



PORTUGAL

Perfis do cancro por país 2025



European
Commission



Série de perfis do cancro por país

O Registo Europeu das Desigualdades no Domínio do Cancro é uma iniciativa emblemática do Plano Europeu de Luta contra o Cancro. Fornece dados sólidos e fiáveis sobre a prevenção e os cuidados oncológicos para identificar tendências, disparidades e desigualdades entre os Estados-Membros, as regiões e os grupos da população. Os perfis do cancro por país identificam pontos fortes, desafios e domínios de ação específicos para cada um dos 27 Estados-Membros da UE, a Islândia e a Noruega, a fim de orientar o investimento e as intervenções a nível da UE, nacional e regional no âmbito do Plano Europeu de Luta contra o Cancro. O Registo Europeu das Desigualdades no Domínio do Cancro apoia igualmente a iniciativa emblemática 1 do Plano de Ação para a Poluição Zero. Os perfis são da autoria da OCDE em cooperação com a Comissão Europeia. A equipa agradece os valiosos contributos dos peritos nacionais e as observações apresentadas pelo Comité da Saúde da OCDE e pelo Grupo Temático de Trabalho da UE sobre o Registo das Desigualdades no Domínio do Cancro.

Fontes de dados e de informação

Os dados e as informações constantes destes perfis do 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.

Foram também utilizados dados e informações adicionais provenientes do Centro Comum de Investigação da Comissão Europeia (EC-JRC), do inquérito sobre as estatísticas do rendimento e das condições de vida na UE (EU-SILC), da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Centro Internacional de Investigação do Cancro (CIIC), da Agência Internacional da Energia Atómica (AIEA), da Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica (SIOPE), da Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (FRA, inquérito LGBTIQ), do inquérito sobre o comportamento das crianças em idade escolar no que diz respeito à saúde (HBSC), bem como dos perfis de saúde e do cancro por país de 2023 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. As taxas de mortalidade e de incidência são padronizadas pela idade com base na população padrão europeia adotada pelo Eurostat em 2013.

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: Este documento é publicado sob a responsabilidade do Secretário-Geral da OCDE e da Presidente da Comissão Europeia. As opiniões expressas e os argumentos nele invocados não refletem necessariamente os pontos de vista oficiais dos países membros da OCDE ou da União Europeia. O presente documento e todos os dados e mapas dele constantes não afetam o estatuto ou a soberania sobre qualquer território, a delimitação de fronteiras e limites internacionais e a designação de qualquer território, cidade ou região. Os nomes dos países e territórios e os mapas utilizados nesta publicação conjunta seguem a prática da OCDE.

Declarações de exoneração de responsabilidade territorial específicas aplicáveis à OCDE: Nota da República da Turquia: A informação neste documento relativa a Chipre diz respeito à parte sul da ilha. Não há uma autoridade única que represente simultaneamente as populações turca e grega cipriota na ilha. A Turquia reconhece a República Turca do Norte de Chipre (RTNC). Até ser encontrada uma solução equitativa no contexto das Nações Unidas, a Turquia reserva a sua posição relativamente à «questão de Chipre».

Nota de todos os Estados-Membros da OCDE e da União Europeia: A República de Chipre é reconhecida por todos os membros das Nações Unidas, à exceção da Turquia. A informação neste documento diz respeito à área sob o controlo efetivo do governo da República de Chipre.

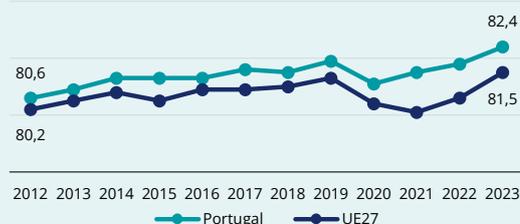
© OCDE/União Europeia, 2025. Em caso de discrepância entre o documento original e as versões traduzidas do mesmo, apenas o texto do primeiro deve ser considerado válido.

Índice

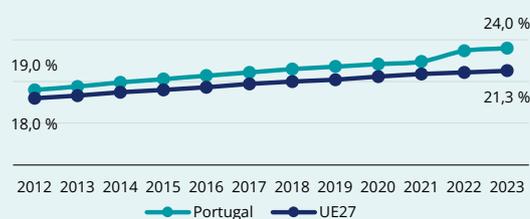
1. DESTAQUES	3
2. O CANCRO EM PORTUGAL	4
3. FATORES DE RISCO E POLÍTICAS DE PREVENÇÃO	8
4. DETEÇÃO PRECOCE	12
5. DESEMPENHO DOS CUIDADOS ONCOLÓGICOS	16
5.1 Acessibilidade	16
5.2 Qualidade	20
5.3 Custos e relação custo/benefício	22
5.4 Bem-estar e qualidade de vida	23
6. DESTAQUE PARA O CANCRO PEDIÁTRICO	25

Principais características demográficas e do sistema de saúde

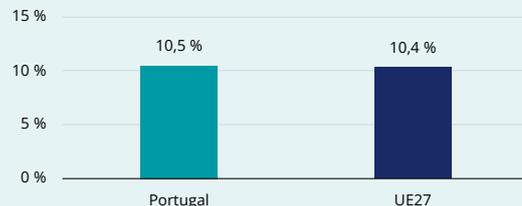
Esperança de vida à nascença (em anos)



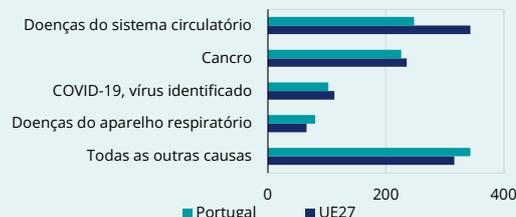
Percentagem da população com idade igual ou superior a 65 anos (%)



Despesa em saúde em % do PIB, 2022 ou ano mais próximo



Taxa de mortalidade padronizada pela idade por 100 000 habitantes, 2021

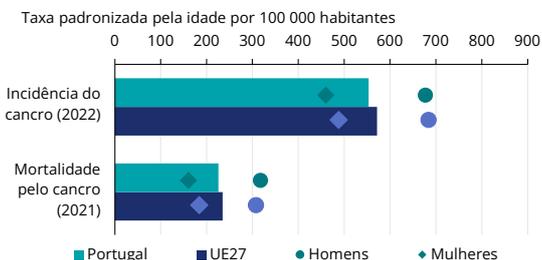


Fonte: Base de dados do Eurostat.

1. Destaques

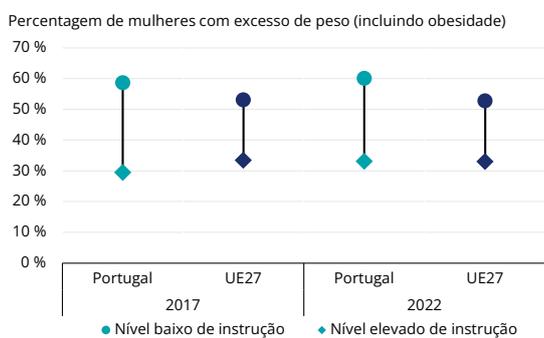
O cancro em Portugal

Embora próxima da média da UE, prevê-se que a incidência estimada do cancro em Portugal aumente 20 % até 2040, com o país a registar atualmente as mais elevadas taxas de cancro do estômago e pediátrico da UE. Sendo o cancro a segunda principal causa de morte no país, a sua taxa de mortalidade está a diminuir a um ritmo mais lento do que a média da UE, estando os homens expostos a um risco de mortalidade duas vezes superior ao das mulheres. Apesar disso, a prevalência do cancro aumentou 27 % entre 2010 e 2020.



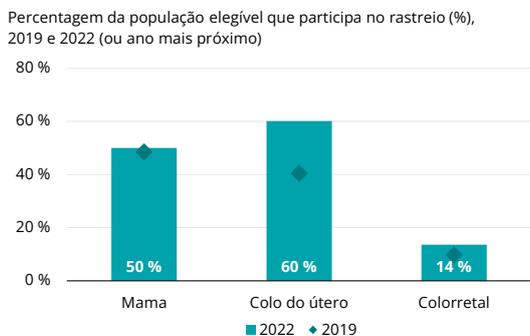
Fatores de risco e políticas de prevenção

Em 2021, as despesas de Portugal com cuidados preventivos corresponderam a metade da média da UE, mas o país destaca-se no que toca à prevenção de determinados fatores de risco, registando elevadas taxas de vacinação contra o VPH e a hepatite B. No entanto, a obesidade continua a ser um desafio, na medida em que, apesar dos esforços políticos, 53 % dos adultos têm excesso de peso ou são obesos, persistindo também disparidades socioeconómicas nos comportamentos de saúde. A diferença na prevalência do excesso de peso e da obesidade entre as mulheres com mais e menos habilitações é a mais acentuada em toda a UE. Embora as taxas de tabagismo se encontrem abaixo da média, Portugal regista atrasos nas políticas de redução do consumo de álcool.



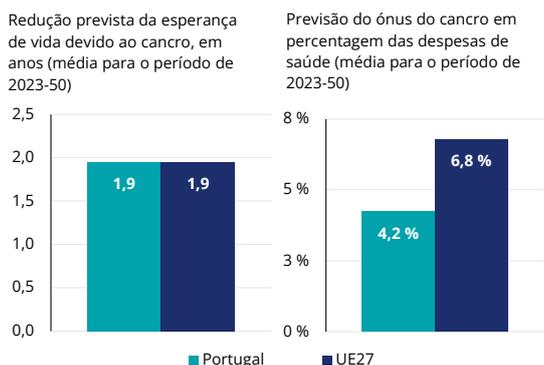
Deteção precoce

Portugal disponibiliza programas nacionais de rastreio para os cancros da mama, colo do útero e colorretal, principalmente através dos serviços de cuidados primários. Em 2022, estes programas recuperaram fortemente do declínio relacionado durante a pandemia. A taxa efetiva de rastreio do cancro da mama atingiu 50 %, e a do cancro do colo do útero atingiu 60 %. No entanto, persistem desigualdades entre diferentes grupos populacionais. Além disso, o rastreio do cancro colorretal apresenta grandes disparidades regionais, tendo atingido uma taxa reduzida de 14 %.



Desempenho dos cuidados oncológicos

Portugal providencia cuidados oncológicos gratuitos através do seu Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo reforçado significativamente os recursos nos últimos anos. A quantidade de clínicos e de equipamento imagiológico aumentou substancialmente. O financiamento da UE ajudará a substituir equipamentos de radioterapia (50 % dos quais já ultrapassaram a sua vida útil ideal) e está prevista a criação de um centro de protonterapia. Os atrasos nas decisões de comparticipação de medicamentos e os tempos de espera para consultas nos hospitais públicos são problemas que subsistem. Embora os cuidados paliativos estejam a expandir-se, é necessária mais atenção para a reabilitação dos sobreviventes de cancro. Prevê-se que o ónus global do cancro represente 4,2 % das despesas de saúde entre 2023 e 2050.



2. O cancro em Portugal

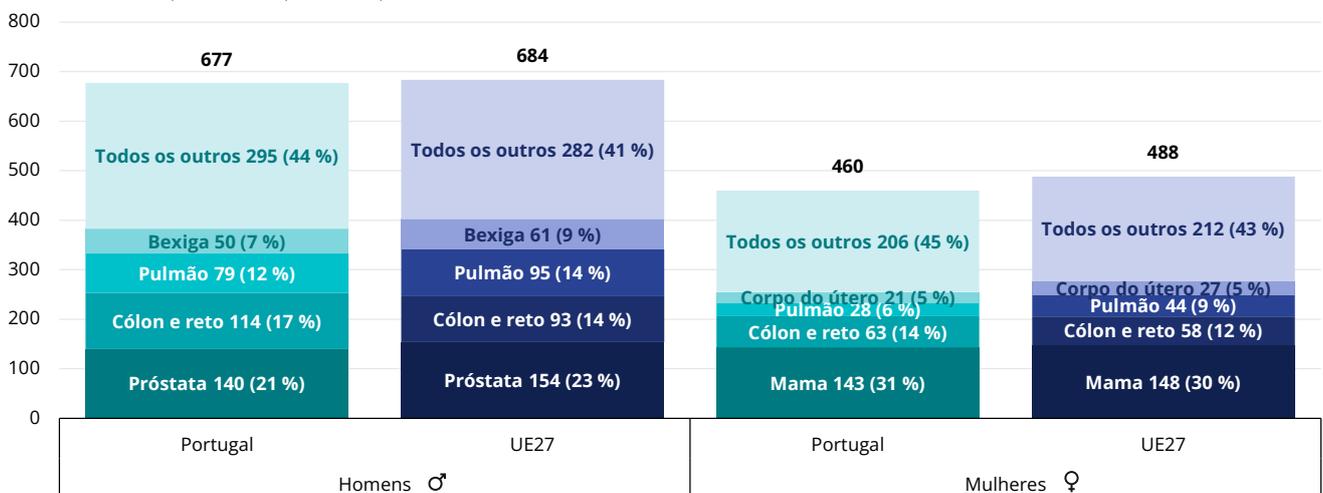
Em Portugal, a incidência do cancro está ao nível da média da UE, mas os grupos etários mais jovens são mais afetados

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, é expectável que, em 2022, Portugal tenha registado taxas de incidência de cancro padronizadas pela idade abaixo da média da UE para as mulheres (6 % mais baixas) e próximo da média da UE para os homens (1 % mais baixas). Entre os 677 novos casos por 100 000 homens, Portugal apresenta um padrão semelhante ao da UE, com a percentagem mais elevada de novos casos estimados a dizer respeito ao cancro da próstata (140 por 100 000), a que se seguem os cancros colorretal (114 por

100 000), do pulmão¹ (79 por 100 000) e da bexiga (50 por 100 000). No que diz respeito às mulheres, a incidência prevista de cancro é muito mais reduzida, com 460 casos por 100 000 mulheres, uma taxa 32 % inferior à dos homens. Entre as mulheres, as principais localizações do cancro são a mama (143 por 100 000), o cólon ou reto (63 por 100 000), a tiroide (31 por 100 000) e o pulmão (28 por 100 000). Neste caso, a tendência difere ligeiramente das médias da UE, em que o cancro do corpo do útero é mais frequente do que o cancro da tiroide (Figura 1). Em Portugal, o estômago é a quinta localização de cancro mais frequente, tanto para homens como para mulheres, com taxas de incidência que atingem praticamente o dobro da média da UE, sendo que as mulheres portuguesas registam a segunda maior incidência entre todos os países da UE+2².

Figura 1. Em Portugal, a incidência do cancro está ao nível da média da UE, mas a disparidade entre homens e mulheres é ligeiramente maior

Taxa de incidência padronizada pela idade por 100 000 habitantes, estimativas, 2022



Notas: Os valores de 2022 são estimativas baseadas nas tendências de incidência de anos anteriores e podem não corresponder às taxas observadas em anos mais recentes. Inclui todas as localizações de cancro, exceto o cancro da pele não melanoma. O cancro do corpo do útero não inclui o cancro do colo do útero.

Fonte: Sistema Europeu de Informação sobre o Cancro (ECIS). A partir de <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, consultado em 10.3.2024. © União Europeia, 2024. A repartição por percentagem de incidência foi recalculada com base em taxas de incidência padronizadas pela idade e, como tal, difere da repartição percentual dos números absolutos apresentada no sítio Web do ECIS.

Existe, em Portugal, um padrão de deteção precoce do cancro. O grupo etário dos 15-49 anos registou a segunda maior taxa de incidência de cancro em ambos os sexos no conjunto dos países da UE+2, ao passo que os restantes grupos etários (50-69 anos e 70 anos ou mais) apresentaram algumas das

mais baixas taxas de incidência de cancro. Embora vários fatores possam contribuir para este padrão, a incidência particularmente elevada entre as pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos sugere que um nível adequado de acesso aos cuidados de saúde e a deteção oportuna

¹ O cancro do pulmão abrange igualmente os cancros da traqueia e dos brônquios.

² Os países da UE+2 incluem os 27 Estados-Membros da UE (UE-27), a Islândia e a Noruega.

de casos — à margem dos programas formais de rastreio (ver secção 4) — podem desempenhar um papel significativo.

As estimativas do ECIS apontam para um aumento dos novos casos de cancro em todos os países da UE entre 2022 e 2040. Em Portugal, prevê-se que os novos casos de cancro aumentem 12 % até 2030 e 20 % até 2040 — acima das médias da UE de 9 % até 2030 e 18 % até 2040. Os homens registarão um maior aumento dos novos casos de cancro (26 %) do que as mulheres (13 %).

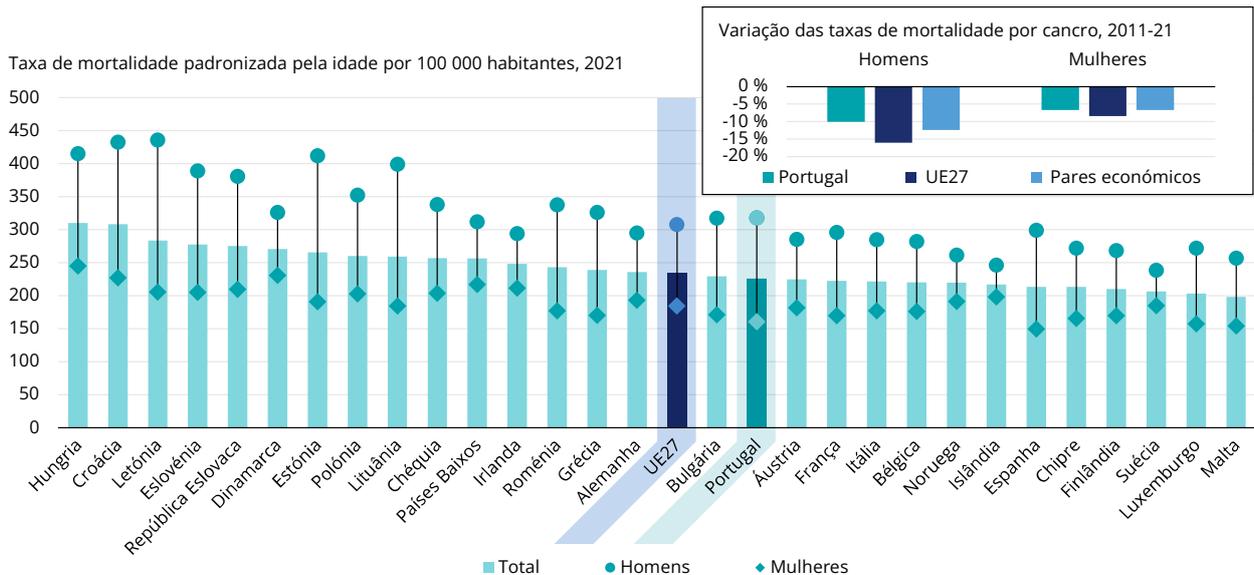
Em Portugal, a mortalidade por cancro é ligeiramente inferior à média da UE, mas as melhorias abrandaram ao longo da última década

Em 2021, o cancro foi a segunda principal causa de morte em Portugal (23 %), logo a seguir às doenças do sistema circulatório (25 %). A taxa de mortalidade por cancro padronizada pela idade foi de 226 mortes por 100 000 habitantes, um valor ligeiramente inferior à média da UE (-4 %), mas significativamente inferior à média dos pares económicos do país³ (-12 %). Portugal regista uma das maiores desigualdades entre homens e mulheres em termos de mortalidade por cancro, com uma diferença de 157 por 100 000: os homens (318 por 100 000) registam uma taxa de mortalidade por cancro que é praticamente duas vezes a das mulheres (161 por 100 000), face a uma diferença média de 124 por 100 000 em toda a UE (Figura 2). Esta diferença deve-se, em

parte, às três localizações de cancro com maior mortalidade: pulmão (37 por 100 000), cólon e reto (29 por 100 000) e estômago (17 por 100 000). Essa mortalidade acrescida está relacionada com a maior prevalência de fatores de risco comportamentais entre os homens (ver secção 3).

No período de 2011-21, a mortalidade por cancro em Portugal diminuiu 8 %. Esta diminuição foi inferior à diminuição média da UE (12 %) e dos pares económicos (10 %) do país. As melhorias a nível da mortalidade por cancro ficaram aquém das de outros países — em especial entre as pessoas com menos de 65 anos, cujas taxas de mortalidade diminuíram 11 %, o que representa menos de metade da redução de 23 % em toda a UE e de 22 % entre os pares económicos de Portugal. Em contrapartida, o país conseguiu reduzir as taxas de mortalidade de alguns dos tipos de cancro mais frequentes — nomeadamente os cancros da bexiga (-34 %), do colo do útero (-26 %), colorretal (-22 %) e da próstata (-22 %) — mais rapidamente do que a média da UE e dos pares económicos de Portugal no período de 2011-21. As taxas de mortalidade por cancro do pulmão diminuíram 3 % entre os homens, mas aumentaram quase 23 % entre as mulheres, refletindo a evolução dos padrões dos fatores de risco comportamentais (ver secção 3). A par de uma pequena redução de 5 % da mortalidade por cancro da mama, tal explica o relativo menor desempenho da redução da mortalidade por cancro entre as mulheres (-7 %) em comparação com os homens (-10 %).

Figura 2. A mortalidade por cancro está a diminuir em Portugal, mas a um ritmo mais lento do que na maioria dos países



Notas: Os pares económicos são definidos como grupos de tercis com base no PIB per capita de 2022, expresso em poder de compra padrão. Os pares económicos de PT são BG, EE, EL, HR, HU, LV, PL, RO e SK.
 Fonte: Base de dados do Eurostat.

3 Os pares económicos são definidos como grupos de tercis com base no PIB per capita de 2022, expresso em poder de compra padrão. Os pares económicos de PT são BG, EE, EL, HR, HU, LV, PL, RO e SK.

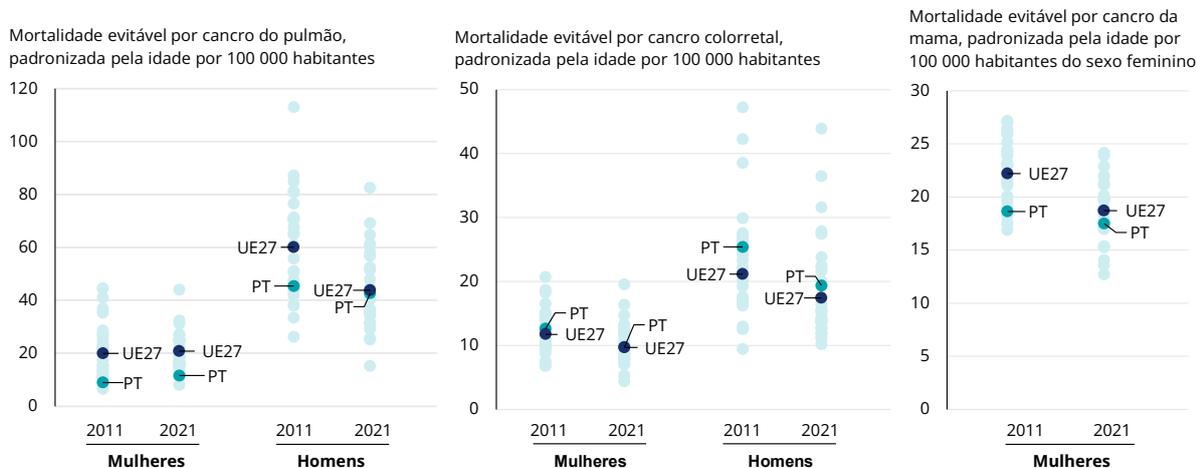
A mortalidade evitável diminuiu, mas o progresso na mortalidade por cancro do pulmão e da mama ficou aquém da média da UE

Graças a melhorias nas estratégias de prevenção e a progressos nas opções de tratamento, uma percentagem significativa das mortes por cancro entre as pessoas com menos de 75 anos é considerada evitável⁴. Em 2021, Portugal registou 56 mortes por cancro preveníveis por 100 000 pessoas — um valor semelhante à média da UE (57 por 100 000) e 8 % inferior ao valor registado em 2011. O cancro do pulmão representou 46 % de todas as mortes por cancro preveníveis, seguido do cancro do estômago, com 17 %. A mortalidade prevenível por cancro do pulmão entre as mulheres portuguesas foi de cerca de um quarto da dos homens. No entanto, aumentou 29 % entre as mulheres no período de 2011-21, tendo diminuído apenas 6 % entre os homens (Figura 3). Em contrapartida, a média da UE aumentou 4 % para as mulheres e diminuiu 27 % no que se refere aos homens. Embora tal sugira que Portugal registou melhorias mais lentas na redução das taxas de mortalidade prevenível por cancro do pulmão ao longo da última década (devido, por exemplo, à não

proibição total do tabaco em locais públicos, como bares e restaurantes), o país tem vindo a adotar medidas cada vez mais restritivas em matéria de consumo de tabaco (ver secção 3).

No que diz respeito à mortalidade por cancro tratável, Portugal registou 28 mortes por 100 000 habitantes — ligeiramente acima da média da UE de 27 mortes por 100 000 habitantes. Entre as mortes por cancro tratáveis, o cancro colorretal representou 52 %, enquanto o cancro da mama representou outros 34 %. Apesar de, no que toca ao cancro colorretal, o país apresentar taxas de mortalidade tratável superiores à média da UE, tanto para as mulheres (1 % mais elevadas) como para os homens (11 % mais elevadas), estas taxas mostraram uma redução mais significativa (23 % para cada sexo) do que a média da UE (cerca de 18 % para cada sexo) durante o período de 2011-21, o que coincidiu com a implementação, em Portugal, do rastreio do cancro colorretal de base populacional (ver secção 4). Em contrapartida, embora seja 7 % inferior à média da UE, a mortalidade por cancro da mama apenas diminuiu 6 % desde 2011, ou seja, menos de metade da diminuição média da UE de 16 %.

Figura 3. A mortalidade tratável por cancro colorretal melhorou consideravelmente



Notas: Os valores da mortalidade evitável referem-se a mortes de pessoas com menos de 75 anos. Fonte: Base de dados do Eurostat. Dados relativos a 2021.

A prevalência do cancro aumentou

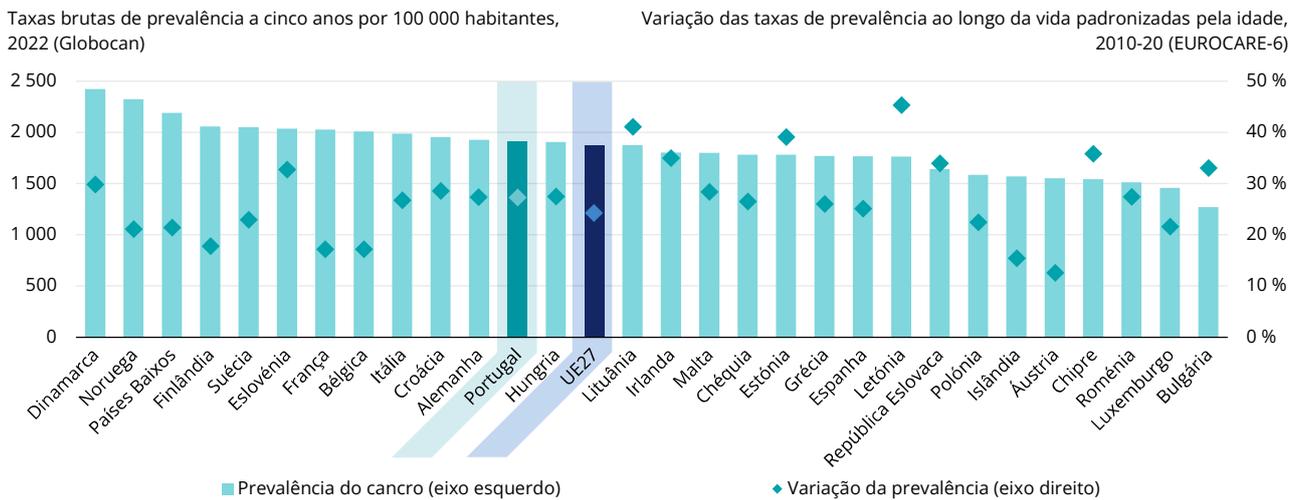
Estima-se que, em 2022, Portugal tenha registado uma taxa de prevalência⁵ a cinco anos para todos os cancros de 1 910 casos por 100 000 pessoas — acima da média da UE de 1 876 por 100 000 (Figura 4). Devido às taxas de incidência mais elevadas entre os homens e os grupos etários mais velhos, bem como à diminuição das taxas de mortalidade,

os homens (2 078 por 100 000) e as pessoas com mais de 70 anos (4 471 por 100 000) registaram uma prevalência mais elevada do que as mulheres e as coortes mais jovens. De acordo com o estudo EUROCORE-6, a prevalência do cancro ao longo da vida aumentou 27 % entre 2010 e 2020, um valor que também é superior à média da UE de 24 %.

4 A mortalidade evitável inclui tanto as mortes preveníveis que podem ser evitadas através de intervenções eficazes de saúde pública e prevenção, como as mortes por causas tratáveis que podem ser evitadas através de intervenções atempadas e eficazes em matéria de cuidados de saúde.

5 A prevalência do cancro refere-se à proporção da população diagnosticada com cancro e que ainda está viva, incluindo indivíduos que estejam sob tratamento e aqueles que já o concluíram. A prevalência do cancro a cinco anos inclui todas as pessoas que foram diagnosticadas nos últimos cinco anos, ao passo que a prevalência ao longo da vida tem em conta todas as pessoas a quem já foi diagnosticado um cancro nalgum momento.

Figura 4. A prevalência do cancro está próxima da média da UE e aumentou mais rapidamente



Fontes: Base de dados Globocan do CIIC, 2024; Estudo EUROCARE-6 (De Angelis et al., 2024).

Portugal aprovou o seu plano estratégico de luta contra o cancro para a presente década

Após vários atrasos que começaram com o início da pandemia de COVID-19, Portugal publicou oficialmente, em dezembro de 2023, o seu atual plano de luta contra o cancro — a Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, Horizonte 2030 (ENLC) (Ministério da Saúde, 2023). O plano orientará os novos investimentos e integrará todas as partes interessadas, no âmbito de uma

estratégia global. Em consonância com o Plano Europeu de Luta contra o Cancro (caixa 1), a ENLC assenta em quatro pilares: prevenção, deteção precoce, diagnóstico e tratamento, e sobreviventes e sobrevivência. O plano tira partido dos planos estratégicos existentes na área da saúde, com o objetivo de reduzir a incidência de cancros evitáveis (ver secção 3) e de melhorar a sobrevivência e a qualidade de vida dos doentes (ver secções 4, 5.2 e 5.4).

Caixa 1. A ENLC de Portugal está bem alinhada com os quatro pilares do Plano Europeu de Luta contra o Cancro

A ENLC de Portugal dá prioridade: à resposta a fatores de risco comportamentais, como o consumo de tabaco e de álcool, promoção de estilos de vida saudáveis, redução da exposição ambiental e profissional a agentes oncogénicos, e à prevenção de cancros associados a vírus; à expansão dos programas de rastreio do cancro, avaliação de novas iniciativas de rastreio e sensibilização para os síndromes hereditários de cancro; à criação de uma rede de referência oncológica com centros oncológicos integrados para melhorar o acesso e a afetação eficaz dos recursos; e à aferição da morbilidade e da qualidade de vida dos sobreviventes, à disponibilização de resumos estruturados dos cuidados prestados, e à transposição, para o direito nacional, das diretivas europeias relativas aos direitos dos doentes. Embora a ENLC abranja os temas transversais do Plano Europeu de Luta contra o Cancro, — incluindo as desigualdades, a pediatria e a investigação — o destaque dado a estes temas varia (quadro 1). O tema da investigação é priorizado na ENLC com objetivos e estratégias específicos para melhorar e expandir a investigação sobre o cancro a nível nacional, bem como para assegurar uma melhor monitorização da mesma. Em contrapartida, a estratégia dedica menos atenção aos outros dois temas.

Quadro 1. A ENLC de Portugal está bem alinhada com o Plano Europeu de Luta contra o Cancro

Pilares do PELC				Temas transversais do PELC		
Prevenção	Deteção precoce	Diagnóstico e tratamento	Qualidade de vida	Desigualdades	Pediatria	Investigação e inovação
●	●	●	●	●	●	●

Notas: PELC = Plano Europeu de Luta contra o Cancro. O azul indica que a ENLC de Portugal inclui uma secção específica sobre o tema; o laranja indica que o tema é abrangido por uma das secções da ENLC, sem ser o foco exclusivo da mesma; e o cor-de-rosa indica que o tema não é abrangido pela estratégia.

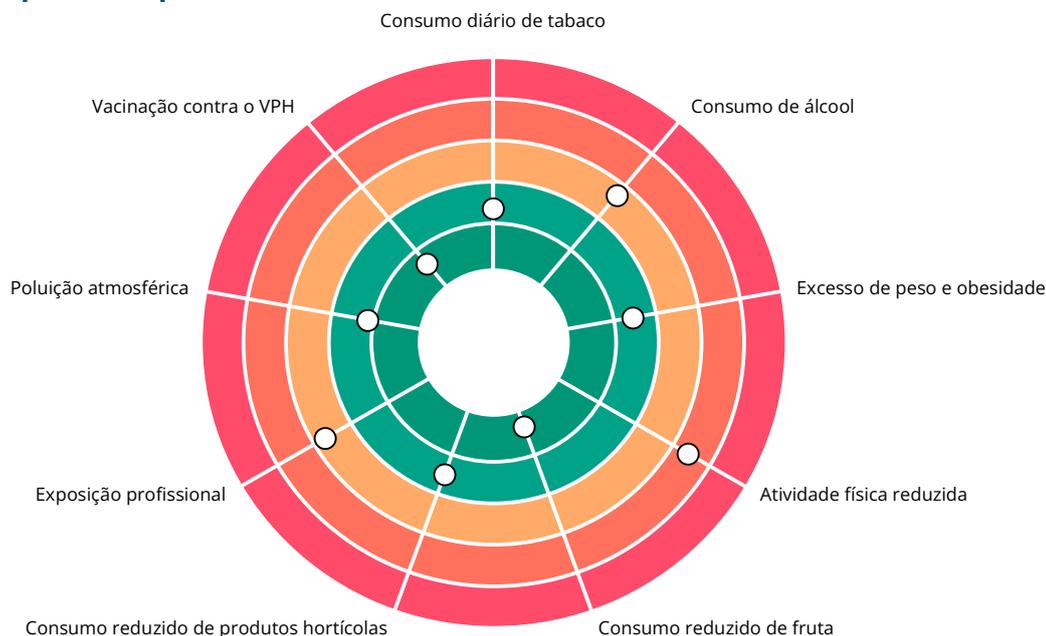
Fonte: Adaptado de Study on mapping and evaluating the implementation of the Europe’s Beating Cancer Plan (ainda não publicado).

3. Fatores de risco e políticas de prevenção

Em 2019, as despesas com cuidados preventivos representaram 1,8 % do total das despesas em saúde em Portugal — ligeiramente abaixo da percentagem de 2,1 % em 2010 e da média da UE de 2,9 %⁶. Não obstante um aumento significativo para 3,2 % em 2021 para fazer face à pandemia de COVID-19, as despesas mantiveram-se em cerca de metade da média da UE (6,0 %). As despesas de saúde per capita com cuidados preventivos (ajustadas em função das diferenças de poder de compra) ascenderam a 83 EUR, colocando Portugal no terço inferior dos países da UE (a média da UE foi de 213 EUR). No entanto, Portugal tem um desempenho relativamente positivo no que diz respeito a vários fatores de risco, como a vacinação contra o vírus do papiloma humano (VPH), o consumo de fruta, a exposição à poluição atmosférica e o tabagismo (Figura 5).

De acordo com a última ronda do Inquérito Europeu à População sobre a Literacia em Saúde (Consórcio HLS19 da rede de ação M-POHL da OMS, 2021), 70 % da população tinha um nível suficiente ou superior de literacia em saúde — o segundo mais elevado dos 14 países participantes. A literacia em saúde permite que as pessoas façam escolhas informadas no que se refere ao estilo de vida, reduzindo potencialmente os comportamentos nocivos para a saúde e a prevalência de fatores de risco de cancro. Reconhecendo a sua importância, a literacia em saúde é um objetivo estratégico do novo Plano Nacional de Saúde 2030, e o novo Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-30 estabeleceu o roteiro para o futuro desenvolvimento da área no país.

Figura 5. Portugal compara mal no que toca ao consumo de álcool, atividade física e exposição profissional a produtos químicos



Notas: 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. A poluição atmosférica é medida em matéria particulada com diâmetro inferior a 2,5 micrómetros (PM_{2.5}).

Fontes: Cálculos da OCDE baseados no inquérito SILC da UE, de 2022, sobre o excesso de peso, a obesidade, a atividade física e o consumo de fruta e produtos hortícolas (em adultos); inquérito da Eurofound sobre a exposição profissional; estatísticas de saúde da OCDE relativas ao tabagismo, ao consumo de álcool (em adultos) e à poluição atmosférica; e dados da OMS para a vacinação contra o VPH (raparigas de 15 anos).

⁶ As despesas em prevenção comunicadas nas contas da saúde deveriam incluir atividades realizadas à margem dos programas nacionais (por exemplo, rastreios não programados do cancro ou aconselhamento para deixar de fumar durante uma consulta médica de rotina), embora, na prática, os países podem ter dificuldade em identificar as despesas de prevenção não abrangidas por esses programas.

Para manter o progresso na redução da prevalência do tabagismo são necessários esforços contínuos

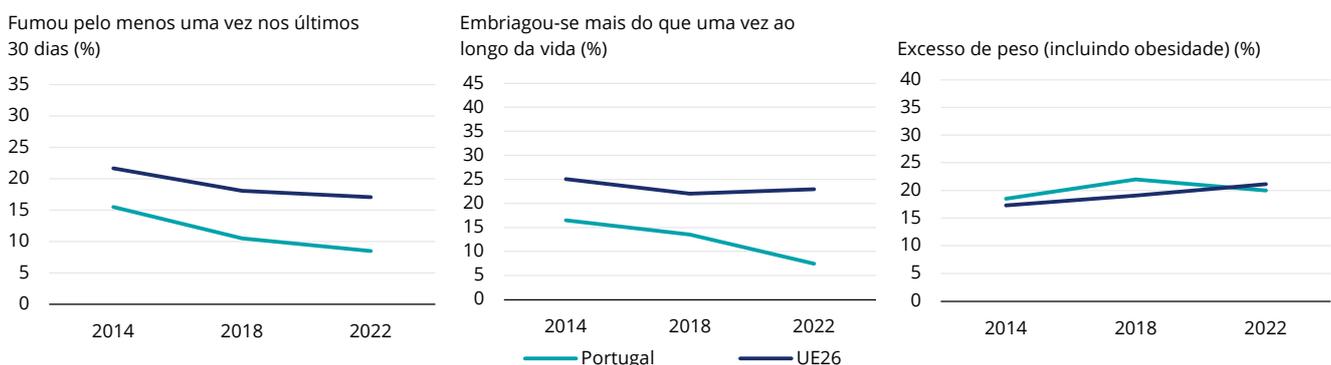
Em 2019, 14 % dos portugueses com idade igual ou superior a 15 anos fumavam diariamente. Este valor representa uma diminuição face aos 17 % registados em 2014 e fica abaixo da média da UE de 18 %. Entre os homens, a prevalência foi de 20 % — o dobro da das mulheres (9 %). Entre os jovens de 15 anos, a prevalência do tabagismo diminuiu de 16 % em 2014 para 9 % em 2022, ano em que as raparigas (9 %) registaram uma prevalência superior à dos rapazes (8 %). A utilização de cigarros eletrónicos ou vaporizadores entre os adolescentes foi a mais baixa de todos os países, com 8 %, significativamente inferior à média da UE de 21 %. Na classificação de 2021 da Tobacco Control Scale, num total de 37 países europeus, Portugal ficou em 30.º lugar no que toca às atividades de controlo do tabaco. As principais lacunas a nível da ação política incluíam a não proibição total do tabagismo em locais públicos, como bares e restaurantes, e o facto de, na última década, o tabaco se ter mantido a preços acessíveis. Apesar destas lacunas políticas, Portugal adotou algumas medidas com vista a regular o tabaco. O país foi um dos primeiros a incluir o tabaco aquecido e os cigarros eletrónicos nas suas políticas de proibição de fumar e, em 2018, reforçou as restrições no que se refere às zonas em que é permitido fumar. No entanto, uma iniciativa legislativa abrangente de 2023, que visava novas restrições substanciais à venda

e consumo de tabaco, foi reduzida ao simples alinhamento do direito nacional com a diretiva da UE relativa às isenções aplicáveis aos produtos de tabaco aquecido. No entanto, a ENLC visa reduzir a prevalência do tabagismo para 10 % até 2030.

O consumo de álcool permanece estagnado, mas a embriaguez entre os adolescentes diminuiu significativamente

Em 2019, o consumo médio de álcool foi de 10 litros por pessoa. Este valor é semelhante ao registado cinco anos antes e corresponde à média da UE. No entanto, o CIIC estima que, em 2020, 16 novos casos de cancro por cada 100 000 pessoas em Portugal eram atribuíveis ao álcool. Este valor foi 34 % superior à média da UE. Em 2022, apenas 8 % dos jovens de 15 anos declararam terem estado embriagados pelo menos duas vezes — menos de metade da média da UE de 23 %, e uma redução de 53 % em relação a 2014 (Figura 6). À semelhança do que aconteceu com o tabagismo, a disparidade entre homens e mulheres no que toca ao consumo de álcool inverteu-se ao longo do tempo. Embora em 2014 a probabilidade de os rapazes comunicarem situações de embriaguez reiterada fosse 20 % mais elevada, em 2022 essa probabilidade foi 11 % mais elevada para as raparigas. Em consonância com o novo Plano Nacional para os Comportamentos Aditivos e as Dependências 2030, que visa reduzir ainda mais o consumo de álcool, a ENLC optou por desenvolver políticas fiscais para a redução do consumo — uma política pública que permanece por utilizar em Portugal.

Figura 6. As tendências favoráveis entre os adolescentes em termos de redução do tabagismo e do consumo de álcool são ofuscadas pela falta de progresso relativamente ao excesso de peso e obesidade



Notas: A média da UE não é ponderada. Dados relativos a 2022 e referentes a crianças com 15 anos de idade. UE26 para tabagismo e embriaguez; UE25 para excesso de peso.
 Fonte: Health Behaviour in School-aged Children Survey (inquérito sobre o comportamento das crianças em idade escolar no que diz respeito à saúde).

Os hábitos alimentares estão a melhorar e a percentagem de pessoas com excesso de peso estagnou, mas subsistem desigualdades socioeconómicas consideráveis

Em 2022, apenas 20 % dos adultos em Portugal não comiam fruta diariamente — o segundo valor mais baixo entre os países da UE+2, cuja média é de 39 %. No entanto, os níveis de consumo diário de produtos hortícolas diminuíram: 37 % dos adultos não comiam produtos hortícolas diariamente — um aumento face aos 22 % registados em 2017, embora o valor permaneça abaixo da média da UE (40 %). Existem disparidades socioeconómicas significativas a nível dos hábitos alimentares: em comparação com os adultos com níveis de ensino mais elevados, a probabilidade de os adultos com níveis de ensino mais baixos não comerem fruta e legumes diariamente é 13 % e 37 % mais elevada, respetivamente. As escolhas alimentares também são influenciadas por restrições financeiras, e a probabilidade de as pessoas que estão abaixo do limiar de pobreza prescindirem do consumo diário de fruta e de produtos hortícolas é, respetivamente, 43 % e 24 % mais elevada.

Entre as crianças em idade escolar em Portugal, as tendências dos comportamentos alimentares são encorajadoras. Entre os jovens de 15 anos, o consumo diário de fruta foi de 41 % em 2022 — o mais elevado da UE+2 — e o consumo diário de produtos hortícolas aumentou mais rapidamente do que em toda a UE desde 2014, situando-se em 33 %, um valor ligeiramente inferior à média da UE (34 %). Portugal, ancorado no seu Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável, tem priorizado a alimentação saudável através de políticas intersetoriais, nomeadamente através de alterações recentes como o aumento do imposto sobre as bebidas açucaradas e a aplicação temporária de um imposto sobre o valor acrescentado (IVA) de 0 % nas compras de um cabaz de alimentos saudáveis durante a

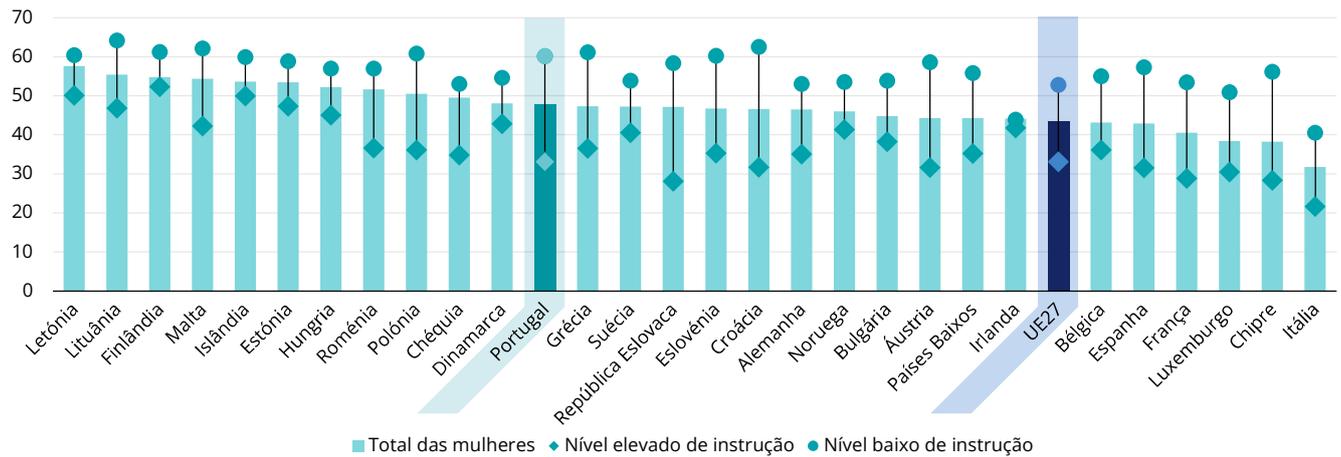
crise do custo de vida de 2023. Em 2024, uma avaliação de impacto da lei de 2019 que aplica restrições à publicidade alimentar dirigida às crianças revelou que, apesar do elevado grau de conformidade, muitos dos anúncios continuam a apelar às crianças e a exibir produtos pouco saudáveis. O relatório recomenda que os esforços políticos se centrem nos canais emergentes menos regulamentados, sublinhando, em especial, a necessidade de fazer face às estratégias de marketing que recorrem a criadores de conteúdos digitais («influenciadores»).

Em 2022, 53 % dos adultos portugueses tinham excesso de peso ou eram obesos. Este valor é ligeiramente superior à média da UE (51 %) e praticamente idêntico ao registado em 2017. As taxas de excesso de peso ou obesidade foram mais elevadas entre os homens (59 %) do que as mulheres (48 %) e verificaram-se diferenças significativas entre os níveis de ensino: 40 % das pessoas com os níveis de ensino mais elevados tinham excesso de peso ou eram obesas, face a 63 % das pessoas com os níveis de ensino mais baixos. As disparidades socioeconómicas afetam as mulheres de uma forma desproporcional, verificando-se uma diferença significativa na prevalência do excesso de peso ou obesidade entre as mulheres mais qualificadas (33 %) e as menos qualificadas (60 %) — uma das maiores diferenças observadas na UE+2 (Figura 7). Entre os adolescentes, o excesso de peso ou obesidade mantiveram-se relativamente estáveis e, em 2022, ascenderam a 20 % — um valor ligeiramente inferior à média da UE de 21 % (ver figura 6). Apesar de as diferenças entre sexos serem mínimas, é notório um gradiente socioeconómico desde a adolescência: 21 % das crianças dos agregados familiares com mais rendimentos tinham excesso de peso ou eram obesas, em comparação com 33 % das crianças dos agregados com menos rendimentos.



Figura 7. A percentagem de mulheres com excesso de peso é superior à média da UE, e entre as mulheres com níveis de ensino mais baixos essa percentagem é uma das mais elevadas da UE

% de mulheres com idade igual ou superior a 18 anos com excesso de peso (incluindo obesidade), 2022



Nota: O excesso de peso (incluindo a obesidade) inclui as pessoas com um índice de massa corporal (IMC) superior a 25.
 Fonte: Base de dados do Eurostat.

A falta de atividade física contribui para o excesso de peso e obesidade. Em 2022, 26 % dos portugueses com mais de 15 anos praticam atividade física pelo menos três vezes por semana — um valor inferior à média da UE (31 %). Em Portugal, a percentagem de jovens de 15 anos que praticam diariamente 60 minutos de atividade física também é baixa — 14 %, em comparação com 15 % na UE.

Portugal tem níveis relativamente reduzidos de poluição atmosférica

Em 2020, Portugal registou dos níveis mais baixos de exposição a PM_{2,5}, com 8 µg/m³, um valor 30 % inferior à média da UE (12 µg/m³). Em 2021, a exposição profissional a produtos químicos em Portugal foi de 25 % — um valor inferior à média da UE de 26 %, mas muito acima da percentagem de 17 % dos Países Baixos, o país com o melhor desempenho. Os níveis de exposição dos homens e das mulheres foram semelhantes.

Portugal tem a mais elevada cobertura vacinal contra vírus oncogénicos

Portugal possui um forte apoio público e aceitação generalizada do seu programa nacional de vacinação. As vacinas são administradas gratuitamente nos serviços de cuidados de saúde primários, alavancando o elevado nível de confiança que a população tem nos profissionais de saúde e tirando partido de todas as oportunidades de vacinação disponíveis. Ao longo dos anos, a cobertura vacinal contra o vírus da hepatite B (VHB) entre as crianças manteve-se sistematicamente próxima da cobertura total, atingindo 99 % em 2023 — a taxa mais elevada na UE+2. Desde o lançamento do programa de vacinação contra o VPH em 2008, registaram-se

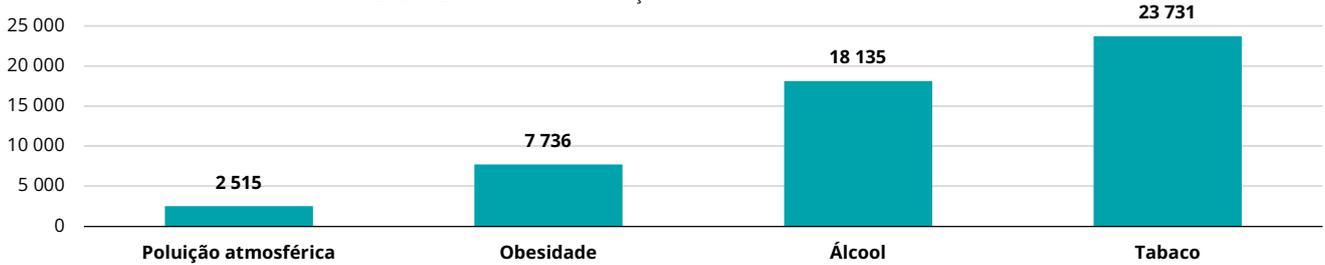
atualizações notáveis, incluindo a substituição da vacina quadrivalente por uma nova versão nonavalente em 2017, e a inclusão dos rapazes no programa de vacinação contra o VPH em 2021. Segundo a OMS, até 2023 91 % das raparigas de 15 anos tinham completado o programa de vacinação contra o VPH — uma das taxas mais elevadas entre os países da UE+2. De acordo com estimativas nacionais, a taxa de cobertura vacinal para o HPV entre raparigas com 15 anos fixou-se nos 95 % em 2023. Apesar de a inclusão dos rapazes no programa ser recente, um relatório de 2024 sobre o programa nacional de vacinação (Direção-Geral da Saúde, 2024) revelou que 88 % dos rapazes com 14 anos já tinham recebido as duas doses da vacina, ultrapassando assim a meta nacional de 85 %.

Da diminuição adicional da prevalência do tabagismo e do consumo de álcool resultarão as maiores reduções de novos casos de cancro

De acordo com o trabalho de modelização da ferramenta de planeamento estratégico de saúde pública (SPHeP) da OCDE, a consecução de objetivos intermédios específicos para os fatores de risco de cancro (Figura 8) poderia evitar milhares de novos casos de cancro em Portugal entre 2023 e 2050. A título de exemplo, por si só, a consecução das metas de redução do consumo de tabaco evitaria mais de 23 000 novos casos. A seguir ao tabagismo, o consumo de álcool e a obesidade apresentam o maior potencial de prevenção de novos casos de cancro. Através de políticas de saúde eficazes, poderão ser prevenidos nas próximas décadas 18 135 e 7 736 casos adicionais de cancro relacionados com o consumo de álcool e obesidade, respetivamente.

Figura 8. Portugal dispõe de uma importante oportunidade para prevenir novos casos de cancro se forem cumpridas as metas de redução do consumo de tabaco e de álcool

Número de casos de cancro evitados entre 2023 e 2050 devido à consecução das metas relativas aos fatores de risco



Notas: No que se refere ao consumo de tabaco, a meta é uma redução de 30 % entre 2010 e 2025 e uma população fumadora inferior a 5 % da população total até 2040. Em relação ao álcool, a meta consiste numa redução de, pelo menos, 20 % do consumo de álcool e de 20 % do consumo excessivo de álcool (seis ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião, para os adultos) entre 2010 e 2030. No caso da poluição atmosférica, a meta é um nível médio anual de PM_{2,5} limitado a 10 µg/m³ até 2030 e a 5 µg/m³ até 2050. No que diz respeito à obesidade, a meta é uma redução para os níveis de 2010 até 2025.

Fonte: OECD, «Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society», OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2024, DOI: <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

4. Deteção precoce

Os programas de rastreio de base populacional estão no centro das atuais políticas e esforços no combate contra o cancro

Portugal criou três programas nacionais de rastreio do cancro, que visam os cancros da mama, do colo do útero e colorretal. Estas iniciativas são financiadas por fundos públicos, através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e são essencialmente geridas pelas cinco administrações regionais de saúde, no continente, e pelas autoridades de saúde, nas duas regiões autónomas. No rastreio do cancro da mama são contratadas organizações externas para realizar atividades de rastreio. No âmbito destes programas de rastreio, os serviços de cuidados de saúde primários e os médicos de família desempenham um papel central, que vai desde a identificação e convite de doentes para o rastreio à gestão das amostras de rastreio e realização de consultas de acompanhamento. Não obstante a sua longa história, que remonta à década de 1990, a execução destes programas de rastreio depara-se com vários desafios, incluindo questões de governação de dados e a falta de procedimentos operacionais padronizados entre as várias regiões.

A ENLC identifica o diagnóstico precoce como uma prioridade estratégica e estabeleceu objetivos ambiciosos para melhorar a acessibilidade e a adesão aos rastreios até 2030. Estes objetivos

incluem alcançar 100 % de cobertura territorial, 95 % de cobertura populacional e uma taxa de adesão de 65 % em todos os programas de rastreio. Para atingir estas metas, o Governo criou, no final de 2023, um novo Núcleo de Coordenação Nacional dos Programas de Rastreio de Base Populacional, incumbido de desenvolver procedimentos operacionais padronizados, coordenar a implementação dos programas e reforçar a recolha e governação dos dados, com vista a uma melhor monitorização.

Os esforços recentes centraram-se na colaboração com a Direção-Geral da Saúde, com vista a desenvolver novas normas para os programas de rastreio, publicadas em 2024. Essas normas têm por objetivo normalizar os procedimentos e aumentar a eficácia das atividades de rastreio. Adicionalmente, até ao final de 2024 deveria ficar operacional um sistema de informação centralizado para todos os programas de rastreio, facilitando assim uma melhor coordenação e monitorização dos esforços de rastreio a nível nacional.

Em 2022, Portugal assegurou o convite de toda a população elegível para o rastreio do cancro da mama

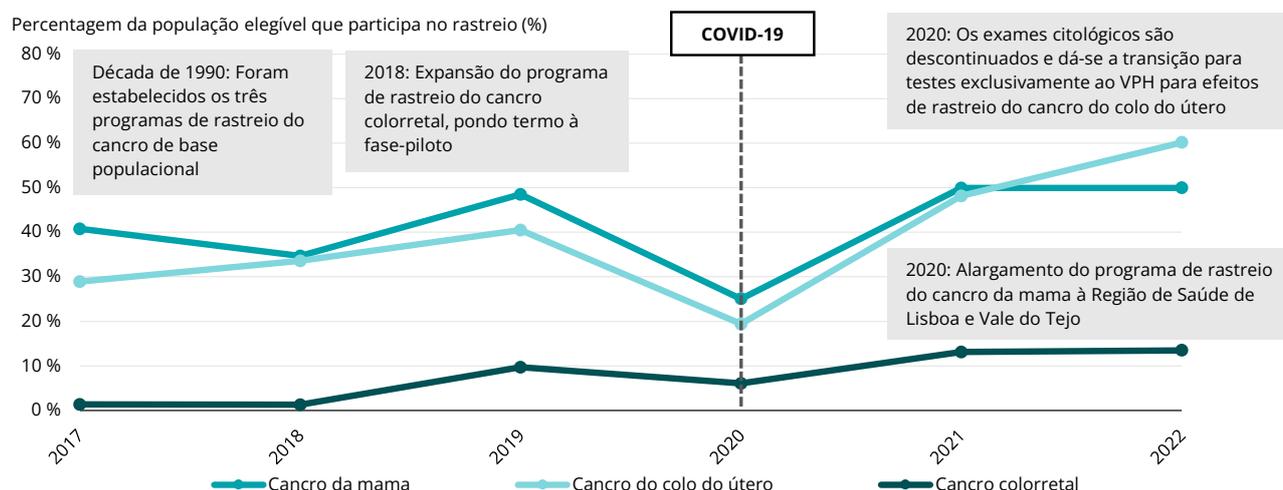
O rastreio do cancro da mama é realizado em Portugal desde 1990, visando as mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos, que

são convidadas a realizar uma mamografia digital bilateral de dois em dois anos, em conformidade com as recomendações do Conselho da União Europeia sobre o rastreio do cancro da mama. Atualmente, o programa está operacional em todas as regiões de Portugal. No continente, as administrações regionais de saúde identificam as populações elegíveis, que são depois comunicadas a entidades externas, como a Liga Portuguesa contra o Cancro e a Associação Oncológica do Algarve. Estas organizações realizam os testes iniciais, recorrendo a unidades de rastreio móveis e permanentes. Nas regiões autónomas, os serviços de saúde regionais são responsáveis por todos os aspetos do programa.

Após a estagnação da atividade de rastreio e das perturbações decorrentes da pandemia de COVID-19, a taxa efetiva de rastreio do cancro da mama recuperou para 50 % em 2022, o que

representa o valor mais elevado de sempre (Figura 9). Este aumento deve-se, em grande medida, à considerável expansão da população-alvo convidada, que de aproximadamente 40 % em 2020 passou para 98 % em 2022 (quadro 2). Em 2020, a introdução do programa na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), a maior do país, contribuiu de forma significativa para estes ganhos: entre 2020 e 2022, a população-alvo convidada na região de LVT subiu de 15 % para 100 %. No entanto, esta expansão súbita conduziu a uma diminuição de 10 pontos percentuais na adesão ao rastreio, refletindo a experiência inicial da população com o novo programa de rastreio. Em 2022, todas as regiões de saúde alcançaram uma cobertura de 100 % da população, com exceção da Região de Saúde do Alentejo (81 %). A adesão ao rastreio variou entre 32 % na Região de Saúde de LVT e 74 % na Região Autónoma dos Açores.

Figura 9. Após uma queda significativa em 2020, devido à COVID-19, o rastreio tem vindo a aumentar em todos os programas



Notas: Os dados referem-se ao rastreio mamográfico entre as mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos nos últimos dois anos (com base em dados do programa), ao rastreio do VPH entre as mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 60 anos nos últimos cinco anos (com base em dados do programa) e ao teste imunológico fecal para rastreio colorretal entre as pessoas com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos nos últimos dois anos (com base em dados do programa). Em 2021, houve uma interrupção da série de dados relativos ao rastreio do cancro da mama, devido a uma alteração na metodologia de recolha e tratamento de dados. Apenas os dados relativos ao rastreio do cancro da mama incluem a Região Autónoma da Madeira no ano de 2022.

Fonte: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (2023).

Quadro 2. A cobertura populacional e a taxa de adesão do programa de rastreio do cancro colorretal são significativamente inferiores às dos restantes programas

Programa de rastreio (2022)	População elegível convidada a participar	Adesão ao rastreio	Taxa efetiva de rastreio
Cancro da mama	98%	51%	50%
Cancro do colo do útero	64%	94%	60%
Cancro colorretal	33%	41%	14%

Fonte: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (2023).

A proporção da população elegível convidada para o rastreio do cancro do colo do útero continua a ser limitada

O rastreio do cancro do colo do útero é efetuado em Portugal há mais de três décadas e está operacional em todas as regiões de saúde. Visa as mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 60 anos, que são convidadas de cinco em cinco anos a realizar um teste do VPH (o exame citológico foi descontinuado em 2020). Em Portugal continental, as administrações regionais de saúde identificam a população elegível, que é convidada pelos médicos de família a participar no rastreio. Na Região Autónoma dos Açores, a identificação e o convite dos doentes é da responsabilidade do Centro de Oncologia dos Açores. A Região Autónoma da Madeira iniciou o seu projeto-piloto de rastreio do cancro do colo do útero de base populacional em 2022, pelo que ainda não estão disponíveis dados.

Em 2022, o rastreio do cancro do colo do útero atingiu uma taxa efetiva de rastreio inédita de 60 %, face aos 19 % alcançados em 2020, tornando-se o programa de rastreio mais bem-sucedido do país (ver figura 9). O rastreio é realizado pelos médicos de família nos cuidados de saúde primários, o que poderá contribuir para a sua elevada taxa de adesão (94 %) e relativa resiliência aos desafios colocados pela pandemia de COVID-19. Apesar de a cobertura geográfica ser total, o aumento das taxas de rastreio é constrangido pela capacidade para convidar doentes (ver quadro 2). Em 2022, a percentagem da população elegível convidada nas diferentes regiões de saúde variou entre 38 % e 92 %. Importa assinalar que as regiões de saúde com as taxas de convite mais baixas foram também as que registavam a maior escassez de médicos de família: 17 % da população do Algarve e 24 % da população de LVT não tinha médico de família (Ministério da Saúde, 2024a). Embora os doentes que não têm médico de família devam ser convidados para o rastreio pelo diretor da respetiva unidade de cuidados de saúde primários, a força de trabalho dos cuidados de saúde primários, já de si sobrecarregada, tem dificuldade em assegurar, em tempo útil, o convite e a realização de testes a todos os doentes.

Em outubro de 2024, a Direção-Geral da Saúde publicou uma nova norma para o rastreio do cancro do colo do útero, introduzindo alterações significativas no programa. A faixa etária elegível foi ajustada para incluir indivíduos dos 30 aos 69 anos, e a auto-colheita passou a estar disponível para os doentes que assim o preferam ou que não tenham respondido a dois convites consecutivos. Prevê-se que estas alterações contribuam para a

melhoria da cobertura e eficácia do programa de rastreio do cancro do colo do útero em Portugal.

As taxas de rastreio do cancro colorretal são as mais baixas de entre todos os programas

O programa de rastreio do cancro colorretal de base populacional foi inicialmente introduzido em Portugal em 2008 e está atualmente operacional em todas as regiões de saúde do continente e na Região Autónoma dos Açores. Em 2023, foi lançado um programa-piloto na Região Autónoma da Madeira. O programa destina-se a homens e mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos, que são convidados a realizar um teste imunoquímico fecal (FIT, do inglês faecal immunochemical test). As administrações regionais de saúde são incumbidas de identificar a população elegível em cada ano e os utentes elegíveis recebem uma carta de convite seguida de um kit de teste, caso o convite não seja recusado.

Após a recolha de uma amostra de fezes, os utentes devolvem o kit à sua unidade de cuidados de saúde primários, que o encaminha posteriormente para os laboratórios de saúde pública, para análise. Os utentes com um FIT positivo são convidados a realizar uma colonoscopia. O rastreio colorretal regista as menores taxas de adesão e de população abrangida pelos convites de todos os programas de rastreio de base populacional do país (ver quadro 2). Em 2022, apenas 33 % das pessoas elegíveis foram convidadas a participar; destas, apenas 41 % aceitaram, o que resultou numa cobertura de rastreio efetiva de 14 %.

As disparidades regionais no que toca à percentagem da população elegível convidada revelam níveis distintos de maturidade deste programa de rastreio consoante as regiões. Na Região de Saúde Norte, onde os convites são centralizados e não dependem dos médicos de família, 86 % das pessoas elegíveis receberam kits de teste, em comparação com apenas 8 % na Região de Saúde de LVT. Outra das preocupações é o seguimento: em 2022, apenas 35 % dos doentes com um resultado de rastreio positivo foram submetidos a uma colonoscopia.

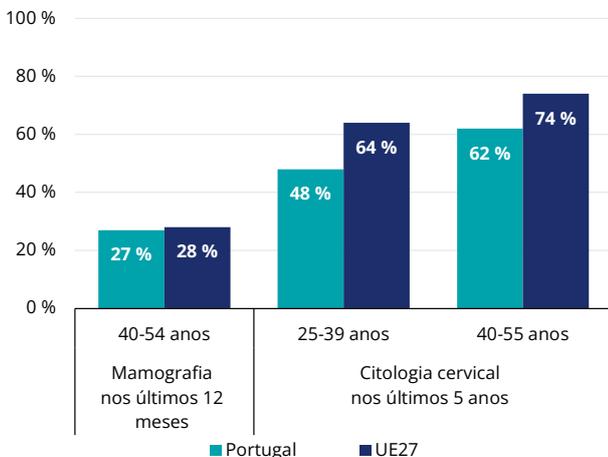
Um estudo recente encomendado pela Direção-Geral da Saúde destacou diferenças regionais significativas na execução do programa de rastreio colorretal (Lunet et al., 2023). O estudo identificou igualmente potenciais fatores dissuasores da adesão dos doentes, como a relutância em relação ao procedimento de teste e o receio de realizar uma colonoscopia.

Em Portugal, a participação das pessoas LGBTIQ no rastreio do cancro é inferior à dos seus homólogos na UE

O terceiro inquérito da UE sobre as pessoas LGBTIQ (EU LGBTIQ Survey III) revelou que, em Portugal, as pessoas LGBTIQ registam taxas de rastreio do cancro inferiores às taxas médias da UE (Figura 10). No caso do cancro da mama, 27 % das pessoas LGBTIQ com idades compreendidas entre os 40 e os 54 anos que se identificam como mulheres cisgénero, mulheres transgénero e pessoas intersexuais declararam ter realizado uma mamografia nos últimos 12 meses, um valor ligeiramente inferior à média da UE de 28 %. No que diz respeito ao rastreio do cancro do colo do útero, 48 % da população LGBTIQ pertinente com idades compreendidas entre os 25 e os 39 anos (face a uma média da UE de 64 %) e 62 % das pessoas com idades compreendidas entre os 40 e os 55 anos (face a uma média da UE de 74 %) declararam ter realizado uma citologia cervicovaginal nos últimos cinco anos.

Figura 10. Em Portugal, as pessoas LGBTIQ registam níveis de participação no rastreio do cancro da mama e do colo do útero inferiores aos da UE

Percentagem de pessoas LGBTIQ que realizaram rastreio do cancro da mama ou do colo do útero (%)



Nota: Os resultados do inquérito sobre as pessoas LGBTIQ referem-se a grupos etários e/ou intervalos de rastreio que não se coadunam com a abordagem de rastreio da população aplicada pelos países da UE, pelo que não devem ser alvo de comparações. Fontes: Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (EU LGBTIQ Survey III).

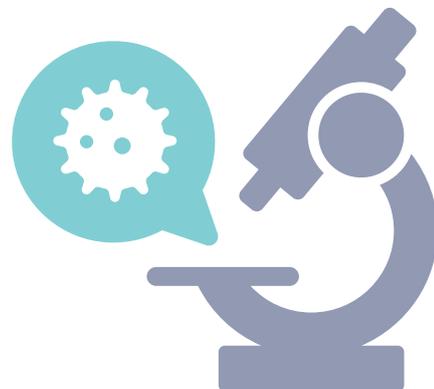
São necessários mais progressos para alcançar os objetivos de rastreio do cancro

Os objetivos da ENLC em termos de cobertura do rastreio e adesão visam uma taxa efetiva de rastreio de quase 62 %. O programa de rastreio do cancro da mama tem de reforçar a adesão; o programa de rastreio do cancro do colo do útero

carece de melhorias no que toca à população abrangida pelos convites; e o programa de rastreio do cancro colorretal tem de reforçar tanto a população abrangida pelos convites como a adesão, de modo a atingir esta meta. Outra das limitações do atual sistema é a ausência de monitorização das desigualdades no rastreio do cancro.

Em julho de 2024, alinhando-se com o PELC, a Direção-Geral da Saúde publicou procedimentos operacionais gerais normalizados para os programas de rastreio do cancro em Portugal. Estes procedimentos definiram várias estratégias fundamentais, que incluem: centrar os programas de rastreio em torno dos cidadãos, a normalização dos procedimentos de convite, o estabelecimento de indicadores para a monitorização e avaliação dos programas, o apoio à otimização dos sistemas de informação e a quantificação e redução das desigualdades nas atividades de rastreio. Em outubro de 2024 foi anunciado o alargamento da faixa etária alvo do rastreio do cancro da mama dos 50-69 anos para os 45-75 anos.

O projeto BRIGHT, financiado pela UE, está a estudar abordagens de rastreio mamográfico de precisão, adaptando os rastreios com base no risco genético. Em março de 2024, a Região Autónoma dos Açores lançou um programa-piloto de rastreio da *Helicobacter pylori*. Paralelamente estava em curso a preparação de um programa-piloto de rastreio do cancro do estômago em Portugal continental, no âmbito da ação comum EUCanScreen e do projeto TOGAS. Em setembro de 2024, não estava em curso, em Portugal, nenhum projeto-piloto para o estabelecimento de novos programas de rastreio do cancro do pulmão.



5. Desempenho dos cuidados oncológicos

5.1 Acessibilidade

Em Portugal, os cuidados oncológicos são prestados principalmente através do SNS, seja nos hospitais de uma das 39 unidades locais de saúde ou nos três institutos portugueses de oncologia. Estes institutos são centros oncológicos especializados que, em 2021, geriram 27 % de todos os novos casos de cancro, realizaram 44 % de todas as cirurgias oncológicas e geriram 57 % dos planos de tratamento de radioterapia do país.

Em junho de 2022, Portugal pôs termo às taxas moderadoras em todos os serviços de saúde, com exceção das visitas aos serviços de urgência sem referência prévia. Consequentemente, todos os serviços de cuidados oncológicos — incluindo a vacinação, atividades de rastreio, consultas, diagnóstico e tratamento — são integralmente subsidiados pelo SNS e prestados gratuitamente. Esta cobertura completa abrange os medicamentos oncológicos para tratamento em regime de internamento e ambatório. Outros medicamentos são abrangidos por diferentes regimes de comparticipação adiantada. A título de exemplo, os opiáceos para alívio da dor estão abrangidos por uma portaria específica de comparticipação a 90 %. O SNS também subvenciona o transporte não urgente de doentes para consultas médicas e tratamentos, em particular para pessoas com dificuldades de saúde ou económicas. São

igualmente comparticipadas próteses e outros dispositivos de suporte prescritos por um médico, assegurando assim um apoio global aos doentes, sem encargos financeiros.

A escassez de força de trabalho compromete os cuidados oncológicos em diferentes fases

No SNS português, os médicos de família são fundamentais para os cuidados oncológicos, intermediando o acesso aos cuidados médicos especializados. Os médicos de família estão envolvidos nos programas de rastreio (ver secção 4), dão consultas de acompanhamento após rastreio, referenciam doentes para outros especialistas e participam na gestão das licenças por doença e no apoio aos doentes. No entanto, em abril de 2024, mais de 1,5 milhões de pessoas (15 % da população) não tinham médico de família (Ministério da Saúde, 2024a), o que dificultando a deteção precoce e o tratamento atempado.

O sistema de saúde português conta com 1 169 enfermeiros profissionalmente ativos por cada 1 000 novos casos de cancro — uma taxa inferior à média da UE de 1 376 enfermeiros por 1 000 novos casos. Portugal tinha 889 médicos autorizados a exercer por 1 000 novos casos de cancro (Figura 11), mas o número estimado de médicos em exercício é 30 % inferior àqueles autorizados, o que coloca o país abaixo da média da UE de 679 médicos em exercício por 1 000 casos.

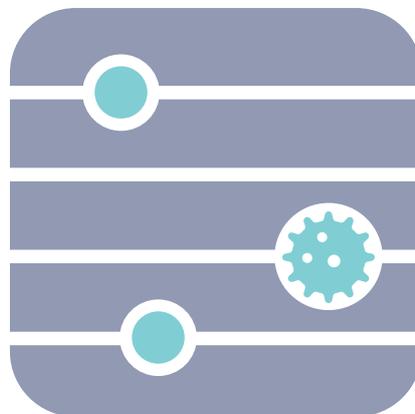
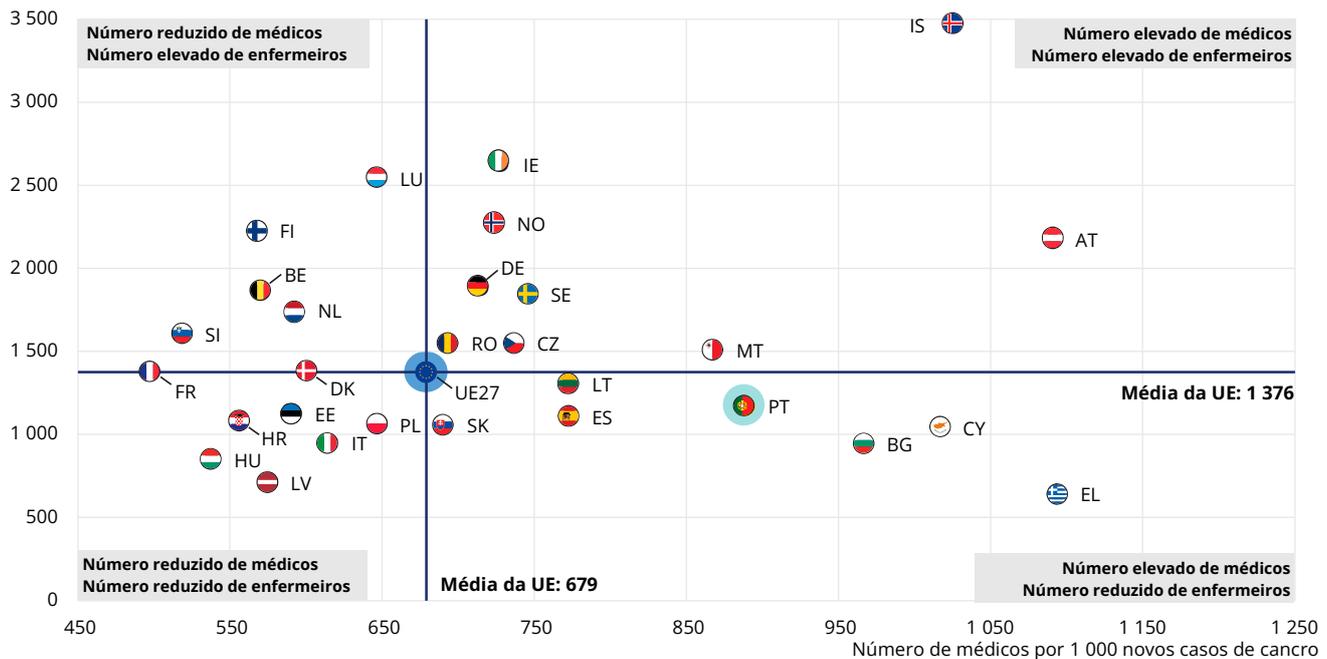


Figura 11. Em Portugal, o número de enfermeiros por caso de cancro é inferior à média da UE

Número de enfermeiros por 1 000 novos casos de cancro



Notas: Os dados relativos aos enfermeiros incluem todas as categorias de enfermeiros (e não apenas os que cumprem a diretiva da UE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais). Os dados dizem respeito aos enfermeiros em exercício, exceto em Portugal e na República Eslovaca, onde se referem a enfermeiros profissionalmente ativos. Na Grécia, o número de enfermeiros está subestimado, uma vez que inclui apenas os que trabalham em meio hospitalar. Em Portugal e na Grécia, os dados dizem respeito a todos os médicos autorizados a exercer, o que resulta numa ampla sobrestimação do número de médicos em exercício. A média da UE não é ponderada.
 Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2024. Os dados referem-se a 2022 ou ao ano disponível mais recente.

Não obstante estes desafios globais, o número de médicos especialistas em domínios fundamentais dos cuidados oncológicos no SNS tem vindo a aumentar. Entre 2017 e 2023, o número de oncologistas, expresso em equivalentes a tempo completo (ETC), aumentou de 164 para 285 — um aumento de 74 % (Ferreira et al., 2024). Na radioterapia também se registou um crescimento constante, mas menor, com os ETC a aumentarem quase 17 %, passando de 77 em 2017 para 90 em 2023. Embora quase todos os hospitais públicos disponham de médicos oncologistas, o SNS conta apenas com 11 centros de radioterapia, o que resulta em disparidades geográficas na distribuição de radioterapeutas.

Apesar do rácio comparativamente baixo de enfermeiros por casos de cancro, o número de enfermeiros no SNS, expresso em ETC, aumentou 18 % entre 2017 (43 356) e 2023 (50 970). Não existe, em Portugal, um programa de mestrado ou de especialização na área da enfermagem oncológica. Um relatório de 2021 sobre os recursos do SNS na área da oncologia (Direção-Geral da Saúde, 2022) identificou 21 especialistas em física médica e 255 técnicos de radiologia a trabalhar no SNS. O rácio atual de 4,6 especialistas em física médica por 1 000 000 habitantes fica bastante aquém do

rácio recomendado a nível internacional (18 por 1 000 000 habitantes). Esta lacuna representa um obstáculo ao aumento da atividade, adoção de novas técnicas, realização de ensaios clínicos e cumprimento das diretivas europeias em matéria de segurança radiológica.

Portugal está a modernizar o equipamento de radioterapia e a expandir as capacidades de cirurgia robótica

Em 2022, Portugal dispunha de 5 equipamentos de radioterapia por 1 000 000 habitantes, um rácio 40 % inferior à média da UE (8 por 1 000 000 habitantes) e 34 % inferior à média dos seus pares económicos (7 por 1 000 000) (Figura 12). Este valor representa apenas as unidades disponíveis nos hospitais, e não o número total de aparelhos. Com base em dados de 2023 da AIEA, que identificou 74 unidades de radioterapia no país, o rácio de equipamentos é de 7 por 1 000 000 habitantes — um valor que corresponde à média dos pares económicos de Portugal e que fica ligeiramente abaixo da média da UE.

Portugal dispunha de 57 unidades de radioterapia de megavoltagem (MV), das quais pelo menos 33 eram propriedade do SNS. Tinha ainda 17 unidades de braquiterapia, 11 das quais no

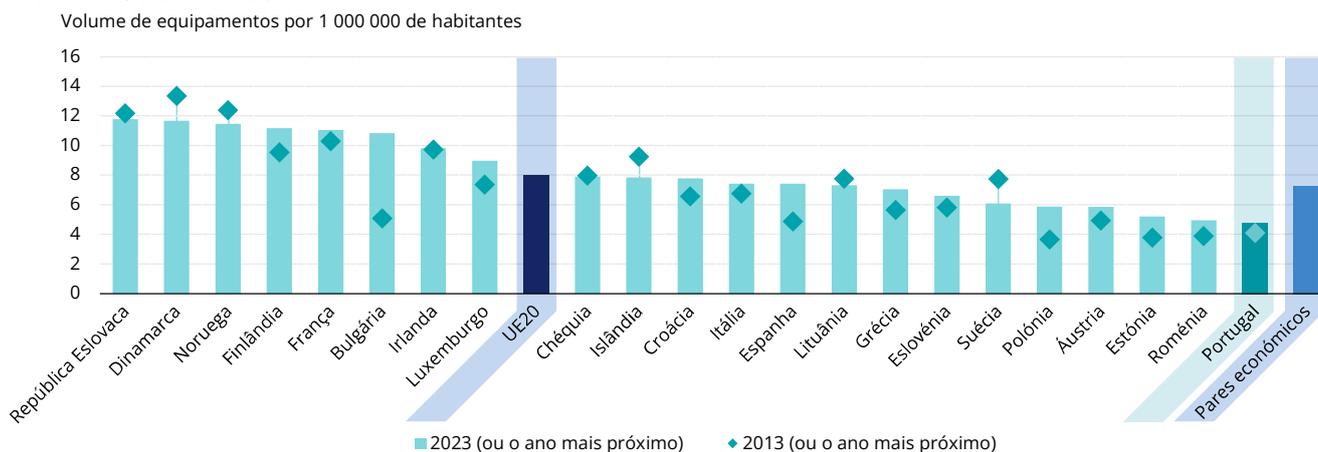
SNS. Em 2018, uma resolução do Governo fixou o objetivo de construir um centro de protonterapia e autorizou fundos para contratar e formar investigadores e médicos. Posteriormente, em 2020, a Visão Estratégica para o Plano de Recuperação Económica de Portugal 2020-30 priorizou este centro como um investimento fundamental no setor da saúde. O centro colaborará com os institutos nacionais de oncologia, e contará com um polo principal em Lisboa e com um nó especializado de oftalmologia em Coimbra.

Em Portugal, 47 % das unidades de braquiterapia e 46 % das unidades de radioterapia de MV tinham mais de 15 anos, uma idade que ultrapassa a vida útil ideal preconizada pela OMS para equipamentos de radioterapia. No que se refere aos aparelhos de tomografia computadorizada e de imagiologia por ressonância magnética, também só estão disponíveis dados referentes às unidades localizadas em hospitais, o que dificulta a comparação com outros países. No entanto, entre 2012 e 2022 o número de aparelhos em meio

hospitalar por 1 000 000 habitantes aumentou 15 % no caso dos aparelhos de tomografia computadorizada e 94 % no que toca aos aparelhos de ressonância magnética.

No final de 2023, Portugal tinha 10 robôs cirúrgicos, cinco dos quais estavam instalados em hospitais do SNS (contra apenas um em 2022). Em dezembro de 2023, a Direção Executiva do SNS anunciou um programa de investimento, financiado na sua maioria pelo Programa de Recuperação e Resiliência da UE, para instalar oito novos robôs cirúrgicos no SNS em 2024. Este investimento mais do que duplicará a capacidade do SNS e elevará o rácio para quase 1 robô por 500 000 pessoas (contra apenas 1 por 1 000 000 pessoas). Esta iniciativa está inserida num programa de investimento mais vasto, no valor de 117 milhões de EUR, destinado a modernizar equipamentos do SNS, e que também substituirá 25 aparelhos de tomografia computadorizada, 18 máquinas de ressonância magnética e 11 aceleradores lineares.

Figura 12. Portugal tem menos equipamentos de radioterapia do que a média da UE, mas a oferta aumentou desde 2013



Notas: A grande maioria do equipamento de radioterapia dos países da UE encontra-se em meio hospitalar. Os dados relativos a Portugal e à França incluem apenas os equipamentos localizados em meio hospitalar, enquanto os dados relativos aos restantes países dizem respeito a todos os equipamentos. Os pares económicos são definidos como grupos de tercis com base no PIB per capita de 2022, expresso em poder de compra padrão. Os pares económicos de PT são BG, EE, EL, HR, HU, LV e PL. A média da UE não é ponderada.
Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2024.

O nível de aprovação da comparticipação de novos medicamentos contra o cancro está próximo da média da UE

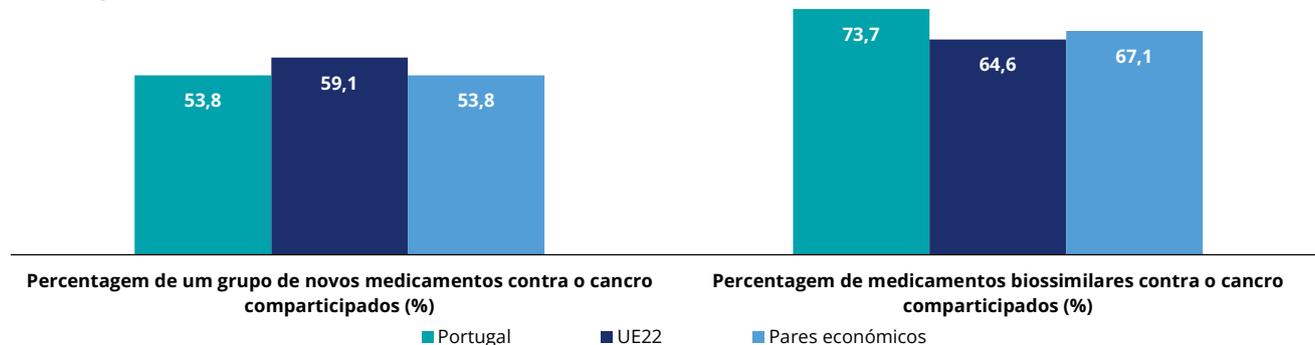
Em Portugal, 54 % das indicações de uma amostra de novos medicamentos contra o cancro (para o cancro da mama e do pulmão) com um elevado benefício clínico foram comparticipadas pelo Estado — uma taxa idêntica à dos pares económicos do país, mas inferior à média da UE (59 %) (Figura 13). O tempo médio entre a aprovação pela Agência Europeia de Medicamentos e as

decisões relativas à comparticipação da amostra em questão foi de 748 dias — um intervalo 45 % superior à média da UE. Tendo em conta estas limitações, a ENLC estabeleceu o objetivo de fixar, até 2025, um prazo máximo para a decisão relativa à comparticipação de novos medicamentos contra o cancro. Em maio de 2024, o novo executivo anunciou que daria maior ênfase à plena aplicação do Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde, no âmbito do seu novo e abrangente Plano de Emergência da Saúde (Ministério da Saúde, 2024b).

Em 2023, o Estado português comparticipou 74 % dos medicamentos biossimilares contra o cancro. Este valor é superior às médias da UE (65 %) e dos pares económicos do país (67 %) (figura 13). Em média, Portugal precisou de 266 dias para decidir

sobre a comparticipação destes medicamentos após aprovação pela Agência Europeia de Medicamentos — um prazo significativamente inferior à média da UE de 505 dias.

Figura 13. Portugal comparticipa uma elevada percentagem dos biossimilares para cuidados oncológicos



Notas: A análise inclui uma amostra de 13 indicações de 10 novos medicamentos contra o cancro da mama e do pulmão com elevado benefício clínico e dezanove biossimilares de três medicamentos contra o cancro (bevacizumab, rituximab e trastuzumab) que, a 26 de março de 2023, dispunham de uma autorização de introdução no mercado válida, concedida pela Agência Europeia de Medicamentos. Os dados representam a percentagem de indicações terapêuticas ou medicamentos biossimilares que constavam da lista de medicamentos comparticipados pelo Estado a 1 de abril de 2023. Os pares económicos são definidos como grupos de tercís com base no PIB per capita de 2022, expresso em poder de compra padrão. Os pares económicos de PT são BG, EE, EL, HR, HU, LV e PL. A média da UE não é ponderada.

Fonte: Hofmarcher, Berchet e Dedet, «Access to oncology medicines in EU and OECD countries», OECD Health Working Papers, n.º 170, OECD Publishing, Paris, 2024, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

Portugal está a concentrar-se na redução e na melhoria da monitorização dos tempos de espera para cuidados oncológicos

Em 2017, Portugal fixou tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para as primeiras consultas e procedimentos cirúrgicos, com base na prioridade clínica. No que se refere aos cuidados oncológicos, os tempos de espera são definidos para a primeira consulta após a referência (30 dias para cânceros de grau 1; imediatamente para cânceros de grau 4) e para cirurgias oncológicas programadas (60 dias para cânceros de grau 1; 72 horas para cânceros de grau 4). Se os hospitais do SNS não conseguirem cumprir estes prazos, os doentes podem ser transferidos para outro prestador de cuidados ou receber um vale para obterem cuidados privados da sua escolha.

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) monitoriza os tempos de espera no SNS português, abrangendo 126 entidades que realizam procedimentos cirúrgicos e 68 entidades que dão consultas. De um modo geral, devido a limitações dos sistemas de informação (SI), apenas são avaliadas as referências para os serviços de oncologia e radioterapia de um hospital geral decorrentes de consultas nos serviços de cuidados de saúde primários, excluindo as consultas de outras especialidades e os pedidos internos ou inter-hospitalares, o que limita a representatividade.

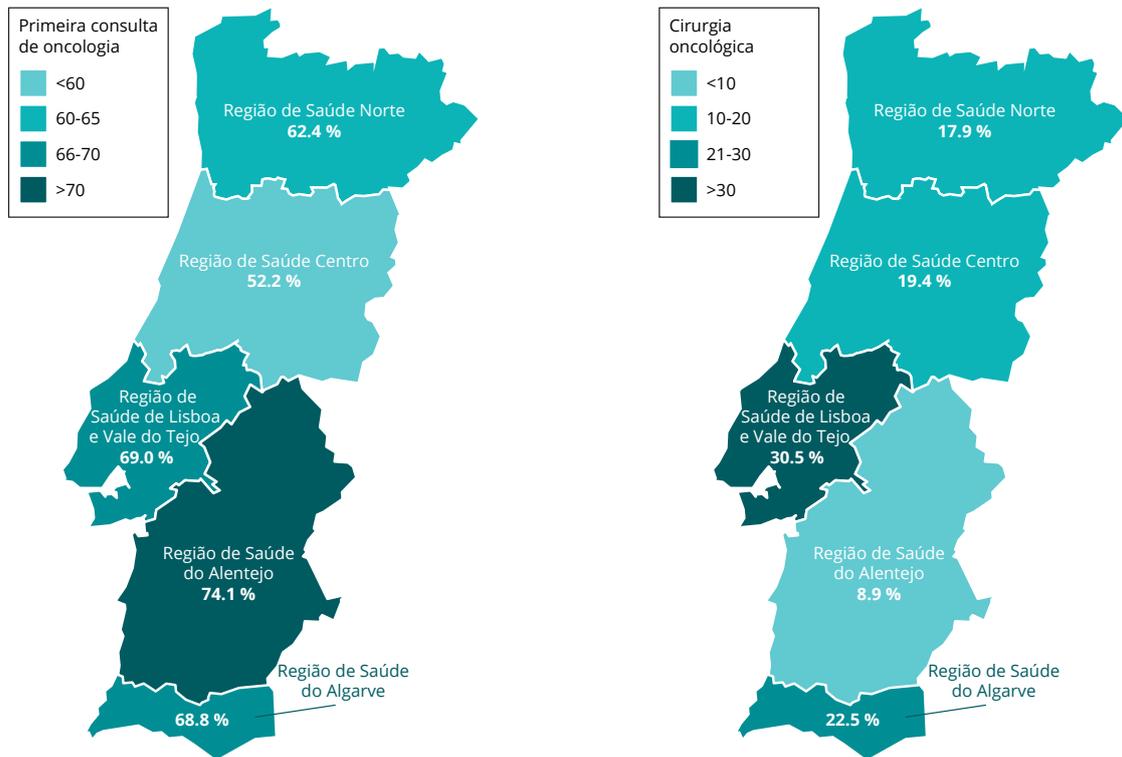
Em junho de 2023, a atualização do sistema informático de 39 hospitais permitiu identificar as consultas de oncologia de outras especialidades, possibilitando a análise dos tempos de resposta específicos para situações oncológicas no que se refere a todas as referências para essas instituições. No caso dos institutos portugueses de oncologia, presume-se que todas as consultas estão relacionadas com o cancro, com exceção das consultas de genética.

Em 2023, 62 % dos hospitais públicos excederam os TMRG (um aumento face aos 46 % registados em 2022) aplicáveis à primeira consulta na sequência de referência por suspeita ou diagnóstico de cancro. Os tempos de espera medianos para a primeira consulta na sequência de referência foram de 25 dias — um valor superior aos 17 dias registados em 2022. Os TMRG para cirurgia oncológica foram excedidos por apenas 23 % dos hospitais do SNS, contra 22 % em 2022, com um tempo de espera mediano de 26 dias (26 dias em 2022) (ERS, 2024a). Em 2023, 10 775 doentes com um caso suspeito ou confirmado de cancro estavam à espera da primeira consulta, dos quais 82 % já havia excedido o TMRG disposto na lei. Ao mesmo tempo, 7 282 doentes oncológicos aguardavam cirurgia no SNS (um aumento de 5 % em relação a 2022), tendo 20 % ultrapassado os TMRG.

Existem diferenças regionais (Figura 14) e diferenças entre os diferentes níveis de prioridade no cumprimento dos TMRG, resultado de práticas distintas no que se refere à organização dos cuidados oncológicos e na classificação das prioridades. A ENLC visa harmonizar estes procedimentos de classificação, a fim de melhorar a monitorização e definir TMRG para diferentes procedimentos de radioterapia. O Plano de

Emergência da Saúde de maio de 2024 introduziu o programa OncoStop2024, como estratégia para eliminar os atrasos na cirurgia oncológica através do reforço da capacidade hospitalar do SNS e da celebração de novos contratos com prestadores privados. Além disso, o Plano de Emergência da Saúde reitera o objetivo da ENLC de normalizar a classificação das prioridades e os mecanismos acompanhamento.

Figura 14. As diferenças regionais na percentagem de primeiras consultas e cirurgias oncológicas que excederam os tempos máximos de resposta garantidos são consideráveis



Fonte: Adaptado de ERS (2024a).

5.2 Qualidade

O ímpeto da certificação de novos centros oncológicos estagnou

Em 2014, a Direção-Geral da Saúde lançou um programa de certificação de centros de referência, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Trata-se de uma questão particularmente importante para os cuidados de saúde oncológicos, caracterizados por uma forte relação entre o volume de casos e a qualidade. Até 2018, foram certificados 47 centros de referência para diferentes tipos de cancro: esofágico (6), retal (21), testicular (4), hepato-bilio-pancreático (10), sarcomas dos tecidos moles e ósseos (5) e oftalmológico (1). Alguns destes centros certificados aderiram posteriormente às redes europeias de referência, reforçando as suas capacidades. No entanto, não foram reconhecidos quaisquer novos centros de referência oncológicos desde 2018.

Embora exista uma rede de referência inter-hospitalar, ainda não foi criada uma rede de referência específica para o cancro centrada nas necessidades dos doentes oncológicos e que atenda às exigências multidisciplinares dos cuidados oncológicos. A ENLC visa criar a Rede de Referência em Oncologia até 2026, com o objetivo de tratar mais de 90 % dos doentes em centros certificados, implementar serviços de medicina de precisão e genómica e prestar apoio especializado na área da psico-oncologia.

O encerramento de sete centros oncológicos da mama em abril de 2024, devido a fatores como volume insuficiente de casos, falta de cirurgiões ou inexistência de capacidades técnicas necessárias, pôs em evidência o desafio de equilibrar o acesso e a qualidade. Embora esta decisão possa contribuir para uma distribuição ainda mais desigual dos cuidados oncológicos (ver secção 5.1), consolidar cuidados em centros de grande volume poderá

melhorar os resultados e reduzir anos de vida potencialmente perdidos (AVPP).

Entre 2012 e 2019, os anos de vida potencialmente perdidos diminuíram para muitos câncros, com exceção dos câncros do pâncreas e do fígado

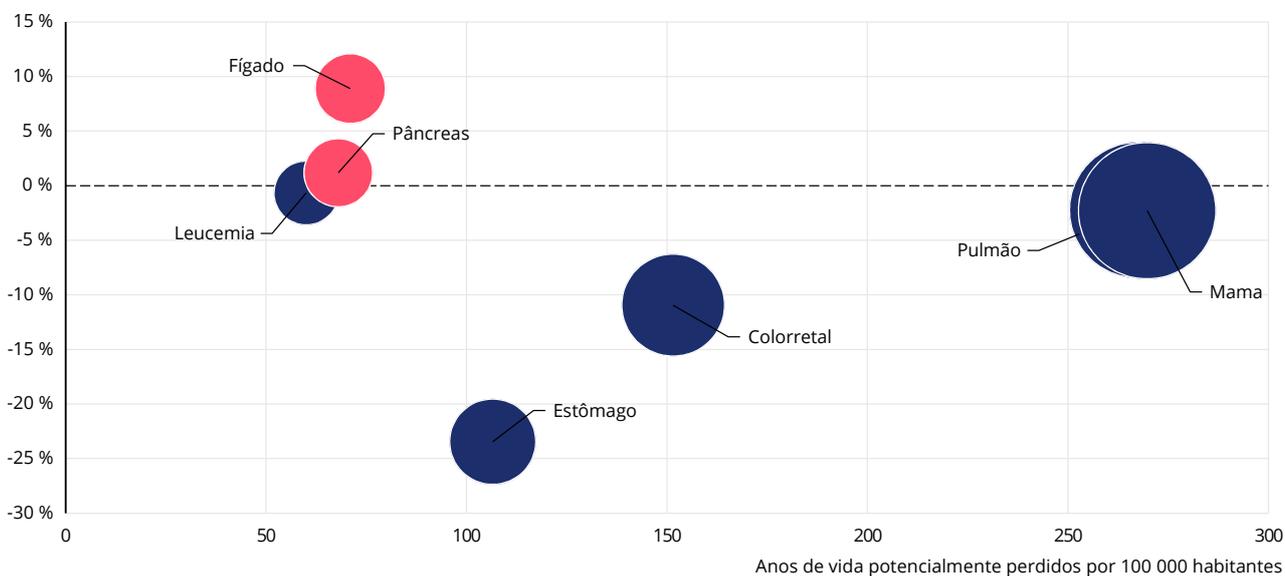
Os AVPP são uma medida complementar interessante do impacto que os diferentes câncros têm na sociedade, uma vez que atribuem maior peso às mortes por cancro entre os indivíduos mais jovens. A análise da variação dos AVPP ao longo do tempo para as várias localizações de cancro pode permitir identificar melhorias dos cuidados

oncológicos através da redução da mortalidade prematura.

Em Portugal, o valor global dos AVPP devido ao cancro em 2019 foi de 1 494 por 100 000 pessoas, um valor 10 % superior à média da UE. Embora os AVPP tenham diminuído 6 % desde 2012, esta redução é consideravelmente inferior à redução de 19 % em toda a UE. Apesar das reduções observadas desde 2012, os câncros do pulmão (267 anos por 100 000 pessoas) e colorretal (152 anos por 100 000 pessoas) registaram os AVPP mais elevados (Figura 15). Entre as mulheres, o cancro da mama resultou em 270 AVPP por 100 000 mulheres.

Figura 15. O cancro do pulmão é responsável pela maioria dos anos de vida potencialmente perdidos em Portugal

Variação percentual dos anos de vida potencialmente perdidos no período de 2012-22 (ou no ano disponível mais próximo) (%)



Notas: A taxa de AVPP decorrentes do cancro da mama, colo do útero e ovário é calculada apenas para as mulheres, enquanto a taxa de AVPP decorrentes do cancro da próstata diz respeito apenas aos homens. Os círculos cor-de-rosa assinalam um aumento percentual nos AVPP no período de 2012-2022 (ou no ano disponível mais recente); os círculos azuis assinalam uma diminuição. O tamanho dos círculos é proporcional às taxas de AVPP em 2022.

Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2024.

A qualidade dos cuidados oncológicos está a melhorar em várias dimensões

Apesar de dispor de uma estratégia nacional abrangente para a qualidade da saúde e a segurança dos doentes, Portugal não tem um sistema específico de avaliação da qualidade dos cuidados oncológicos. O Registo Oncológico Nacional, criado em 2018, integrou com êxito dados dos registos oncológicos regionais, do Registo Oncológico Pediátrico e dos registos das duas regiões autónomas. Embora tenha publicado informação de relevo sobre a incidência e a mortalidade do cancro, continuam por publicar dados cruciais como as taxas de sobrevivência e o estágio do cancro no momento do diagnóstico.

Os indicadores da qualidade dos cuidados oncológicos revelam alguns progressos no país. Embora continue a ser superior à média da UE de 7 dias, a duração média da hospitalização dos doentes oncológicos diminuiu de 12 para 9 dias entre 2001 e 2021. O perfil da cirurgia do cancro da mama evoluiu consideravelmente ao longo dos últimos 20 anos. Apesar do valor permanecer ligeiramente abaixo da média da UE (70 %), 67 % de todas as mastectomias realizadas em 2022 foram mastectomias parciais, o que representa uma melhoria face aos 59 % registados em 2002. Simultaneamente, 75 % das mastectomias parciais foram realizadas em regime de internamento — uma diminuição em relação aos 81 % registados em 2002, mas ainda acima da média da UE de 64 %.

Estão em curso iniciativas focadas na qualidade dos cuidados oncológicos em Portugal

Refletindo as elevadas normas de qualidade organizacional em matéria de cuidados oncológicos, um relatório de 2021 sobre os recursos do SNS na área da oncologia (Direção-Geral da Saúde, 2022) revelava que 98 % dos hospitais do SNS realizavam reuniões multidisciplinares de decisão terapêutica e 95 % tinham em funcionamento clínicas de oncologia em regime de ambulatório. Além disso, 83 % dos hospitais geriam a preparação de produtos terapêuticos a nível da farmácia.

Para melhorar a qualidade dos cuidados oncológicos, a ENLC destaca a importância da investigação sobre o cancro, com especial enfoque nos ensaios clínicos, tendo como objetivo duplicar o número de ensaios e doentes recrutados até 2027. De acordo com a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), o número de ensaios clínicos aprovados no país mais do que duplicou, passando de 99 em 2012 para 203 em 2023. Dos ensaios aprovados em 2023, 58 estavam relacionados com medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores.

A fim de tornar os cuidados oncológicos mais centrados no doente, a ENLC propõe o desenvolvimento de novas medidas de resultados e experiências reportadas pelos doentes (PROM e PREM, do inglês patient-reported outcome measures e patient-reported experience measures, respetivamente), especificamente para os programas de rastreio do cancro. Atualmente, a aplicação sistemática destes indicadores aos cuidados oncológicos é rara e não se encontra formalmente estabelecida. No entanto, em 2020 foi lançada uma iniciativa nacional, no âmbito da qual profissionais de saúde motivados foram convidados a recolher dados de PROM junto de mulheres sujeitas às intervenções para o cancro da mama (cirurgia de conservação da mama, mastectomia ou reconstrução). Um estudo recente que aplica, em 10 hospitais públicos, o protocolo do grupo de trabalho do projeto PaRIS da OCDE para os PROM relativos ao cancro da mama, revelou que as pontuações de satisfação dos PROM relativas ao cancro da mama foram das mais elevadas numa amostra de regiões da OCDE (Coelho et al., 2023).

5.3 Custos e relação custo/benefício

Prevê-se que o ónus do cancro nas despesas de saúde seja menor em Portugal do que na UE

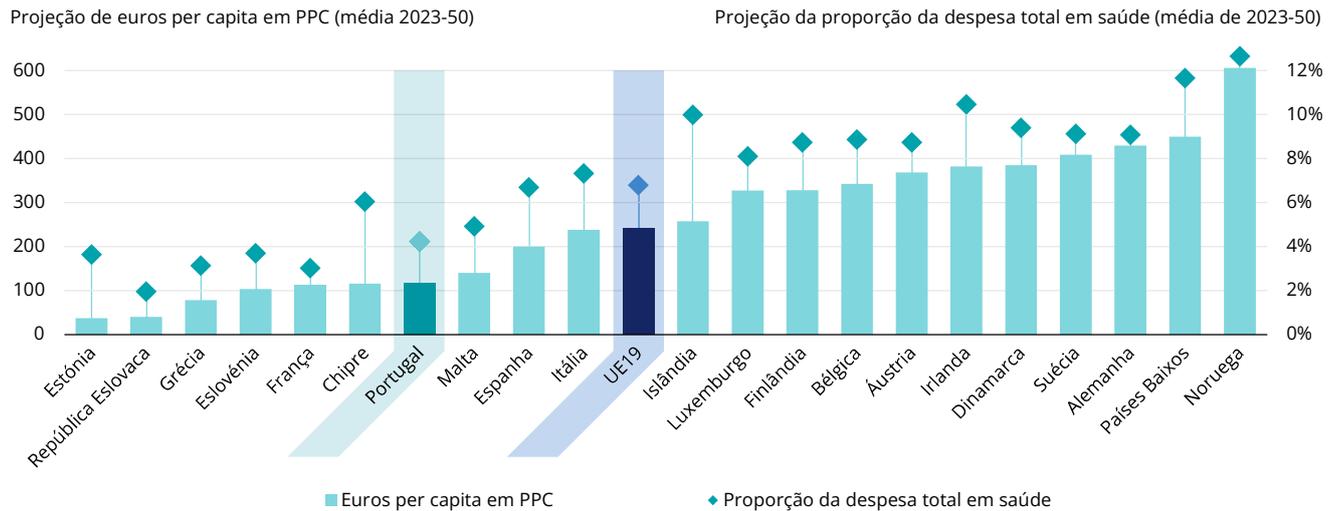
De acordo com o trabalho de modelização da SPHeP da OCDE, estima-se que em Portugal, entre 2023 e 2050, 4,2 % do total das despesas em saúde é devido ao ónus do cancro. Esta porção equivale a uma média de 117 EUR (PPC) por pessoa, por ano (Figura 16). Este valor fica muito abaixo da média da UE-19 (242 EUR). De um modo geral, as despesas de saúde per capita com cuidados oncológicos deverão aumentar 58 % em Portugal entre 2023 e 2050, face a um aumento de 59 % na UE-27.

Os produtos farmacêuticos representam uma parte significativa das despesas com cuidados oncológicos em Portugal. Em 2023, os hospitais do SNS afetaram pouco mais de 625 milhões de EUR apenas para medicamentos oncológicos, o que representa 32 % do total de despesa com fármacos, ou 4,2 % dos 14,86 mil milhões de EUR do orçamento anual do Estado para a saúde. Tal reflete um aumento notável de 16 % da despesa em comparação com 2022 (INFARMED, 2023). A questão do aumento dos custos com medicamentos oncológicos tem sido proeminente e foi posta em evidência, em maio de 2024, quando o Tribunal de Contas anulou dois contratos de compra de medicamentos oncológicos celebrados por um dos institutos oncológicos, devido a restrições orçamentais.

O trabalho de modelização da SPHeP da OCDE fornece mais informações sobre os custos indiretos do cancro. Em Portugal, prevê-se que entre 2023 e 2050 o cancro resulte, em média, na perda de 200 trabalhadores em equivalentes a tempo inteiro (ETC) por 100 000 pessoas, devido à redução do emprego. Este valor é superior à média da UE de 178 ETC por 100 000 pessoas, salientando o impacto significativo do cancro na participação no mercado de trabalho em Portugal. São também esperadas perdas anuais de 38 ETC por 100 000 pessoas devido ao absentismo e de 43 ETC por 100 000 pessoas por presentismo⁷ (valor idêntico à média da UE), o que representa uma perda substancial de produtividade atribuível aos efeitos do cancro nos trabalhadores.

⁷ Por presentismo entende-se a perda de produtividade que ocorre quando os trabalhadores não atingem o seu desempenho máximo no local de trabalho devido a uma doença, lesão ou outro problema de saúde.

Figura 16. Prevê-se que o cancro seja responsável por 4,2 % do total da despesa em saúde entre 2023 e 2050



Nota: A média da UE não é ponderada.

Fonte: OECD, «Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society», OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2024, DOI: <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Portugal dispõe de políticas que associam o desempenho dos cuidados oncológicos à atribuição de incentivos

No seu quadro operacional de 2024 para a contratualização dos cuidados de saúde primários (Direção Executiva do SNS, 2024), a Direção Executiva do SNS incluiu metas relativas ao rastreio do cancro do colo do útero e colorretal na lista de indicadores de desempenho. Estes indicadores determinam a concessão de incentivos financeiros individuais e institucionais. Adicionalmente, desde 2012 que o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) prevê incentivos financeiros à produção cirúrgica adicional, fora do horário normal de trabalho, a fim de reduzir os tempos de espera. No entanto, o plano de emergência para o SNS anunciou que o SIGIC será substituído por um novo sistema.

Vários hospitais criaram centros de responsabilidade integrados (CRI) centrados nos cuidados oncológicos, como o Centro de Mama do Hospital de São João e o centro para o cancro

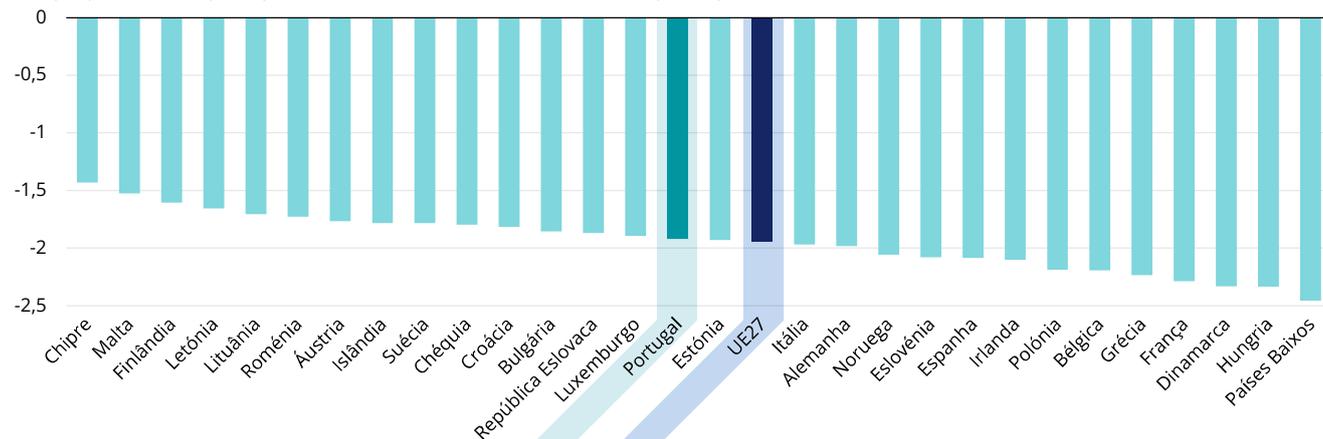
do esófago do Instituto Português de Oncologia de Coimbra. Os CRI são estruturas de gestão intermédia que contratualizam objetivos de desempenho associados a incentivos financeiros e não financeiros — tanto individuais como institucionais. Apesar dos potenciais benefícios, a criação de CRI para cuidados oncológicos não ocorreu de forma generalizada nos hospitais portugueses.

5.4 Bem-estar e qualidade de vida

Uma vez que a incidência do cancro deverá continuar a aumentar (ver secção 2), o seu impacto na saúde pública tornar-se-á cada vez mais significativo. De acordo com o trabalho de modelização da SPHeP da OCDE, entre 2023 e 2050, o cancro fará com que a esperança média de vida nacional diminua 1,9 anos, por comparação com um cenário sem cancro. Esta redução é semelhante à redução média da UE (Figura 17).

Figura 17. Entre 2023 e 2050, espera-se que o cancro reduza em quase dois anos a esperança de vida dos portugueses

Redução prevista da esperança de vida devido ao cancro, em anos (média para o período de 2023-50)



Nota: A média da UE não é ponderada.

Fonte: OECD, «Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society», OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2024, DOI: <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Portugal implementou políticas para ajudar doentes e cuidadores a fazer face ao impacto do cancro

Uma das mais notáveis medidas dos últimos anos é a emissão automática, para os doentes oncológicos, de um atestado médico de incapacidade multiuso com validade de cinco anos. Anteriormente, a obtenção deste documento podia demorar meses ou até anos e, por vezes, implicava o pagamento de taxas. O atestado proporciona aos titulares uma série de benefícios, incluindo uma redução do imposto sobre os rendimentos, redução dos impostos sobre os veículos de uso pessoal, condições favoráveis para a obtenção de hipotecas e transferências pecuniárias diretas para os agregados abaixo de um determinado limiar de rendimentos.

A prestação de apoio aos doentes oncológicos passa igualmente pelo apoio aos seus cuidadores, especialmente os informais. Em 2019, Portugal reconheceu os cuidadores informais; no final de 2023, este reconhecimento foi alargado de modo a incluir as pessoas sem grau de parentesco. A legislação aplicável aos cuidadores informais no país prevê transferências pecuniárias em determinadas condições. Há muito que estão em vigor medidas adicionais, como licenças de trabalho para pais de crianças com cancro e legislação laboral que protege os trabalhadores e permite horários de trabalho adaptados.

O Programa Nacional para as Doenças Oncológicas lançou recentemente um guia de recursos para os doentes centrado na literacia oncológica e na disponibilização de informação aos doentes sobre os seus direitos e os recursos disponíveis. Há muitos anos que Portugal presta gratuitamente serviços

de saúde reprodutiva a doentes oncológicos que procuram preservar a fertilidade.

Adicionalmente, o cancro tem um impacto substancial na saúde mental da população, através dos sintomas conexos e dos efeitos secundários dos tratamentos, bem como do impacto destes na vida quotidiana, nos papéis sociais e no trabalho. De acordo com o modelo da SPHeP da OCDE, Portugal registará a mais elevada taxa (padronizada pela idade) de novos casos de depressão devido ao cancro, com uma média anual de 31 por 100 000 pessoas entre 2023 e 2050, acima da média da UE de 17 por 100 000 pessoas. O SNS tem vindo a trabalhar no sentido de aumentar a sua capacidade na área da saúde mental, embora este esforço não se centre exclusivamente no cancro. Em 2023, foram realizados mais de 2,2 milhões de consultas de psicologia no SNS, o que representa um aumento de 27 % em relação aos 1,8 milhões de consultas em 2018 (Ministério da Saúde, 2024a). O plano de emergência para o SNS anunciou a contratação urgente de mais 100 psicólogos.

A reabilitação é outro elemento crucial dos cuidados oncológicos. Em Portugal, a reabilitação para todas as patologias é organizada sob a alçada da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta rede é composta por quatro tipos de unidades que prestam cuidados domiciliários e em regime de internamento até 30 dias, entre 30 e 90 dias e durante mais de 90 dias. Enquanto os cuidados domiciliários e os prestados nas unidades de convalescença (até 30 dias) são gratuitos, os restantes cuidados são comparticipados em função dos rendimentos dos doentes. No final de 2022, a RNCCI tinha uma capacidade contratada de 15 269 doentes para todas as patologias, com a maioria dos doentes a receber

cuidados domiciliários (5 690) (ERS, 2024b). No final do primeiro trimestre de 2024, encontravam-se na lista de espera 2 338 doentes, principalmente para unidades de longa duração (Ministério da Saúde, 2024a).

A RNCCI parece ter uma ampla cobertura geográfica, com mais de 90 % da população a residir a menos de 60 minutos de uma unidade e apenas 9 % a 22 % a residir a mais de 30 minutos, consoante o tipo de unidade. Contudo, existem disparidades regionais significativas ao nível da oferta e dos tempos de espera. Portugal integrou também outros elementos de reabilitação do cancro no seu sistema de saúde, como a cirurgia de reconstrução da mama e a colocação de próteses para reabilitação oral de doentes sujeitos a tratamentos para câncros da cabeça e pescoço.

Em Portugal, os cuidados paliativos estão a evoluir rapidamente, mas desafios persistem

Portugal dispõe de uma rede de cuidados paliativos bem desenvolvida e integrada, financiada pelo orçamento do SNS e disponibilizada gratuitamente aos doentes que dela necessitam. No final de 2022, existiam 245 camas de cuidados paliativos em hospitais e 169 camas suplementares na RNCCI, distribuídas pelas regiões de saúde de Portugal continental. Apenas dois dos 46 hospitais públicos não dispunham de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos e não davam consultas a doentes externos. Existiam ainda 12 equipas de suporte em cuidados paliativos pediátricos. Nos cuidados de saúde primários, existiam 27 equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos e oito equipas domiciliárias de suporte em cuidados paliativos.

O Observatório Português dos Cuidados Paliativos destacou vários desafios no seu último relatório. Existem poucas equipas com médicos a trabalhar a tempo inteiro na área dos cuidados paliativos e os níveis de especialização são baixos entre os médicos (40 %) e os enfermeiros (10 %), o que pode comprometer a qualidade e a diferenciação do serviço. O relatório identificou igualmente disparidades geográficas na cobertura dos cuidados paliativos à escala nacional. Com base nos resultados de um inquérito, estimou uma escassez, em ETC, de 39 médicos, 246 enfermeiros, 19 psicólogos e 18 assistentes sociais em 2022.

Nos últimos anos, os cuidados paliativos têm sido uma prioridade, tendo resultado em várias alterações consideráveis. O novo Plano Estratégico para os Cuidados Paliativos para 2023-24 (Silva et al., 2023), lançado em dezembro de 2023, introduziu requisitos mínimos de formação para todos os grupos profissionais na área dos cuidados paliativos, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. O plano estabeleceu também um conjunto de indicadores de qualidade para avaliar as unidades de cuidados paliativos e definiu, para cada grupo profissional, rácios mínimos de pessoal em função do número de camas de cuidados paliativos ou da densidade populacional. Além disso, a Direção Executiva do SNS reorganizou os serviços de cuidados paliativos, em consonância com a integração dos cuidados de saúde primários e hospitalares nas unidades locais de saúde de todo o país. No âmbito deste processo, foram propostos vários indicadores de desempenho, incluindo a garantia de um tempo médio para a primeira consulta de cuidados paliativos inferior a 20 dias.

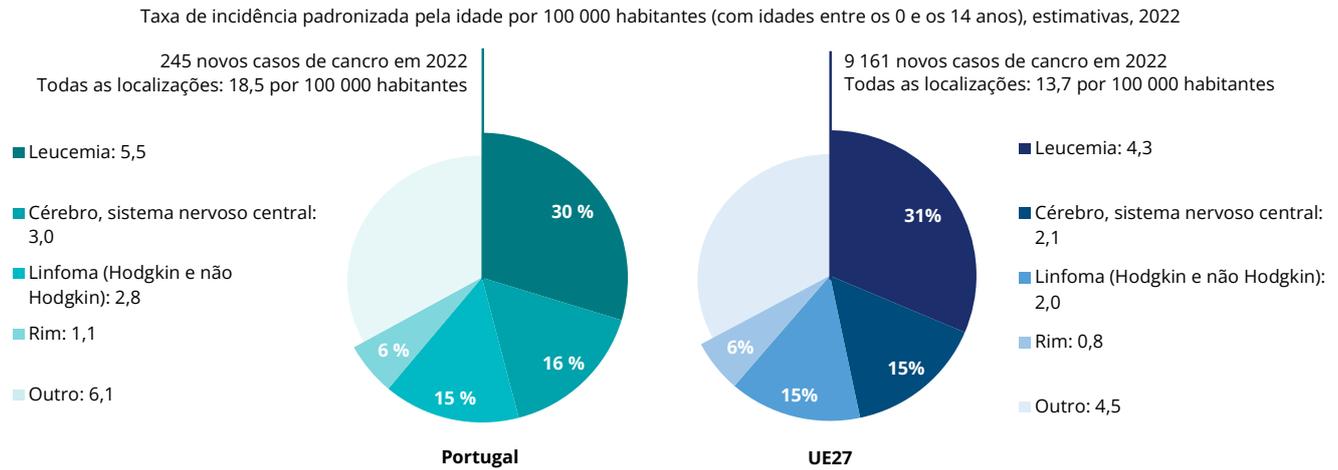
6. Destaque para o cancro pediátrico

De acordo com o ECIS, estima-se que, em 2022, tenha sido diagnosticado cancro a 245 crianças e adolescentes até aos 15 anos em Portugal. Em 2022, a taxa de incidência de cancro em Portugal para a faixa etária dos 0-14 anos foi estimada em 19 casos por 100 000 crianças. Esta é a taxa de incidência mais elevada entre os países da UE+2, e fica consideravelmente acima da média da UE de 14 casos por 100 000 crianças (Figura 18). À semelhança do que acontece na UE, em Portugal a taxa de incidência dos rapazes é ligeiramente superior à das raparigas, e ambas essas taxas são,

aproximadamente, 30 % superiores à média da UE. Os grupos oncológicos mais comuns são as leucemias (6 casos por 100 000 crianças, 30 %), os câncros do cérebro e do sistema nervoso central (3 casos por 100 000, 16 %), os linfomas (3 casos por 100 000, 15 %) e o cancro dos rins (1 caso por 100 000, 6 %).

Os dados do Eurostat mostram que as taxas de mortalidade também são mais elevadas em Portugal, com uma média a 3 anos da taxa de mortalidade padronizada pela idade de 2,6 por 100 000 crianças, face a uma taxa da UE de 2,1.

Figura 18. Em Portugal, a incidência do cancro entre as crianças é a mais elevada dos países da UE+2



Notas: As estimativas de 2022 baseiam-se em tendências de incidência de anos anteriores e podem não corresponder às taxas observadas nos últimos anos. «Todas as localizações» inclui todas as localizações de cancro, exceto o cancro da pele não melanoma. Fonte: Sistema Europeu de Informação sobre o Cancro (ECIS), para a incidência do cancro. A partir de <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, consultado em 10.3.2024. © União Europeia, 2024.

De acordo com o projeto Organisation of Care & rEsearch for children with cANcer in Europe (OCEAN) da Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica (SIOPE), Portugal organiza a prestação de cuidados oncológicos pediátricos em torno de quatro instituições (SIOPE, 2024). Duas situam-se em institutos nacionais de oncologia (em Lisboa e no Porto) e duas em centros hospitalares universitários (em Coimbra e no Hospital de São João).

Em Portugal, doze das treze modalidades de infraestrutura e tratamento, incluindo quimioterapia, transplante de células estaminais, radioterapia e cuidados paliativos, estão disponíveis para doentes oncológicos em idade pediátrica. Embora a protonterapia ainda não esteja disponível no país (ver secção 5.1), o Governo assegura que os doentes que necessitam deste

tratamento o recebem em países como a Espanha ou a Dinamarca.

Apesar da elevada taxa de incidência de cancro pediátrico em Portugal, a quantidade de investigação realizada a nível nacional é relativamente reduzida.

Em 2018, 84 % dos 68 medicamentos identificados como essenciais para o tratamento do cancro em doentes com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos estavam disponíveis em Portugal, em comparação com uma média de 76 % na UE (Vassal et al., 2021). Contudo, entre 2010 e 2022, Portugal registou apenas 22 ensaios clínicos com crianças e jovens, o que representa 5 % dos 436 ensaios realizados a nível europeu durante este período. Este valor é significativamente inferior ao de países com uma dimensão populacional semelhante, como a República Checa (14 %) (SIOPE, 2024).

Referências

Coelho, A. et al. (2023), «Patient-reported outcomes and experiences assessment in women with breast cancer: Portuguese case study», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 20, n.º 4, artigo 2931, doi:10.3390/ijerph20042931.

Comissão Europeia (2024), *Fichas informativas por país 2024 — Portugal*, Bruxelas.

De Angelis, R. et al (2024), «Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCARE-6): a population-based study», *Lancet Oncology*, vol. 25, n.º 3, p. 293-307, doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0.

Direção Executiva do SNS (2024), *Operacionalização da Contratualização Interna nos Cuidados de Saúde Primários para 2024*, Lisboa.

Direção-Geral da Saúde (2022), *Recursos do SNS em Oncologia, Inquérito 2021*, Lisboa.

Direção-Geral da Saúde (2024), *Relatório de Síntese Anual da Vacinação 2024*, Lisboa.

Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2024a), *Tempos de Espera no Serviço Nacional de Saúde no 2.º Semestre de 2023*, Lisboa, https://www.ers.pt/pt/flipbooks/im_temposdespera_sns/#flipbook-df_manual_book/8/.

Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2024b), *Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) — Informação De Monitorização*, Lisboa.

Ferreira, A. et al. (2024), *Os Profissionais do SNS — Retrato e Evolução*, Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública, Lisboa.

HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2021), *International report on the methodology, results and recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019 2021 (HLS19) of M-POHL*, Austrian National Public Health Institute, Viena.

INFARMED (2023), *Meio Hospitalar – Monitorização do Consumo de Medicamentos*, Lisboa.

Lunet, N. et al. (2023), *Identificação de barreiras e de facilitadores da implementação e otimização dos programas de rastreio oncológico*, Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), Porto.

Ministério da Saúde (2023), *Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, Horizonte 2030*, Lisboa.

Ministério da Saúde (2024a), *Portal da Transferência — SNS*, <https://www.sns.gov.pt/transparencia/>; consultado em 10.6.2024.

Ministério da Saúde (2024b), *Plano de Emergência da Saúde — Um Plano de Emergência e Transformação*, Lisboa.

Observatório Português dos Cuidados Paliativos (2024), *Relatório de Outono 2023*, Faculdade de Ciências de Saúde e Enfermagem — Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

OECD (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, Paris, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (2023), *Avaliação e Monitorização dos Rastreamentos Oncológicos de Base Populacional, 2022 — Portugal*, Direção-Geral da Saúde, Lisboa.

Silva, R. et al. (2023), *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental — Biénio 2023-2024*, Direção Executiva do SNS, Lisboa.

SIOPE (2024), *Childhood cancer country profile: Portugal*, SIOP Europe, Bruxelas, <https://siope.eu/media/documents/ocean-projectportugal.pdf>.

Vassal, G. et al. (2021), «Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe», *Annals of Oncology*, vol. 32, n.º 4, p. 560-568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

Abreviaturas 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		

Perfis do cancro por país 2025

O Registo Europeu das Desigualdades no Domínio do Cancro é uma iniciativa emblemática do Plano Europeu de Luta contra o Cancro. Fornece dados sólidos e fiáveis sobre a prevenção e os cuidados oncológicos para identificar tendências, disparidades e desigualdades entre os Estados-Membros e as regiões. O registo contém um sítio Web e uma ferramenta de dados desenvolvida pelo Centro Comum de Investigação da Comissão Europeia (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), uma série alternada de perfis bienais do cancro por país e um relatório global sobre as desigualdades no domínio do cancro na Europa.

Os perfis do cancro por país identificam pontos fortes, desafios e domínios de ação específicos para cada um dos 27 Estados-Membros da UE, a Islândia e a Noruega, a fim de orientar o investimento e as intervenções a nível da UE, nacional e regional no âmbito do Plano Europeu de Luta contra o Cancro. O Registo Europeu das Desigualdades no Domínio do Cancro apoia igualmente

a iniciativa emblemática 1 do Plano de Ação para a Poluição Zero.

Os perfis são da autoria da OCDE em cooperação com a Comissão Europeia. A equipa agradece as valiosas observações e sugestões apresentadas pelos peritos nacionais, pelo Comité da Saúde da OCDE e pelo Grupo Temático de Trabalho da UE sobre o Registo das Desigualdades no Domínio do Cancro.

Cada perfil do cancro por país apresenta uma breve síntese dos seguintes aspetos:

- o ónus do cancro a nível nacional
- os fatores de risco de cancro, colocando a tónica nos fatores de risco comportamentais e ambientais
- os programas de deteção precoce
- o desempenho dos cuidados oncológicos, colocando a tónica na acessibilidade, na qualidade dos cuidados, nos custos e na qualidade de vida

A presente publicação deve ser citada da seguinte forma:

OECD/European Commission (2025), Perfil do cancro por país da UE: Portugal 2025, Perfis do cancro por país da UE, Publicações da OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/ffdcd7a9-pt>.

Originalmente publicado em inglês com o título: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Portugal 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/46c3a9e0-en>.

Em caso de qualquer discrepância, apenas o texto da versão em inglês deve ser considerado válido.

© OECD/European Union 2025 para esta edição portuguesa.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

Attribution – you must cite the work.

Translations – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

Adaptations – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD or of its Member countries or of the European Union.*

Third-party material – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.

