrica



Nota: Compilação de dados comunicados pelos próprios prestadores de cuidados públicos e privados em 2021 (ou no ano mais próximo).
Fonte: Agência Internacional da Energia Atómica.

imunomoduladores (Tribunal de Contas português, 2022). Para estes medicamentos, o tempo médio de avaliação diminuiu 21 % durante o período de 2018-2021, passando para 141 dias.

Em junho de 2018, a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) recomendou a aprovação dos primeiros tratamentos com células T com recetor de antigénio quimérico (CAR-T) na Europa. O acesso a estes tratamentos melhorou entre os Estados-Membros da UE, mas os elevados custos e a complexidade logística para implementação limitam a utilização. Em Portugal, o primeiro tratamento com esta terapia ocorreu em 2019 e quatro centros podem agora administrar terapias com células CAR-T. Todos os centros estão a contribuir para a iniciativa de recolha de dados sobre CAR-T da Sociedade Europeia de Transplante de Sangue e de Medula Óssea. A utilização secundária dos dados apoiará investigação académica e estudos de segurança pós-autorização instituídos pela EMA.

Um novo plano estratégico para os cuidados paliativos visa melhorar a cobertura

Uma lei de 2012 criou a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, que regula o acesso aos cuidados em fim de vida, incluindo para a população pediátrica. A rede baseia-se num modelo de intervenção integrado e coordenado, que disponibiliza diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados paliativos, em cooperação com hospitais e outras estruturas de saúde disponíveis na comunidade. A admissão nos cuidados paliativos baseia-se na referenciação por um profissional de saúde (por exemplo, um médico de família) ou decorre a pedido do doente ou do seu representante.

Está em curso o terceiro Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (2021-2022). O objetivo é continuar a alargar a disponibilidade geográfica de serviços paliativos em Portugal continental, que ainda tem uma cobertura limitada. Ao longo da próxima década, um dos principais objetivos é integrar plenamente os cuidados paliativos em todos os níveis do sistema de cuidados de saúde.

5.2 Qualidade

Portugal supera a média da UE em termos de taxas de sobrevivência para os cancros mais comuns

As taxas de sobrevivência ao cancro ao fim de cinco anos — um indicador da qualidade dos cuidados — são elevadas no que respeita à maioria dos tipos de cancro em Portugal. Tal está associado à melhoria da qualidade dos cuidados oncológicos, nomeadamente em termos de deteção precoce e

de acesso a tratamentos inovadores. Para todos os cancros mais comuns (leucemia infantil e cancros da próstata, da mama, do colo do útero, do cólon e do pulmão), Portugal apresenta um desempenho melhor do que a média da UE, com base nos dados mais recentes disponíveis relativamente às pessoas diagnosticadas entre 2010 e 2014 (Figura 10). A estratégia de deteção precoce com elevada adesão aos rastreios de base populacional contribui para estes resultados. No entanto, a taxa de sobrevivência ao cancro do pulmão permanece desproporcionadamente baixa em relação a outros cancros, embora esteja ao mesmo nível da média da UE (16 % em Portugal e 15 % na UE).

Reuniões de equipas multidisciplinares são obrigatórias para a tomada de decisão terapêutica

Um estudo concluiu que as reuniões de equipas multidisciplinares, frequentemente organizadas por tipo de cancro, ocorrem na maioria das instituições que prestam cuidados a doentes oncológicos (DGS, 2020b). Apenas duas instituições declararam não ter reuniões multidisciplinares, mas salientaram que estão em vigor acordos com outras instituições para o debate multidisciplinar de casos selecionados. A maioria das reuniões multidisciplinares centram-se na doença, e as especialidades médicas mais representadas nessas reuniões são a cirurgia geral, a oncologia médica e a oncologia radiológica; nestas reuniões participam também várias outras especialidades e subespecialidades médicas e cirúrgicas (como a urologia, a cirurgia plástica, a medicina de reabilitação, a genética, a medicina interna, a medicina paliativa e a psico-oncologia). Podem também ser consultados outros serviços para apoio à tomada de decisão terapêutica, tais como os serviços farmacêuticos e sociais.

Em dois anos, Portugal consolidou uma rede de centros de referência para diversos tipos de cancro

Em 2014, foi instituída na legislação nacional a prestação de cuidados oncológicos organizada em torno de centros de referência. O primeiro centro de referência foi reconhecido em 2015 em onco-oftalmologia. Seguiram-se outros em 2016, totalizando 47 centros de referência em oncologia para adultos com base nos padrões de volume: cancro do esófago (6), cancro do reto (21), cancro dos testículos (4), cancro hepatobiliopancreático (10), sarcomas dos ossos e dos tecidos moles (5) e cancro oftálmico (1). Quatro centros de referência concentram igualmente a prestação de cuidados oncológicos à população pediátrica em Portugal. Uma das obrigações dos centros de referência consiste em agir como agentes de inovação, nomeadamente através da realização de investigação científica com impacte, como ensaios clínicos, e da transferência de aprendizagens para a trajetória de prestação de cuidados oncológicos.

Os ensaios clínicos concentram-se nos cancros da mama, do pulmão, da bexiga e da próstata

Em 2018, apenas cerca de metade das instituições que prestavam cuidados oncológicos estavam a realizar ensaios clínicos com recrutamento ativo. O número de ensaios clínicos por instituição variou consideravelmente, oscilando entre 1 e 54. O panorama dos ensaios clínicos melhorou nos últimos anos, mas Portugal continua a apresentar um desempenho inferior em termos de número de ensaios clínicos em comparação com outros países da UE de dimensão geográfica semelhante. Há margem para reforçar a cultura de investigação no SNS, nomeadamente simplificando processos regulamentares e de autorização, colmatando a escassez de recursos humanos dedicados à investigação clínica e melhorando a informação disponível sobre a investigação clínica no domínio do cancro, a fim de apoiar a tomada de decisões pelas pessoas. Por exemplo, uma organização não governamental começou recentemente a listar na sua página Web todos os ensaios clínicos em oncologia que estavam a recrutar participantes, com o objetivo de apoiar médicos e pessoas com cancro.

Após transição para um Registo Oncológico Nacional, alguns desafios ainda estão por resolver

Uma lei de 2018 instituiu o Registo Oncológico Nacional, que integra dados dos registos oncológicos regionais, do Registo Oncológico Pediátrico e dos registos das duas regiões autónomas. A gestão do Registo está atualmente sob a alçada do Conselho de Administração dos Institutos Nacionais de Oncologia. O Registo Oncológico Nacional segue a Classificação Internacional de Doenças para Oncologia, terceira edição.

Figura 10. As taxas líquidas de sobrevivência ao cancro em Portugal são superiores à média da UE

Cancro da próstata	Leucemia infantil	Cancro da mama	Cancro do colo do útero	Cancro do cólon	Cancro do pulmão
Portugal: 91%	Portugal: 90%	Portugal: 88%	Portugal: 66%	Portugal: 61%	Portugal: 16%
UE-24: 87%	UE-24: 82%	UE-24: 83%	UE-24: 64%	UE-24: 60%	UE-24: 15%

Nota: Os dados referem-se a pessoas diagnosticadas entre 2010 e 2014. A leucemia infantil refere-se à leucemia linfoblástica aguda. Os dados sobre leucemia infantil representam menos de 100 % da população total.
Fonte: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Os fluxos de dados para o Registo estão ligados a todas as instituições de saúde pública (cuidados de saúde primários e hospitais) em Portugal e a algumas instituições privadas (hospitais e laboratórios) que assinaram um acordo de partilha com o Registo. As informações disponíveis incluem a identificação, o diagnóstico, as características tumorais, o tratamento e o acompanhamento do doente, incluindo avaliação do estadiamento do cancro, os biomarcadores e os resultados em saúde do tratamento. Os dados de acompanhamento incluem a data e a causa da morte, que são cruciais para medir a sobrevivência após diagnóstico e/ou tratamento. É possível criar uma base de dados nacional sobre o cancro através de uma variável que identifica a pessoa; esta variável facilita a interoperabilidade do Registo Oncológico Nacional com vários registos nacionais ou centrais (como o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito) e sistemas de informação locais (incluindo aplicações hospitalares para anatomia patológica, quimioterapia e radioterapia). No entanto, não foi alcançada a plena interoperabilidade, o que dificulta a criação de um conjunto fiável de dados sobre o cancro, capaz de seguir toda a trajetória dos cuidados de saúde de um doente.

Dados autoreportados pelos doentes ainda não estão incorporados nos sistemas de informação

Os dados autoreportados pelos doentes sobre os resultados em saúde e as experiências durante a prestação de cuidados não são recolhidos de forma rotineira. A utilização de dados autoreportados pelos doentes na prática clínica está circunscrita a alguns projetos ad hoc, principalmente em instituições com uma cultura de investigação clínica consolidada na área do cancro. A ENLCC 2021-2030 prevê a implementação de um questionário sobre morbilidade e incapacidade entre pessoas com historial de cancro em 2026 e posteriormente em 2030. Está previsto um projeto-piloto durante 2025, após o qual a recolha de dados autoreportados pelos doentes será sistematizada no Registo Oncológico Nacional.

5.3 Custos e relação custo/benefício

A maior parte dos cuidados oncológicos é gratuita, mas alguns copagamentos podem sobrecarregar os doentes

O SNS português é um sistema de saúde universal financiado por impostos. Em 2020, as despesas de saúde, em percentagem do PIB, foram de 10,6 %. Dados provisórios sugerem que as despesas de saúde aumentaram para 11,2 % do PIB em 2021, em grande medida motivadas pelas respostas à pandemia pela COVID-19. Os pagamentos diretos representaram 30,5 % das despesas correntes de saúde, o que é muito superior à média da UE (15,4 %), e aumentaram quase seis pontos percentuais desde 2010 (OCDE/Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, 2021). Nos últimos anos, muitas pessoas optaram por subscrever um seguro de saúde privado, que desempenha um papel essencialmente complementar ao SNS. Apenas alguns seguros no mercado cobrem cuidados oncológicos até um limite máximo negociado; depois de atingido o limite máximo, as pessoas regressam ao SNS para prosseguirem a sua trajetória de cuidados.

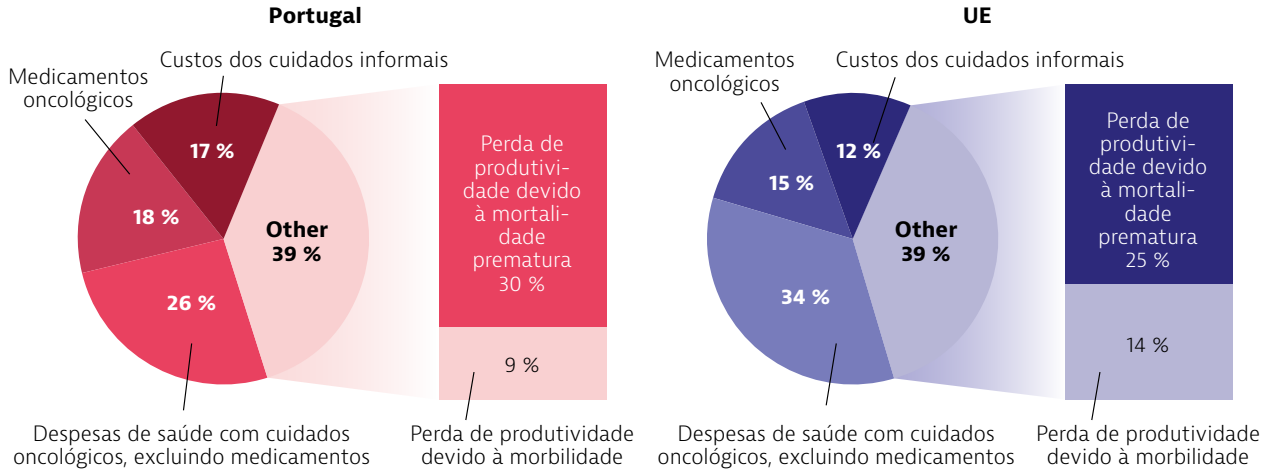
A fim de reduzir desigualdades de acesso causadas pelos custos, as pessoas com cancro estão isentas do pagamento de taxas moderadoras pelas consultas e exames complementares de diagnóstico prescritos durante tratamento e acompanhamento. A medicação utilizada no tratamento do cancro em regime de internamento e em ambulatório é gratuita para os doentes do SNS; no caso de outros medicamentos, aplica-se um regime especial de copagamento com quatro níveis de desconto — que variam entre 15 % e 90 % do preço de venda ao público. O SNS cobre igualmente o transporte não urgente de doentes para consultas e tratamentos médicos para o cancro. As próteses e outras ajudas técnicas também podem ser reembolsadas se forem prescritas.

Portugal tem um dos custos per capita mais baixos entre os países da UE no que diz respeito aos cuidados oncológicos

Os custos associados aos cuidados oncológicos variam consideravelmente entre os países da UE. Em 2018, entre os Estados-Membros da UE, o custo per capita ajustado em função da paridade de poder de compra (PPC) variou entre 160 EUR na Roménia e 524 EUR nos Países Baixos (Hofmarcher et al., 2020). Em Portugal, o custo per capita foi de 256 EUR, ou seja, 20 % inferior à média da UE (326 EUR).

De um custo total de 2 208 milhões de EUR, os custos diretos representaram 44 % das despesas de saúde com cuidados oncológicos (dos quais dois quintos relacionados com despesas com medicamentos oncológicos), representando 5,4 % das despesas de saúde nacionais (Figura 11). Durante o período de 2017-2020, as despesas com medicamentos oncológicos dispensados nos hospitais do SNS aumentaram 55 %, passando para um pouco mais de 440 milhões de EUR. As perdas de produtividade representaram 39 % das despesas de saúde com cuidados oncológicos, das quais a mortalidade prematura teve o maior impacte (30 %), seguida da perda de produtividade devido à morbilidade (9 %). Os cuidados informais, que representam o custo de oportunidade do tempo perdido por familiares e amigos para prestar cuidados não remunerados, representaram cerca de 17 % das despesas de saúde com cuidados oncológicos.

Figura 11. A distribuição dos custos do cancro por componente é semelhante à média da UE



Nota: Dados relativos a 2018. As despesas com medicamentos oncológicos não incluem descontos confidenciais. A média da UE-27 não é ponderada (calculada pela OCDE).
Fonte: Hofmarcher et al. (2020).

5.4 COVID-19 e cancro: reforçar a resiliência

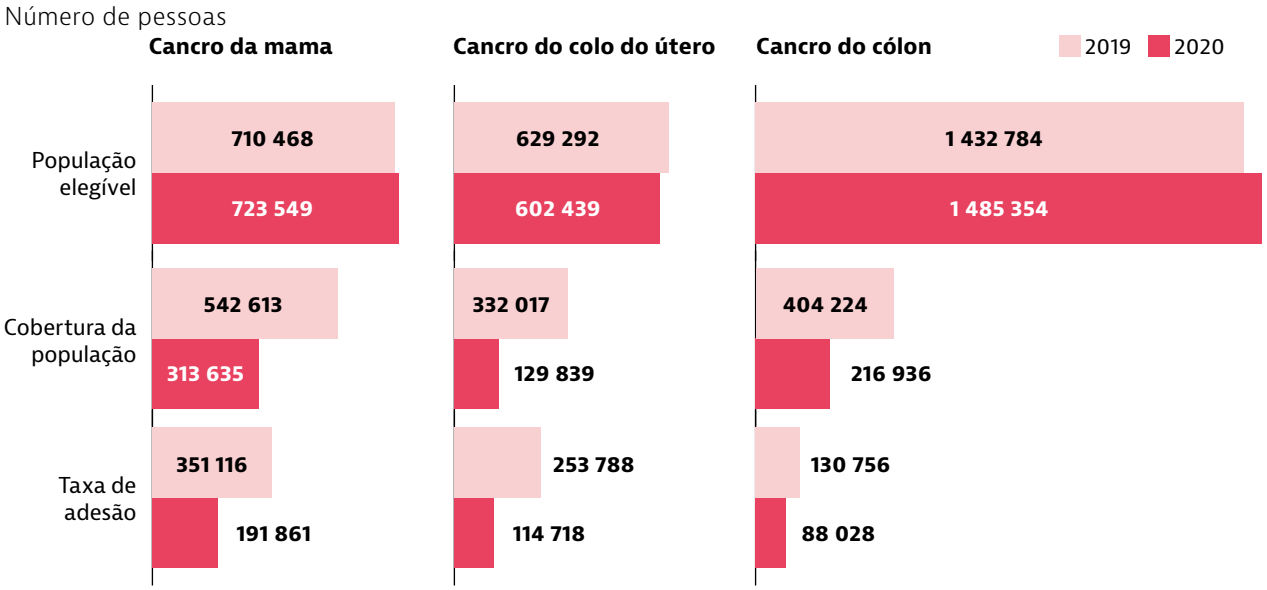
Em 2020, um plano foi delineado para melhorar a capacidade de resposta do SNS no contexto da pandemia pela COVID-19. O orçamento da saúde aumentou 6 % em relação a 2019, proporcionando um montante adicional de 800 milhões de EUR. O plano visava igualmente reforçar a gestão do SNS, nomeadamente através da afetação de 100 milhões de EUR a incentivos ao desempenho e a uma maior responsabilização das administrações hospitalares do SNS (OCDE/Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, 2021).

A pandemia perturbou as atividades de rastreio do cancro, mas a recuperação está em curso

Tal como em muitos outros sistemas de saúde, as atividades de rastreio do cancro em Portugal sofreram uma perturbação durante um período que atingiu cinco meses a contar do início da pandemia pela COVID-19, mas foram rapidamente retomadas depois disso. Em junho de 2022, a taxa de rastreio do cancro colorretal tinha regressado aos níveis anteriores à pandemia e a recuperação dos serviços relacionados com o cancro da mama para níveis de desempenho passados foi quase alcançada. No entanto, a atividade hospitalar relacionada com os cuidados oncológicos sofreu menos perturbações em alguns aspetos — por exemplo, as colposcopias registaram melhorias nas listas de espera.

Os convites ao rastreio do cancro da mama diminuíram 42 % em 2020 (Figura 12) e o número

Figura 12. A cobertura do rastreio do cancro diminuiu significativamente durante a pandemia



Nota: Os dados da população elegível para o cancro da mama não têm em conta os dados da ilha da Madeira. Os dados de rastreio do cancro do colo do útero e colorretal não têm em conta os dados da ilha da Madeira.
Fonte: DGS (2021b).

de mulheres submetidas a rastreio diminuiu 45 % em comparação com 2019, após interrupção das atividades entre março e julho de 2020 (DGS, 2021b). A taxa de adesão diminuiu três pontos percentuais, passando de 65 % em 2019 para 62 % em 2020. As maiores perturbações na adesão ao rastreio ocorreram nas Regiões de Saúde do Norte e do Sul. Além disso, na Região de Saúde do Norte, as atividades de rastreio foram retomadas somente no final desse ano devido à renegociação do contrato com o parceiro que realiza as atividades de rastreio.

As atividades de rastreio do cancro do colo do útero foram as mais afetadas pela pandemia. Os convites ao rastreio diminuíram 61 % e o número de mulheres submetidas a rastreio diminuiu mais de metade. Não obstante, a taxa global de adesão melhorou 12 % em Portugal continental (de 76 % em 2019 para 88 % em 2020).

O rastreio do cancro colorretal foi igualmente interrompido entre março e julho de 2020. Os convites ao rastreio diminuíram, em média, 46 %. As reduções foram mais notórias na Região de Saúde do Sul (86 %) e na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (75 %). O número de pessoas submetidas a rastreio diminuiu um terço e apenas a Região de Saúde do Norte registou um aumento de 6 % do número de rastreios.

Várias políticas procuraram minimizar o impacte da pandemia nas pessoas com cancro

Desde o início da pandemia pela COVID-19, Portugal adotou várias estratégias de atenuação (incluindo dois confinamentos totais do país) para minimizar os efeitos das sucessivas vagas (OCDE/Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, 2021). A fim de reduzir o efeito dessas restrições na acessibilidade aos cuidados para pessoas com cancro, os serviços como a oncologia médica e as consultas de radioterapia foram dos últimos a ser afetados.

Com base na regulamentação da Direção-Geral da Saúde, uma das alterações às normas relativas aos cuidados oncológicos foi a recomendação de circuitos hospitalares diferenciados e de rastreio obrigatório da infeção pelo SARS-CoV-2 para os doentes durante a quimioterapia e a radioterapia. Os cuidados cirúrgicos foram garantidos ao salvaguardar os três principais centros de oncologia em Portugal da prestação de cuidados a doentes oncológicos com COVID-19, de modo a garantir os recursos humanos e logísticos para esta atividade clínica. Além disso, foi também implementada a transição das consultas presenciais para as teleconsultas (frequentemente realizadas por telefone). O número de teleconsultas foi mais elevado durante os períodos em que se registou um grande aumento das infeções pelo SARS-CoV-2, concomitantemente com o período de maiores restrições à circulação de pessoas. As implicações da transição para as teleconsultas na qualidade dos cuidados — nomeadamente em termos de resultados em saúde e experiências — não são claras, pelo que é provável que as teleconsultas ainda não sejam integradas nos cuidados de rotina para as pessoas com cancro.

A vacinação contra a COVID-19 teve início em dezembro de 2020, decorrendo em três fases, cada uma das quais definiu critérios de prioridade, como o risco de exposição, a idade e a patologia. As pessoas sujeitas a tratamento oncológico ativo foram incluídas na fase 2, que teve início em abril de 2021. A decisão de receber a vacina era discutida com o médico oncologista, que decidiria se o tratamento em curso deveria ser interrompido. No início da fase 2, tinham sido ultrapassados os constrangimentos relacionados com o fornecimento de vacinas e a capacidade de imunização.

6. Foco nas desigualdades

O Serviço Nacional de Saúde português é um sistema de saúde universal financiado por impostos. As pessoas com cancro estão isentas do pagamento de taxas moderadoras pelas consultas e exames complementares de diagnóstico prescritos durante o tratamento e o acompanhamento, incluindo tratamentos oncológicos novos e inovadores. No entanto, existem desigualdades acentuadas na prevenção do cancro, no acesso ao diagnóstico precoce, na qualidade dos cuidados e nos resultados em saúde.

- Os fatores de risco comportamentais para a saúde são os principais fatores de mortalidade por cancro em Portugal, nomeadamente o consumo de álcool, o tabagismo, os hábitos alimentares e os baixos níveis de atividade física. O consumo de álcool entre adultos foi de 10 litros per capita em 2019, o que corresponde à média da UE. O consumo perigoso de álcool foi três vezes mais elevado entre pessoas com níveis de instrução mais baixos (6 %) do que entre os níveis de instrução mais elevados (2 %).
- De acordo com o EHIS, a percentagem de fumadores diários de cigarros diminuiu para 12 % em 2019, o que é inferior à média da UE de 18 %. A prevalência do tabagismo entre homens (16 %) foi mais do dobro da prevalência entre mulheres (7 %). As taxas de tabagismo foram mais elevadas entre pessoas com níveis de instrução e rendimentos mais baixos do que entre pessoas com níveis de instrução e rendimentos mais elevados.
- Em 2019, mais de metade (56 %) da população com 15 anos ou mais tinha excesso de peso ou era obesa, afetando mais homens (61 %) do que mulheres (52 %), de acordo com o EHIS. A prevalência foi superior à média nacional entre pessoas com níveis de instrução mais baixos (66 %) do que com níveis de instrução mais elevados (38 %).
- Embora o SNS financie todos os programas de rastreio do cancro de base populacional (mama, colo do útero e colorretal), existem disparidades nas taxas de participação em função da educação e da localização geográfica, de acordo com o EHIS. A percentagem de mulheres que reportaram ter realizado uma citologia cervical foi de 53 % em 2019, com diferenças acentuadas entre mulheres com níveis de instrução mais elevados (71 %) e mais baixos (43 %). A participação no rastreio do cancro colorretal foi 37 % mais elevada entre pessoas que vivem em cidades do que entre as que vivem em zonas rurais.

Foram aplicadas várias políticas para melhorar o acesso a cuidados oncológicos de elevada qualidade e reduzir disparidades, incluindo planos nacionais para reduzir comportamentos aditivos e dependências, para a prevenção e controlo do tabagismo, e para promover uma alimentação saudável e a atividade física. Outros exemplos de políticas foram o lançamento previsto de uma rede de referência nas doenças oncológicas, a realização de reuniões de equipas multidisciplinares e a introdução de tempos máximos de espera ao longo da trajetória de prestação de cuidados oncológicos.

Com a finalidade de reduzir o efeito das restrições decorrentes da pandemia pela COVID-19 na acessibilidade dos cuidados de saúde para pessoas com cancro, foi dada prioridade a serviços como a oncologia médica, consultas de radioterapia e tratamentos cirúrgicos do cancro entre os serviços de cuidados de saúde não relacionados com a COVID-19. No entanto, a pandemia perturbou as atividades de rastreio do cancro de base populacional. As taxas de rastreio e de sobrevivência a cinco anos exigem uma monitorização rigorosa nos próximos anos, a fim de identificar os efeitos reais de tais atrasos e cuidados não recebidos, especialmente entre os grupos mais vulneráveis da população que já enfrentam fortes desigualdades nos cuidados oncológicos.

Bibliografia

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, «Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2020», Direção-Geral da Saúde (DGS), Lisboa, 2020a, https://tinyurl.com/dgs2020a.

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, «Recursos do SNS em oncologia. Relatório de inquérito 2019», Direção-Geral da Saúde (DGS), Lisboa, 2020b, https://tinyurl.com/dgs2020b.

Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, «Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física 2021», Direção-Geral da Saúde (DGS), Lisboa, 2021a, https://tinyurl.com/dgspnpaf.

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, «Avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos organizados de base populacional 2019/2020», Direção-Geral da Saúde (DGS), Lisboa, 2021b, https://tinyurl.com/yc7nv4zj.

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde (DGS), Lisboa, 2022, https://alimentacaosaudavel.dgs.pt.

Comissão Europeia, Plano Europeu de Luta contra o Cancro, Comissão Europeia, Bruxelas, 2021, https://tinyurl.com/2p85x9wp

Hofmarcher, T., et al., «The cost of cancer in Europe 2018», *European Journal of Cancer*, vol. 129, p. 41, 2020.

The 2019 Global Burden of Disease (GBD) study, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2022: https://vizhub.healthdata.org/gbd-results; consultado em 31.10.2022.

The IAEA Directory of Radiotherapy Centres (DIRAC), Agência Internacional da Energia Atómica, 2022, https:/dirac.iaea.org; consultado em 31.10.2022.

OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas, https://doi.org/10.1787/8f3b0171-en.

Tribunal de Contas, «Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde Oncológicos no SNS 2017-2020», Tribunal de Contas, Lisboa, 2022, https://tinyurl.com/mr2shbsp.

Rumgay, H., Lam, F., Ervik, M., Soerjomataram, I., «Cancers attributable to alcohol», International Agency for Research on Cancer, Lyon, França, 2021, https://gco.iarc.fr/causes/alcohol; consultado em 31.10.2022.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), «Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020», SICAD, Lisboa, 2013, https://tinyurl.com/SICAD2013.

Abreviações dos países

Alemanha	DE	Croácia	HR	Finlândia	FI	Itália	IT	Países Baixos	NL
Áustria	AT	Dinamarca	DK	França	FR	Letónia	LV	Polónia	PL
Bélgica	BE	Eslováquia	SK	Grécia	EL	Lituânia	LT	Portugal	PT
Bulgária	BG	Eslovénia	SI	Hungria	HU	Luxemburgo	LU	Roménia	RO
Chéquia	CZ	Espanha	ES	Irlanda	IE	Malta	MT	Suécia	SE
Chipre	CY	Estónia	EE	Islândia	IS	Noruega	NO		

European Cancer Inequalities Registry

Perfil sobre cancro por país 2023

O Registo Europeu das Desigualdades do Cancro é uma iniciativa emblemática do Plano Europeu de Luta contra o Cancro. Fornece dados fiáveis sobre prevenção e tratamento do cancro para identificar tendências, disparidades e desigualdades entre os Estados-Membros e as regiões. O Registo contém uma página Web e uma ferramenta de dados desenvolvidos pelo Centro Comum de Investigação da Comissão Europeia (https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/), bem como uma série bienal alternada de perfis sobre cancro por país e um relatório global sobre as desigualdades do cancro na Europa.

Os perfis sobre cancro por país identificam pontos fortes, desafios e áreas específicas de ação para cada um dos 27 Estados-Membros da EU, a Islândia e a Noruega, com o propósito de orientar investimentos e intervenções a nível da EU, nacional e regional no âmbito do Plano Europeu de Luta contra o Cancro. O Registo Europeu das Desigualdades do Cancro também apoia a Iniciativa 1 do Plano de Ação Poluição Zero.

Os perfis são da autoria da OCDE em cooperação com a Comissão Europeia. A equipa agradece os valiosos comentários apresentados pelo especialistas nacionais, pelo Comité da Saúde da OCDE e pelo Grupo Temático de Peritos da UE sobre o Registo das Desigualdades do Cancro.

Cada perfil do país sobre cancro fornece uma breve síntese:

- da carga de doença causada pelo cancro no país
- dos fatores de risco para o cancro, particularmente os do tipo comportamental e ambiental
- dos programas de deteção precoce
- do desempenho na prestação de cuidados oncológicos, com foco na acessibilidade, qualidade, custos e o impacte da COVID-19 no tratamento do cancro

A presente publicação deve ser citada da seguinte forma:
OECD (2023), *Perfil sobre cancro por país: Portugal 2023*, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/40186a6b-pt.

ISBN 9789264682825 (PDF)
Series : EU Country Cancer Profiles

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES