

The background of the cover features a blue stethoscope and a white smartphone resting on a white surface. The stethoscope is positioned diagonally from the top left towards the bottom right. The smartphone is partially visible on the left side of the frame.

A Informação sobre Saúde dos Portugueses

Fontes, Conhecimentos
e Comportamentos

Pedro Moura Ferreira
Nuno Lunet
Susana Silva
(organizadores)



Ana Rute Costa
Susana Silva
Pedro Moura Ferreira

Isabel do Carmo
Henrique Barros
Nuno Lunet

Capítulo 8

Rastreios oncológicos em Portugal

Nos últimos anos, o investimento crescente na deteção precoce e no acesso a tratamentos mais eficazes (Berry *et al.* 2005; Edwards *et al.* 2010) tem sido associado ao aumento da sobrevivência ao cancro, sobretudo nos países mais desenvolvidos (Allemani *et al.* 2015). De facto, a implementação de estratégias de prevenção secundária que permitem a deteção da doença numa fase precoce da sua história natural, quando ainda não existem sinais e sintomas, poderá facilitar o tratamento e torná-lo mais efetivo (Gordis 2010). É o caso da realização de rastreios, que consistem na procura ativa de uma determinada doença, ou de uma condição precursora da doença, em indivíduos presumivelmente saudáveis (Holland *et al.* 2006).

Para a implementação de um programa de rastreio, considera-se, geralmente, que devem estar reunidas diversas condições, incluindo: 1) os rastreios devem visar um importante problema de saúde, cuja história natural deve ser adequadamente compreendida; 2) a fase pré-clínica da doença deve ser suficientemente longa para permitir a sua identificação através do teste de rastreio; 3) deve estar disponível um teste ou exame seguro, simples, válido, com elevada sensibilidade e especificidade, aceite pela população-alvo; 4) deve estar assegurado o acesso dos indivíduos identificados como tendo a doença, ou uma condição pré-doença, a um tratamento eficaz e estabelecido como adequado; 5) o custo da deteção de casos (incluindo o diagnóstico e o tratamento) deve ser economicamente equilibrado, quando comparado com as despesas gerais relacionadas com os cuidados médicos (Holland *et al.* 2006; Wilson e Jungner 1968).

As atividades de rastreio oncológico podem ser implementadas de forma organizada ou oportunística (Von Karsa *et al.* 2014). O rastreio organizado é um rastreio de base populacional, implementado por um ser-

viço de saúde, destinado a toda a população que cumpra os critérios de elegibilidade estabelecidos para o rastreio (por exemplo, não ter sintomas da doença, faixa etária). Deverá ter os métodos e os intervalos de rastreio bem definidos, uma equipa responsável pela sua implementação e monitorização, assim como uma estrutura que garanta a qualidade do programa, a qual deverá ser avaliada com regularidade. Deve ainda assegurar que os procedimentos complementares de diagnóstico, tratamento, apoio psicológico e cuidados pós-tratamento fornecidos aos participantes com resultados positivos no rastreio seguem as melhores práticas baseadas na evidência disponível, além de proporcionar a todos os indivíduos que realizem o rastreio informação sobre os seus principais benefícios e efeitos adversos (Von Karsa *et al.* 2014; CEU 2003). É o caso dos modelos preconizados pelo Conselho da União Europeia para os rastreios dos cancro da mama, do colo do útero e do cólon e reto (CEU 2003) que se encontram em diferentes fases de implementação em Portugal e que serão descritos em pormenor neste capítulo. Quando a realização do rastreio não é proposta sistematicamente a todos os elementos de uma população que cumprem os critérios para a sua realização, mas decorre do contacto de um utente com o sistema de saúde (por exemplo, numa consulta médica de rotina), o rastreio é designado por rastreio oportunístico, como acontece em Portugal nas regiões em que não estão ainda implementados os programas de rastreio organizado.

Ao pressuporem um convite sistemático a toda a população elegível (Von Karsa *et al.* 2014; CEU 2003), os programas de rastreio organizado garantem maior equidade, quando comparados com os rastreios oportunísticos (Palencia *et al.* 2010; Walsh *et al.* 2011; Eisinger *et al.* 2008). Além disso, os rastreios organizados apresentam uma melhor relação custo-efetividade (Kim *et al.* 2004; Woo *et al.* 2007; Gelder *et al.* 2009; Guy *et al.* 2014), permitindo ainda uma adequada avaliação da qualidade da sua implementação (Von Karsa *et al.* 2014; CEU 2003).

Em Portugal, de acordo com o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (DGS 2014a), é aconselhada a realização de citologia cervical para o rastreio do cancro do colo do útero, com início entre os 20 e os 30 anos e até aos 60 anos; de mamografia, nas mulheres, entre os 50 e os 69 anos de idade; e pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) para o cancro do cólon e reto, em homens e mulheres com idades entre os 50 e os 74 anos. Em relação ao cancro da próstata, de acordo com uma norma clínica da Direção-Geral da Saúde (DGS), a determinação do antígeno específico da próstata (PSA) não deve ser prescrita para rastreio populacional, e o rastreio oportunístico só poderá ser efetuado após os

homens serem devidamente esclarecidos sobre os seus riscos e benefícios (DGS 2014b).

De forma a descrever a realização de rastreios oncológicos em Portugal, foi objetivo deste capítulo avaliar a utilização, por parte da população portuguesa, dos rastreios dos cancro da mama, do colo do útero, do cólon e reto e da próstata. Aos participantes foi pedido que referissem apenas as situações em que os testes foram efetuados sem que tivessem queixas ou sintomas da doença, ou seja, que tenham sido efetuados por rotina, com o objetivo de detetar precocemente a doença.

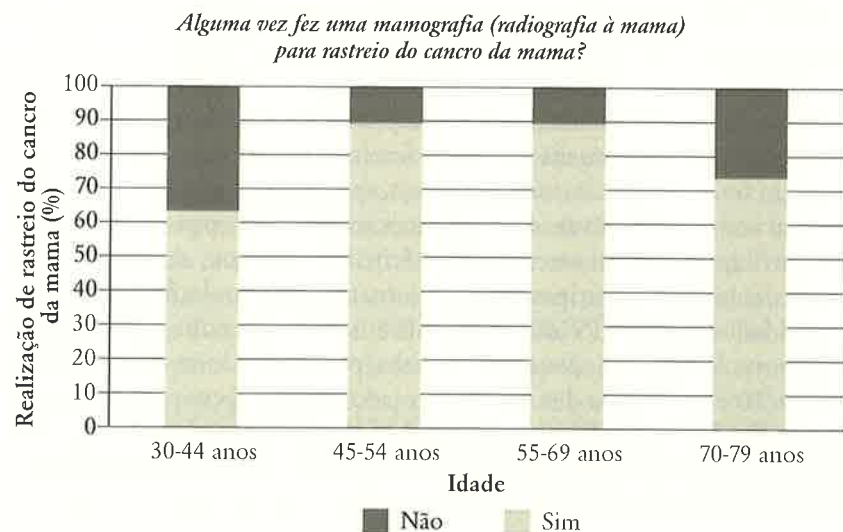
Este capítulo baseia-se num inquérito que avaliou, em 2012, uma amostra de 1624 participantes, representativa da população portuguesa com idade entre 16 e 79 anos, residente em Portugal continental. Os participantes foram avaliados nas suas casas, por inquiridores treinados. Na descrição destes resultados são apresentadas percentagens ponderadas de modo a refletir os padrões de utilização de rastreio oncológico na população portuguesa; serão referidas predominantemente as associações estatisticamente significativas.

Rastreio do cancro da mama

Em Portugal continental, a implementação do programa de rastreio do cancro da mama é da responsabilidade das Administrações Regionais de Saúde (ARS), em parceria com a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) e a Associação Oncológica do Algarve. Tendo em conta as recomendações europeias (CEU 2003), adotadas pelo Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (DGS 2014a), as mulheres elegíveis devem efetuar mamografia de rastreio de dois em dois anos. No caso das ARS Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo, onde o rastreio é efetuado através da LPCC, são convidadas mulheres com idades compreendidas entre os 45 e os 69 anos, enquanto no Algarve o programa abrange as mulheres com idades entre os 50 e os 69 anos.

A implementação do rastreio organizado do cancro da mama iniciou-se em 1990. A sua cobertura geográfica aumentou ao longo dos últimos anos e, em 2012, 64,5% dos agrupamentos de centros de saúde de Portugal continental (ACES) já se encontravam abrangidos (DGS 2014a). No entanto, verificavam-se ainda assimetrias regionais: nas ARS Centro, Alentejo e Algarve a cobertura era de 100%, na ARS Norte era de 57,8%, e na ARS Lisboa e Vale do Tejo a cobertura era de 27%. Além disso, das cerca de 390 mil mulheres convidadas em 2012 para participar nos programas de rastreio, apenas 61,3% foram rastreadas. A proporção de mu-

Figura 8.1 – Realização de mamografia para rastreio do cancro da mama, de acordo com a idade



Iheres elegíveis que aderiram ao rastreio variou entre 47,5% na ARS Lisboa e Vale do Tejo e 77,5% na ARS Algarve.

No presente inquérito, com o objetivo de avaliar a utilização de mamografia de rastreio para o cancro da mama, foi perguntado às mulheres portuguesas com idade igual ou superior a 30 anos se alguma vez tinham realizado este exame.

Cerca de 90% das mulheres com idades compreendidas entre os 45 e os 69 anos mencionaram já ter efetuado uma mamografia para rastreio do cancro da mama (89,5% no grupo entre os 45 e os 54 anos e 90,0% no grupo entre os 55 e os 69 anos de idade). Entre os 30 e os 44 anos de idade, 62,3% das mulheres referiram já o ter realizado (figura 8.1). De acordo com a norma clínica publicada pela DGS em 2011 acerca da «abordagem imagiológica da mama feminina» (DGS 2011), nas mulheres assintomáticas com idade inferior à elegível e sem risco aumentado de cancro da mama, a mamografia de rastreio não está indicada e, no caso de ser prescrita, os motivos deverão ser fundamentados no processo clínico, sendo especialmente importante que as mulheres sejam alertadas sobre os riscos e os benefícios do exame e que subscrevam o consentimento informado e esclarecido.

É ainda importante realçar que 27,0% das mulheres com idade igual ou superior a 70 anos referiram nunca ter realizado este exame (figura 8.1).

Quadro 8.1 – Realização de mamografia para rastreio do cancro da mama por idade, de acordo com a escolaridade e a literacia em saúde

	Alguma vez fez uma mamografia (radiografia à mama) para rastreio do cancro da mama? (Sim, %)			
	Idade (anos)			
	30-44	45-54	55-69	70-79
Escolaridade (anos)				
0-4	69,9	86,2	88,2	72,9
5-9	59,8	89,9	92,9	72,7
10-12	57,8	92,0	100,0	82,9
> 12	60,7	100,0	100,0	74,0
<i>p</i>	0,722	0,637	0,272	0,943
Literacia em saúde				
Provavelmente inadequada	61,3	88,9	86,9	71,5
Possivelmente inadequada	65,1	88,9	94,4	84,1
Adequada	61,1	93,3	93,0	79,6
<i>p</i>	0,914	0,856	0,261	0,430

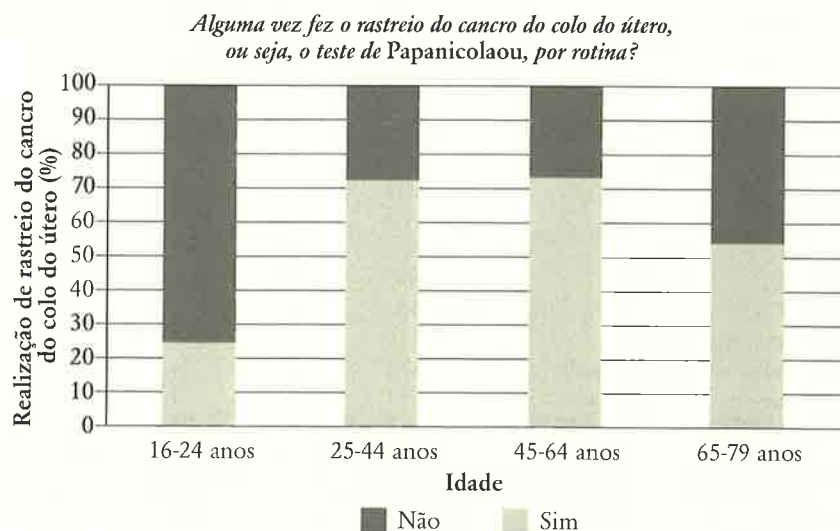
Nota: O valor de prova (*p*) reflete a probabilidade de as diferenças entre os utilizadores e os não utilizadores de rastreio se deverem ao acaso. Considerou-se que as diferenças eram estatisticamente significativas quando o valor de prova era inferior a 0,05.

Considerando apenas as participantes com idades entre os 45 e os 69 anos, não obstante a menor prevalência de rastreio do cancro da mama nas mulheres menos escolarizadas, as diferenças relativas à prevalência de utilização por nível de escolaridade não foram estatisticamente significativas. As mulheres deste grupo etário que tinham um nível inadequado de literacia em saúde referiram menos frequentemente a utilização deste tipo de rastreio, apesar de esta diferença não ser estatisticamente significativa (quadro 8.1).

Rastreio do cancro do colo do útero

Tendo em conta as recomendações europeias, o rastreio do cancro do colo do útero deverá ser iniciado entre os 20-30 anos de idade (CEU 2003), e deverá efetuar-se de três em três anos ou de cinco em cinco anos até aos 60 ou 65 anos de idade (Arbyn *et al.* 2010). Em Portugal, de acordo com as orientações do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (DGS 2014a), são elegíveis para rastreio do cancro do colo do útero as mulheres entre os 20 e os 30 anos até aos 60 anos de idade. Numa norma clínica sobre o diagnóstico e o estadiamento do cancro invasivo do colo do útero, publicada em 2012, a DGS refere que o rastreio regular do cancro do colo do útero deverá ser assegurado a todas as mu-

Figura 8.2 – Realização de rastreio do cancro do colo do útero, de acordo com a idade



lheres entre os 25 e os 64 anos de idade que ainda não o tenham efetuado (DGS 2012).

O programa de rastreio do cancro do colo do útero foi implementado pela primeira vez em 1990 na zona Centro do país. Em 2012, 42,6% dos ACES de Portugal continental encontravam-se abrangidos (DGS 2014a), mas verificavam-se acentuadas assimetrias regionais na cobertura geográfica. Com efeito, a ARS Lisboa e Vale do Tejo não tinha um programa de rastreio organizado para o cancro do colo do útero, na ARS Norte encontravam-se abrangidos apenas 37,5% dos ACES, enquanto nas restantes regiões a cobertura geográfica era de 100%. Em 2012, foram convidadas a participar neste programa de rastreio cerca de 181 mil mulheres; globalmente, a proporção de mulheres convidadas que efetuaram o rastreio foi de 67,5%, variando a adesão entre 62,4% na ARS Centro e 92,1% na ARS Algarve.

Existem também diferenças regionais relativamente às idades abrangidas pelos programas de rastreio, às técnicas utilizadas e respetivos intervalos de rastreio (DGS 2014a). Na ARS Norte é realizada a «citologia em meio líquido seguida de teste para o vírus do Papiloma Humano (HPV)», de cinco em cinco anos, em mulheres entre os 25 e os 60 anos de idade. Na ARS Centro é efetuada uma citologia convencional (teste de *Papanicolaou*), de três em três anos, em mulheres entre os 25 e os 64 anos de

Quadro 8.2 – Realização de rastreio do cancro do colo do útero por idade, de acordo com a escolaridade e a literacia em saúde

	Alguma vez fez o rastreio do colo do útero, ou seja, o teste de <i>Papanicolaou</i> , por rotina? (Sim, %)			
	Idade (anos)			
	16-24	25-44	45-64	65-79
Escolaridade (anos)				
0-4	0,0	69,9	66,9	52,4
5-9	17,3	75,6	87,3	71,0
10-12	23,1	65,6	69,2	62,2
> 12	41,9	78,3	77,6	80,4
<i>p</i>	0,200	0,571	0,178	0,295
Literacia em saúde				
Provavelmente inadequada	24,8	74,5	66,6	44,7
Possivelmente inadequada	20,9	66,9	73,4	80,6
Adequada	26,1	73,8	90,0	91,0
<i>p</i>	0,931	0,687	0,082	<0,001

Nota: O valor de prova (*p*) reflete a probabilidade das diferenças entre os utilizadores e os não utilizadores de rastreio se deverem ao acaso. Considerou-se que as diferenças eram estatisticamente significativas quando o valor de prova era inferior a 0,05.

idade. Na ARS Alentejo, o rastreio é feito por «citologia em meio líquido com teste HPV em todas as citologias anómalas», de três em três anos após duas citologias consecutivas negativas, em mulheres entre os 25 e os 65 anos. Na ARS Algarve é proposta uma «citologia em meio líquido com teste HPV», de três em três anos, às mulheres entre os 25 e os 64 anos.

No presente inquérito, foi perguntado a todas as mulheres, independentemente da idade, se alguma vez realizaram o rastreio do cancro do colo do útero, através do teste de *Papanicolaou*. Apesar de não ser a única técnica atualmente disponível para rastrear o cancro do colo do útero, o teste de *Papanicolaou* foi o primeiro teste a ser utilizado para realização do rastreio (IARC 2005), pelo que se considerou que esta referência facilitaria a identificação do rastreio do cancro do colo do útero.

Cerca de 72% das mulheres com idades entre os 25 e os 64 anos referiram ter realizado o rastreio para o cancro do colo do útero (71,8% no grupo entre os 25 e os 44 anos e 72,0% no grupo entre os 45 e os 64 anos de idade). A realização de rastreio foi menos frequente nas mulheres com idades entre os 16 e os 24 anos de idade (24,1%). Por outro lado, quase metade das mulheres com idade igual ou superior a 65 anos nunca foi submetida a uma citologia cervical de rastreio (46,7%) (figura 8.2).

Nas mulheres com idades entre os 65 e os 79 anos, verificou-se que a prevalência de realização de rastreio para o cancro do colo do útero foi menor nas que tinham literacia inadequada (quadro 8.2).

Rastreio do cancro do cólon e reto

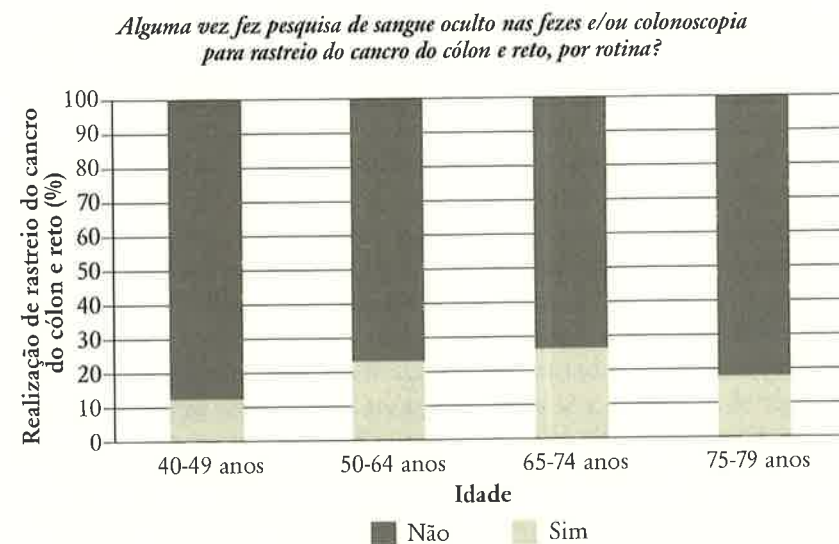
De acordo com as recomendações nacionais (DGS 2014a) e europeias (CEU 2003), o rastreio para o cancro do cólon e reto deverá ser efetuado em homens e mulheres, entre os 50 e os 74 anos de idade, através de PSOF.

O programa de rastreio organizado do cancro do cólon e reto é o mais recente em Portugal; na ARS Centro teve início em 2009, e em 2011 foi implementada uma fase piloto do programa na ARS Alentejo (DGS 2014a). Por esse motivo, em 2012, apenas 9,3% dos ACES de Portugal continental se encontravam abrangidos por este programa. Na ARS Centro a cobertura geográfica era de 50% e a adesão ao rastreio foi de 75,7%. Na ARS Alentejo a cobertura geográfica era de 25% e 47,5% dos utentes convidados participaram no rastreio.

Na ARS Centro é efetuada a PSOF por «teste guaiaco modificado por Greigor», de dois em dois anos, nos homens e mulheres entre os 50 e os 70 anos. Por sua vez, na ARS Alentejo é efetuada a PSOF por «teste imunoquímico quantitativo», de dois em dois anos, em homens e mulheres entre os 50 e os 70 anos (DGS 2014a). De acordo com uma norma clínica sobre o rastreio oportunístico do cancro do cólon e reto publicada pela DGS em 2014, a PSOF deverá ser prescrita a todos os utentes assintomáticos com idades compreendidas entre 50 e os 74 anos. Neste contexto, perante um teste imunoquímico negativo, a PSOF deverá ser repetida após um ano (DGS 2014c).

No que diz respeito à colonoscopia, a sua realização está prevista para aferição de PSOF positivas, quer no âmbito do programa de rastreio organizado, como também em contexto de rastreio oportunístico (DGS 2014a e 2014c). A prescrição deste exame deverá também ser efetuada em casos de história familiar de neoplasia do cólon e reto, vigilância após resseção de neoplasia, investigação de sinais e sintomas específicos, entre outras situações clínicas (DGS 2014d). Contudo, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, este exame pode ser efetuado para rastreio do carcinoma do cólon e do reto, em indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, sem fatores de risco conhecidos (SPED 2009 e s. d). Nos restantes países europeus, apesar de a maior parte dos programas de rastreio prever a realização de PSOF, na Polónia o rastreio

Figura 8.3 – Realização de rastreio do cancro do cólon e reto através de pesquisa de sangue oculto nas fezes e/ou colonoscopia, de acordo com a idade



organizado é efetuado com recurso à colonoscopia, de 10 em 10 anos, em indivíduos entre os 50 e os 66 anos (Altobelli *et al.* 2014). Nos Estados Unidos da América, a *U. S. Preventive Services Task Force* recomenda a realização de rastreio do cancro do cólon e do reto em indivíduos entre os 50 e os 75 anos, o qual poderá ser efetuado através de PSOF anual de alta sensibilidade, sigmoidoscopia de cinco em cinco anos com PSOF de alta sensibilidade de três em três anos, ou colonoscopia de 10 em 10 anos (USPSTF 2008).

Tendo em conta a heterogeneidade das recomendações que poderão ter moldado a utilização de diferentes opções de rastreio do cancro do cólon e reto em Portugal ao longo dos últimos anos, neste inquérito obtivemos informação acerca da realização de PSOF e/ou colonoscopia nos inquiridos com idade elegível para o rastreio do cancro do cólon e reto, ou seja, entre os 50 e os 74 anos de idade.

A prevalência reportada de utilização de rastreio foi de 23,7% nos indivíduos elegíveis (22,7% no grupo entre os 50 e os 64 anos e 26,0% no grupo entre os 65 e 74 anos de idade). Cerca de 12% dos participantes entre os 40 e os 49 anos referiram já ter realizado rastreio para este tipo de cancro; nos indivíduos entre os 75 e os 79 anos a prevalência foi de 18,9% (figura 8.3).

Quadro 8.3 – Realização de rastreio do cancro do cólon e reto através de pesquisa de sangue oculto nas fezes e/ou colonoscopia por idade, tendo em conta o sexo, a escolaridade e a literacia em saúde

	Alguma vez fez pesquisa de sangue oculto nas fezes e/ou colonoscopia para rastreio do cancro do cólon e reto, por rotina? (Sim, %)			
	Idade (anos)			
	40-49	50-64	65-74	75-79
Sexo				
Feminino	14,8	23,8	19,1	14,3
Masculino	9,3	21,5	35,0	24,7
<i>p</i>	0,276	0,649	0,028	0,203
Escolaridade (anos)				
0-4	6,0	21,6	24,0	17,8
5-9	14,5	24,2	50,6	20,1
10-12	17,5	22,6	39,5	40,1
> 12	21,1	24,1	31,5	46,5
<i>p</i>	0,100	0,967	0,106	0,390
Literacia em saúde				
Provavelmente inadequada	12,7	19,1	23,5	15,6
Possivelmente inadequada	14,5	26,8	31,9	44,0
Adequada	8,0	26,4	34,9	46,2
<i>p</i>	0,596	0,284	0,394	0,035

Nota: O valor de prova (*p*) reflete a probabilidade de as diferenças entre os utilizadores e os não utilizadores de rastreio se deverem ao acaso. Considerou-se que as diferenças eram estatisticamente significativas quando o valor de prova era inferior a 0,05.

Considerando apenas os participantes que referiram ter efetuado o rastreio para o cancro do cólon e reto, entre os inquiridos elegíveis, 38,5% realizaram apenas PSOF, 31,2% efetuaram apenas colonoscopia e 30,3% realizaram ambos os testes. Nos participantes com idades entre os 40 e os 49 anos, 46,5% efetuaram apenas PSOF, 23,5% realizaram colonoscopia e 30,0% efetuaram PSOF e colonoscopia. Nos inquiridos entre os 75 e os 79 anos, 34,1% referiram ter realizado apenas PSOF, 49,8% efetuaram apenas colonoscopia e 16,1% foram submetidos a ambos os testes de rastreio.

Como se pode observar no quadro 8.3, os homens entre os 65 e os 74 anos referiram mais vezes ter efetuado o rastreio do cancro do cólon e reto, do que as mulheres da mesma faixa etária. Verificou-se ainda que, com exceção dos participantes entre os 40 e os 49 anos de idade, os inquiridos com níveis mais elevados de literacia em saúde reportaram uma maior utilização do rastreio para este tipo de cancro; esta diferença foi

estatisticamente significativa no grupo dos participantes com idades entre os 75 e os 79 anos de idade.

Rastreio do cancro da próstata

Em Portugal, não é recomendada a implementação de programas de rastreio populacional para o cancro da próstata. De acordo com uma norma de orientação clínica publicada pela DGS em 2011, e atualizada em 2014 (DGS 2014b), a determinação de PSA para rastreio oportunístico poderá ser prescrita aos homens com idades entre os 45 e os 50 anos se tiverem risco elevado (devido à etnia ou à história familiar), ou a partir dos 55 anos nos restantes, sendo mandatória a obtenção de consentimento informado após o esclarecimento dos utentes sobre todos os benefícios e riscos de sobrediagnóstico e hipertratamento associados a este método. Este exame só deverá ser efetuado após os 70 anos se a esperança de vida for superior a 10 anos, não devendo ser realizado a partir dos 74 anos de idade.

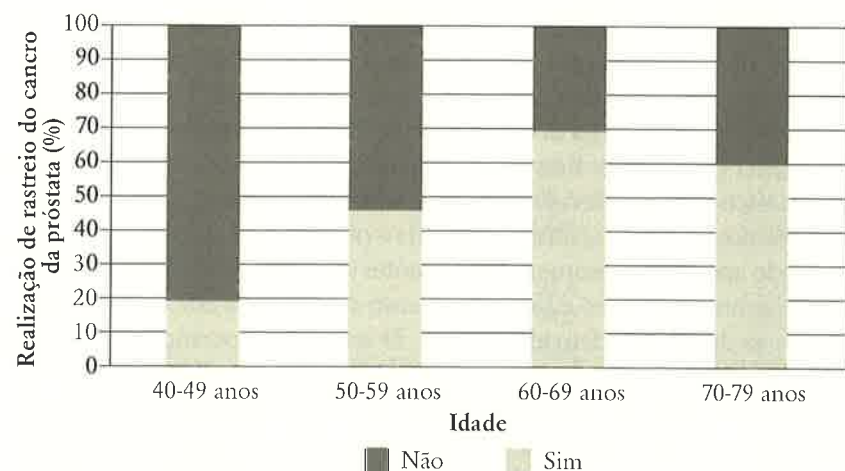
Além da avaliação dos níveis de PSA, o toque retal é também um método que, ao longo dos anos, tem sido utilizado no rastreio de cancro da próstata (Heidenreich *et al.* 2011), permitindo a avaliação do tamanho, configuração e consistência da próstata (Reis *et al.* 2006). Os resultados do toque retal permitem uma melhor interpretação de exames subsequentes, como o doseamento do PSA (Reis *et al.* 2006); por esse motivo, os resultados de ambos os testes poderão ser utilizados como apoio à decisão clínica no processo de deteção precoce (DGS 2014b).

Por conseguinte, foi também objetivo deste inquérito avaliar a prevalência em Portugal de utilização de exames de rastreio do cancro da próstata, nomeadamente o doseamento de PSA e a realização de toque retal.

Cerca de 45% dos homens portugueses com idade igual ou superior a 40 anos já efetuaram pelo menos um destes exames para rastreio do cancro da próstata. A prevalência deste rastreio foi mais elevada nos homens entre os 60 e os 69 anos de idade (69,7%); nos restantes grupos etários, 19,4% dos homens entre os 40 e os 49 anos, 46,1% entre os 50 e os 59 anos e 59,9% entre os 70 e os 79 anos de idade referiram já o ter efetuado (figura 8.4).

Figura 8.4 – Realização de rastreio para o cancro da próstata através de toque retal e/ou determinação do antígeno específico da próstata (PSA), de acordo com a idade

Alguma vez fez o rastreio para o cancro da próstata por «toque retal» e/ou uma avaliação de PSA (análise ao sangue para o rastreio do cancro da próstata), por rotina?



Considerando apenas os participantes mais novos que referiram já ter efetuado o rastreio para o cancro da próstata, cerca de 23,9% apenas realizaram toque retal, 53,9% efetuaram apenas doseamento de PSA e 22,2% foram submetidos a ambos os testes. No grupo de homens rastreados entre os 50 e os 59 anos de idade, 33,6% efetuaram apenas toque retal, 26,5% realizaram apenas doseamento de PSA e 39,9% efetuaram os dois testes. Analisando os homens com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos, 35,7% efetuaram apenas toque retal, 13,7% apenas a análise de PSA e cerca de metade realizou o toque retal e o doseamento de PSA. Nos mais velhos, 25,2%, 35,2% e 39,6% dos inquiridos referiram ter efetuado toque retal, doseamento de PSA e ambos os testes, respetivamente.

Verificaram-se diferenças significativas na utilização do rastreio do cancro da próstata, tendo em conta os níveis de escolaridade e de literacia em saúde. Como se pode observar no quadro 8.4, no grupo dos homens com idades entre os 60 e os 69 anos, a utilização de rastreio foi inferior quer nos menos como nos mais escolarizados, enquanto nos homens entre os 70 e 79 anos a utilização do rastreio foi menos frequente nos indivíduos com menos de cinco anos de escolaridade. Observou-se uma maior utilização do rastreio para o cancro da próstata nos inquiridos entre os 40 e os 49 anos que tinham literacia em saúde adequada; nos homens

Quadro 8.4 – Realização de rastreio para o cancro da próstata através de toque retal e/ou determinação do antígeno específico da próstata (PSA) por idade, de acordo com a escolaridade e a literacia em saúde

	Alguma vez fez o rastreio para o cancro da próstata por «toque retal» e/ou uma avaliação de PSA (análise ao sangue para o rastreio do cancro da próstata), por rotina? (Sim, %)			
	Idade (anos)			
	40-49	50-59	60-69	70-79
Escolaridade (anos)				
0-4	18,4	49,3	64,4	56,1
5-9	15,1	27,7	89,6	78,2
10-12	20,4	52,8	95,1	96,8
> 12	30,3	67,1	63,4	88,4
<i>p</i>	0,871	0,260	0,011	0,016
Literacia em saúde				
Provavelmente inadequada	16,4	34,9	60,5	57,5
Possivelmente inadequada	1,9	57,7	87,9	77,3
Adequada	37,2	51,2	76,7	65,9
<i>p</i>	0,030	0,208	0,019	0,518

Nota: O valor de prova (*p*) reflete a probabilidade de as diferenças entre os utilizadores e os não utilizadores de rastreio se deverem ao acaso. Considerou-se que as diferenças eram estatisticamente significativas quando o valor de prova era inferior a 0,05.

entre os 60 e 69 anos a prevalência de rastreio foi inferior nos inquiridos com literacia em saúde provavelmente inadequada (quadro 8.4).

Discussão

Nos últimos anos têm sido desenvolvidos esforços no sentido da promoção e do desenvolvimento dos programas de rastreio oncológico em Portugal, mas a sua utilização difere substancialmente entre os três tipos de cancro com programas organizados, provavelmente refletindo as marcadas assimetrias na cobertura geográfica, assim como desigualdades no acesso ao rastreio oportunístico.

Os programas organizados para rastreio dos cancros da mama e do colo do útero foram os primeiros a ser implementados em Portugal, apesar de ainda não estarem disponíveis em todo o território nacional (DGS 2014a). No entanto, estudos realizados anteriormente mostraram uma prevalência elevada de rastreio em regiões sem programa organizado para os cancros da mama (Dourado *et al.* 2013) e do colo do útero (Oliveira *et al.* 2014; Alves *et al.* 2009), o que pode ser explicado por um fácil acesso

ao rastreio oportunístico. De facto, as mulheres referem um maior número de consultas médicas (Perelman *et al.* 2012) e níveis mais elevados de conhecimentos e preocupação com o cancro (Adlard e Hume 2003; McQueen *et al.* 2008), o que pode também justificar a elevada participação nos rastreios, mesmo na ausência de um programa organizado e nos grupos etários não elegíveis.

Portugal encontra-se numa fase de transição entre o rastreio oportunístico e a implementação de um programa organizado para o rastreio do cancro do cólon e reto, o que pode contribuir para justificar a sua reduzida utilização. A falta de conhecimento específico sobre este tipo de cancro por parte da população e a associação do rastreio a vários efeitos adversos têm também sido apontadas como fatores importantes para a não utilização de rastreio do cancro do cólon e reto (Gimeno Garcia 2012). De facto, as dificuldades na recolha e armazenamento das amostras necessárias para a realização de PSOF têm sido referidas como fatores para a não adesão a este tipo de rastreio (Palmer *et al.* 2014). Os procedimentos de preparação (limpeza) do intestino, assim como a dor, ansiedade, desconforto, sentimentos de vulnerabilidade e vergonha, entre outros, são também frequentemente descritos como um dos principais problemas da colonoscopia (McLachlan *et al.* 2012). Por sua vez, as recomendações efetuadas pelos médicos favoráveis à realização deste tipo de exames assumem também um papel fundamental na adesão ao rastreio (Gimeno Garcia 2012; McLachlan *et al.* 2012). Com a publicação, em 2014, de uma norma clínica da DGS com orientações sobre a realização de rastreio oportunístico através de PSOF (DGS 2014c), assim como com a recente inclusão da realização de colonoscopia total com sedação por Gastroenterologista na Tabela de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica Convencionados pelo Sistema Nacional de Saúde (Ministério da Saúde 2015) espera-se que, nos próximos anos, se verifique um aumento na prevalência deste tipo de rastreio em Portugal.

Relativamente ao rastreio para o cancro da próstata, apesar de não haver recomendações para a realização de rastreio populacional (DGS 2014b; Parker *et al.* 2015; Moyer 2012), quase metade dos homens com mais de 40 anos já o realizaram. O cancro da próstata é um dos mais prevalentes em Portugal (Ferlay *et al.* 2013), e a partilha de experiências dos sobreviventes nas suas redes familiares e sociais, bem como a atenção dada pelos *media* a este tipo de cancro (Katz *et al.* 2004), podem ter contribuído para este resultado.

De um modo geral, é expectável que o facto de as prevalências de rastreio serem autodeclaradas contribua para a sua sobrestimação, à seme-

lhança do que foi observado em estudos anteriores (Rauscher *et al.* 2008). O possível efeito de desajustabilidade social (Johnson *et al.* 2005), a confiança e as expectativas depositadas nas tecnologias médicas, cada vez mais sofisticadas, como meio de detetar doenças assintomáticas (Webster 2002) e o entusiasmo geral relacionado com os rastreios (Schwartz *et al.* 2004; Van den Bruel *et al.* 2015), podem influenciar as respostas dos inquiridos relativamente à utilização destes cuidados de saúde. Alguns participantes podem ter tido dificuldade em distinguir os exames médicos efetuados no âmbito de um rastreio oncológico (sem qualquer sintoma associado) dos que são realizados para esclarecimento de sinais e sintomas, podendo também ter contribuído para a sobrestimação da sua utilização.

Neste inquérito constatou-se que os inquiridos mais velhos apresentaram menor percentagem de participação em rastreios oncológicos, o que já tinha sido observado em investigações anteriores (Vernon 1997; Madadi *et al.* 2014; Lockwood-Rayermann 2004). A maior proporção de participação entre os indivíduos que se inserem atualmente nos grupos etários elegíveis para o rastreio, quando comparados com os mais velhos, pode também ter subjacente a melhoria no acesso da população a este tipo de exame médico verificada nos últimos anos.

Não obstante alguma inconsistência dos resultados, verificou-se que, globalmente, os inquiridos elegíveis para rastreio com menor escolaridade ou níveis inadequados de literacia em saúde referiram menos frequentemente a utilização dos rastreios oncológicos. Estes resultados, que vão ao encontro de estudos anteriores (Vernon 1997; Madadi *et al.* 2014; Lockwood-Rayermann 2004), podem ser explicados pelo facto de a educação e a literacia em saúde estarem associadas a um maior acesso aos cuidados de saúde e à informação em saúde, assim como à sua melhor compreensão.

As diferenças nos padrões de utilização dos rastreios oncológicos, que em Portugal se recomenda que sejam efetuados numa base populacional, sugerem a necessidade de adotar medidas que promovam a disponibilização equitativa de programas de rastreio, independentemente das dinâmicas regionais. O desenvolvimento de ações de educação para a saúde, bem como a melhoria dos níveis de literacia em saúde dos portugueses, poderão também ser aspetos-chave na adesão e no uso adequado destes serviços de saúde. A participação em rastreios oncológicos deverá também ser informada e esclarecida, de modo a que todos estejam conscientes dos benefícios mas também dos riscos e das limitações destes exames (Coulter 1998). A elevada proporção de inquiridos que efetuou rastreios

não recomendados para a generalidade da população ou em idades não elegíveis para rastreio, de acordo com as principais orientações, mostra que, no contexto da promoção da prevenção secundária do cancro, não se deverá negligenciar a importância da prevenção quaternária que visa proteger os indivíduos do excesso de intervencionismo médico (Almeida 2005), capacitando-os enquanto cidadãos coprodutores de cuidados de saúde.

Referências bibliográficas

- Adlard, J. e M. Hume. 2003. «Cancer knowledge of the general public in the United Kingdom: survey in a primary care setting and review of the literature». *Clinical Oncology*, 15 (4): 174-180.
- Allemani, C., H. K. Weir, H. Carreira, R. Harewood, D. Spika, X. S. Wang *et al.* 2015. «Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2)». *Lancet*, 385 (9972): 977-1010.
- Almeida, L. M. 2005. «Da prevenção primordial à prevenção quaternária». *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (1): 91-96.
- Altobelli, E., A. Lattanzi, R. Paduano, G. Varassi, e F. di Orio. 2014. «Colorectal cancer prevention in Europe: burden of disease and status of screening programs». *Preventive Medicine*, 62: 132-141.
- Alves, C., L. Alves, e N. Lunet. 2009. «Prevalence and determinants of cervical cytology use in an urban sample of Portuguese women». *European Journal of Cancer Prevention*, 18 (6): 482-488.
- Arbyn, M., A. Anttila, J. Jordan, G. Ronco, U. Schenck, N. Segnan *et al.* 2010. «European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition—summary document». *Annals of Oncology*, 21 (3): 448-458.
- Berry, D., K. Cronin, S. Plevritis, D. Fryback, L. Clarke, M. Zelen *et al.* 2005. «Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer». *New England Journal of Medicine*, 353 (17): 1784-1792.
- Council of the European Union (CEU). «Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening (2003/878/EC)». *Official Journal of the European Union*, L327: 34-38.
- Coulter, A. 1998. «Evidence based patient information. Is important, so there needs to be a national strategy to ensure it». *BMJ*, 317 (7153): 225-226.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). 2011. *Norma Clínica n.º 051/2011 de 27/12/2011: Abordagem Imagiológica da Mama Feminina*. Disponível em <http://www.dgs.pt/normas-clinicas.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). 2012. «Norma Clínica n.º 018/2012 de 21/12/2012: Diagnóstico e estadiamento do cancro invasivo do colo do útero». Disponível em <http://www.dgs.pt/normas-clinicas.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (DGS), Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. 2014a. «Avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos organizados de base populacional de Portugal Continental – Relatório 2013». Lisboa, Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). 2014b. «Norma Clínica n.º 060/2011 de 29/12/2011 Atualizada a 1/8/2014: prescrição e determinação do antigénio específico da próstata (PSA)». Disponível em: <http://www.dgs.pt/normas-clinicas.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). 2014c. «Norma clínica n.º 003/2014 de 31/03/2014 atualizada em 6/11/2014: rastreio oportunístico do cancro do cólon e reto». Disponível em <http://www.dgs.pt/normas-clinicas.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). 2014d. «Norma clínica n.º 004/2014 de 31/03/2014 atualizada a 6/11/2014: prescrição de colonoscopia». Disponível em: <http://www.dgs.pt/normas-clinicas.aspx>.
- Dourado, F., H. Carreira, e N. Lunet. 2013. «Mammography use for breast cancer screening in Portugal: results from the 2005/2006 National Health Survey». *European Journal of Public Health*, 23 (3): 386-392.
- Edwards, B., E. Ward, B. Kohler, C. Ehemann, A. Zauber, R. Anderson *et al.* 2010. «Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates». *Cancer*, 116 (3): 544-573.
- Eisinger, F., L. Cals, A. Calazel-Benque, J. Y. Blay, Y. Coscas, S. Dolbeault *et al.* 2008. «Impact of organised programs on colorectal cancer screening». *BMC Cancer*, 8: 104.
- Ferlay, J., I. Soerjomataram, M. Ervik, R. Dikshit, S. Eser, C. Mathers *et al.* 2013. «GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer». Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>, acessado a 7-10-2015.
- Gelder, R. de, J. L. Bulliard, C. de Wolf, J. Fracheboud, G. Draisma, D. Schopper *et al.* 2009. «Cost-effectiveness of opportunistic versus organised mammography screening in Switzerland». *European Journal of Cancer*, 45 (1): 127-138.
- Gimeno Garcia, A. Z. 2012. «Factors influencing colorectal cancer screening participation». *Gastroenterology Research and Practice*, 2012: 483417.
- Gordis, L. (2010). *Epidemiologia* (4ª ed.). Loures, Lusodidacta.
- Guy, G. P., Jr., L. C. Richardson, M. P. Pignone, e M. Plescia. 2014. «Costs and benefits of an organized fecal immunochemical test-based colorectal cancer screening program in the United States». *Cancer*, 120 (15): 2308-2315.
- Heidenreich, A., J. Bellmunt, M. Bolla, S. Joniau, M. Mason, V. Matveev *et al.* 2011. «EAU guidelines on prostate cancer. Part 1: Screening, diagnosis, and treatment of clinically localised disease». *European Urology*, 59 (1): 61-71.
- Holland, W. W., S. Stewart, e C. Masseria. 2006. *Policy Brief: Screening in Europe*. Bruxelas, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). 2005. *IARC: Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 10: Cervix Cancer Screening*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- Johnson, T. P., D. P. O'Rourke, J. E. Burris, e R. B. Wamecke. 2005. «An investigation of the effects of social desirability on the validity of self-reports of cancer screening behaviors». *Medical Care*, 43 (6): 565-573.
- Katz, M., S. Sheridan, M. Pignone, C. Lewis, J. Battle, C. Gollop *et al.* 2004. «Prostate and colon cancer screening messages in popular magazines». *Journal of General Internal Medicine*, 19 (8): 843-848.

- Kim, J. J., G. M. Leung, P. P. Woo, e S. J. Goldie. 2004. «Cost-effectiveness of organized versus opportunistic cervical cytology screening in Hong Kong». *Journal of Public Health*, 26 (2): 130-137.
- Lindau, S., C. Tomori, T. Lyons, L. Langseth, C. Bennett, e P. Garcia. 2002. «The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5): 938-943.
- Lockwood-Rayermann, S. 2004. «Characteristics of participation in cervical cancer screening». *Cancer Nursing*, 27 (5): 353-363.
- Madadi, M., S. Zhang, K. Yeary, e L. Henderson. 2014. «Analyzing factors associated with women's attitudes and behaviors toward screening mammography using design-based logistic regression». *Breast Cancer Research and Treatment*, 144 (1): 193-204.
- McLachlan, S., A. Clements, e J. Austoker. 2012. «Patients' experiences and reported barriers to colonoscopy in the screening context – a systematic review of the literature». *Patient Education and Counseling*, 86 (2): 137-146.
- McQueen, A., S. Vernon, H. Meissner, e W. Rakowski. 2008. «Risk perceptions and worry about cancer: does gender make a difference?». *Journal of Health Communication*, 13 (1): 56-79.
- Ministério da Saúde. «Despacho n.º 438-A/2015». *Diário da República*, 2.ª série, n.º 10, 15 de janeiro de 2015.
- Moyer, V. A. 2012. «Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement». *Annals of Internal Medicine*, 157 (2): 120-134.
- Oliveira, M., B. Peleteiro, e N. Lunet. 2014. «Cytology use for cervical cancer screening in Portugal: Results from the 2005/2006 National Health Survey». *European Journal of Public Health*, 24 (2): 253-258.
- Pagán, J., C. Brown, D. Asch, K. Armstrong, E. Bastida, e C. Guerra. 2012. «Health literacy and breast cancer screening among Mexican American women in South Texas». *Journal of Cancer Education*, 27 (1): 132-137.
- Palencia, L., A. Espelt, M. Rodriguez-Sanz, R. Puigpinos, M. Pons-Vigues, M. I. Pasarin et al. 2010. «Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program». *International Journal of Epidemiology*, 39 (3): 757-765.
- Palmer, C. K., M. C. Thomas, C. von Wagner, e R. Raine. 2014. «Reasons for non-uptake and subsequent participation in the NHS Bowel Cancer Screening Programme: a qualitative study». *British Journal of Cancer*, 110 (7): 1705-1711.
- Parker, C., S. Gillissen, A. Heidenreich, e A. Horwich. 2015. «Cancer of the prostate: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up». *Annals of Oncology*, 26 Suppl 5: v69-77.
- Perelman, J., A. Fernandes, e C. Mateus. 2012. «Gender disparities in health and health-care: Results from the Portuguese National Health Interview Survey». *Cadernos de Saúde Pública*, 28 (12): 2339-2348.
- Rauscher, G. H., T. P. Johnson, Y. I. Cho, e J. A. Walk. 2008. «Accuracy of self-reported cancer-screening histories: a meta-analysis». *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 17 (4): 748-757.
- Reis, J. P., J. Ferraz, J. Varela, e A. Romão. 2006. «Diagnóstico precoce do carcinoma da próstata». *Acta Urológica*, 23 (2): 77-83.
- Schwartz, L., S. Woloshin, F. J. Fowler, e W. HG. 2004. «Enthusiasm for cancer screening in the United States». *JAMA*, 291 (1): 71-78.

- Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). 2009. *Normas de Avaliação e Garantia da Qualidade da Endoscopia Digestiva em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva.
- Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). S. d. *Rastreio de Carcinoma do Cólon e Reto: Estratificação pelo Risco Familiar*. Disponível em: http://www.sped.pt/imagens/Recomendacoes_SPED/rastreio%20sped.pdf.
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). 2008. «Screening for colorectal cancer: U. S. Preventive Services Task Force recommendation statement». *Annals of Internal Medicine*, 149 (9): 627-637.
- Van den Bruel, A., C. Jones, Y. Yang, J. Oke, e P. Hewitson. 2015. «People's willingness to accept overdetection in cancer screening: population survey». *BMJ*, 350.
- Vernon, S. 1997. «Participation in colorectal cancer screening: a review». *Journal of the National Cancer Institute*, 89 (19): 1406-1422.
- Von Karsa, L., P. B. Dean, S. Arrossi, e R. Sankaranarayanan. 2014. *Screening - principles*. *World cancer report 2014*, eds. B. W. Stewart e C. P. Wild. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 322-329.
- Walsh, B., M. Silles, e C. O'Neill. 2011. «The importance of socio-economic variables in cancer screening participation: A comparison between population-based and opportunistic screening in the EU-15». *Health Policy*, 101 (3): 269-276.
- Webster, A. 2002. «Innovative health technologies and the social: Redefining health, medicine and the body». *Current Sociology*, 50 (3): 443-457.
- Wilson, J. e G. Jungner. 1968. *Principles and Practice of Screening for Disease*. Geneva, World Health Organization.
- Woo, P. P., J. J. Kim, e G. M. Leung. 2007. «What is the most cost-effective population-based cancer screening program for Chinese women?». *Journal of Clinical Oncology*, 25 (6): 617-624.