# SAÚDE

## Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde

### Despacho n.º 13227/2023

*Sumário:* Aprova a Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, Horizonte 2030.

As doenças oncológicas representam a principal causa de morte prematura em Portugal e também para a perda de anos de vida saudável, tendência igualmente verificada no resto da Europa.

São vários os determinantes em saúde, fatores e comportamentos individuais e sociais que aumentam o risco de cancro. O envelhecimento da população acompanhada de um aumento gradual da carga de doença (morbilidade e multimorbilidade), o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, a alimentação desequilibrada, o sedentarismo, a obesidade, entre outros, são fatores que concorrem para o aumento da incidência de cancro ao longo da vida.

A promoção de uma política de saúde dirigida às doenças oncológicas implica o alinhamento dos instrumentos nacionais e internacionais com vista a garantir uma cobertura universal de saúde, melhorando o acesso ao diagnóstico e tratamento, bem como, cuidados de saúde adequados e atempados, de forma a aumentar, significativamente, o número e a qualidade de vida dos sobreviventes.

No Programa do XXIII Governo Constitucional, assume-se o compromisso de um SNS mais justo e inclusivo que responda melhor às necessidades da população, tendo como uma das prioridades, a disponibilização a toda a população elegível de medidas de prevenção da doença, diagnóstico e tratamento precoces dos rastreios oncológicos de base populacional, sendo uma importante ferramenta para reduzir a morbilidade e mortalidade associadas.

O Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030) estabelece como horizonte fundamental a mobilização de meios e reforço de medidas de redução das mortes preveníveis e prematuras, muito em particular relacionadas com o cancro.

Neste contexto, a Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030 (ENLCC 2030) apresenta 4 pilares fundamentais: Prevenção; Deteção Precoce; Diagnóstico e Tratamento e Sobreviventes. Definindo-se como principais objetivos a redução da incidência das neoplasias potencialmente evitáveis, a melhoria da sobrevivência e da qualidade de vida dos doentes, a otimização das estratégias de diagnóstico precoce, o aumento da equidade no acesso a cuidados de saúde, o apoio à reinserção social e profissional de sobreviventes e o apoio aos cuidadores.

A ENLCC 2030 encontra-se alinhada com a Agenda de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas para 2030 e com o Plano Europeu de Luta contra o Cancro — *Europe's Beating Cancer Plan* (EBCP) —, da Comissão Europeia, que constitui um compromisso político comunitário essencial para reduzir o impacto do cancro para os doentes, para as suas famílias e para os serviços de saúde. Constituindo, igualmente, uma nova abordagem para reduzir as desigualdades relacionadas com o cancro, aumentar a cobertura territorial e populacional dos rastreios, colocando o foco na deteção precoce.

A elaboração desta Estratégia foi assegurada pela Direção-Geral da Saúde (DGS), através do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (PNDO), em colaboração com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF), o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT), o Programa Nacional para as Hepatites Virais (PNHV), o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE SNS, I. P.), a Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (CNPSM) e a Agência Portuguesa do Ambiente, I. P. (APA, I. P.). Ao nível metodológico e procedimental consistiu num processo de longa reflexão, transparente e largamente participado, tendo sido submetido a consulta pública entre 30 de junho e 29 de julho de 2022.

Assim, nos termos do n.º 1 do artigo 25.º do Decreto-Lei n.º 32/2022, de 9 de maio, na sua redação atual, e no uso da competência delegada na alínea *a*) do n.º 1 do Despacho n.º 12167/2022, do Ministro da Saúde, publicado no *Diário da República,* 2.ª série, n.º 201, de 18 de outubro de 2022, determino:

1 — Aprovar a Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030, que consta do anexo ao presente despacho e dele faz parte integrante.

2 — O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

7 de dezembro de 2023. — A Secretária de Estado da Promoção da Saúde, *Margarida Fernandes Tavares.*

ANEXO

**Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030**

**Sumário Executivo**

O cancro é uma das principais prioridades nacionais para os próximos anos, em Portugal e na União Europeia (UE), com o objetivo de diminuir a mortalidade dos doentes oncológicos e aumentar a qualidade de vida dos doentes e sobreviventes. A otimização dos recursos disponíveis no Sistema de Saúde poderá garantir equidade no acesso, em todo o território nacional, em todas as dimensões de cuidados em saúde: desde a prevenção ao rastreio; ao diagnóstico e terapêutica, incluindo a promoção da investigação clínica, e os cuidados aos sobreviventes.

O Programa Nacional para as Doenças Oncológicas apresenta a Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro com o horizonte 2030, que tem como objetivos promover a redução da incidência das neoplasias potencialmente evitáveis, pelo reforço das intervenções multissetoriais necessárias à mitigação do risco de exposição a oncogénios e à promoção de estilos de vida mais saudáveis; a melhoria da sobrevivência e da qualidade de vida dos doentes, pela otimização das estratégias de diagnóstico precoce, pela constituição de uma rede nacional de referenciação em oncologia, que alavanque os recursos instalados e permita a identificação das necessidades de investimento para aumentar a equidade no acesso às prestações de saúde, num contexto de proximidade de cuidados; bem como o apoio à reinserção social e profissional de sobreviventes e o apoio aos cuidadores.

Os objetivos específicos desta Estratégia são concretizados em função de quatro pilares de ação estratégica: o Pilar da Prevenção, o Pilar da Deteção Precoce; o Pilar do Diagnóstico e Tratamento e o Pilar dos Sobreviventes. Definem-se os objetivos e as ações específicas a promover, bem como uma proposta de Plano de Governança.

**1 — Contexto**

A incidência e a prevalência das doenças oncológicas têm aumentado, em Portugal e no Mundo. Em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 18,1 milhões o número de novos casos de cancro em todo o Mundo([1]). De acordo com os dados do Registo Oncológico Nacional, nesse mesmo ano, foram diagnosticados 50.151 novos casos em Portugal([2]) e em 2019 foram diagnosticados 57.878 novos casos([3]). Os principais determinantes para a incidência são o envelhecimento da população; a maior exposição a oncogénios, sejam ambientais, como o tabaco, o álcool e a poluição, sejam víricos, como os vírus do papiloma humano ou das hepatites. Contribui, igualmente, para o padrão descrito a adoção generalizada pela população ocidental de estilos de vida mais sedentários, com menor prática de atividade física, bem como dietas alimentares pobres em hortofrutícolas e fibras. O aumento da prevalência resulta da evolução da incidência, do rastreio, da melhoria da eficácia das terapêuticas antineoplásicas e consequente aumento da probabilidade de cura e do tempo de sobrevivência em situações de doença mais avançada.

Em Portugal, as doenças oncológicas encontram-se entre as principais causas de morte dos portugueses, responsáveis por cerca de 25 % dos óbitos em 2019 (total de 28.464 óbitos), apesar de uma relativa estabilidade na taxa de mortalidade padronizada para a idade e sexo (população padrão Europeia (*(International Agency for Research on Cancer* (IARC), Lyon 1976) definida pela Organização Mundial de Saúde), entre 2002 e 2017. Na análise da evolução das taxas de mortalidade padronizada, verifica-se que as doenças oncológicas são a causa mais frequente, desde 2015, ultrapassando as doenças cardiovasculares (Figura 1). Esta inversão das duas principais causas de morte em Portugal é mais marcada no sexo masculino o que se justificará por diversos motivos: *i*) maior incidência de neoplasias no homem, *ii*) distribuição relativa dos principais diagnósticos oncológicos e respetiva mortalidade específica, *iii*) eficácia das estratégias de saúde pública de mitigação de risco para patologias cardiovasculares, *iv*) a eficácia das intervenções terapêuticas na área cardiovascular.

As neoplasias malignas são a principal causa de anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) em Portugal, o que realça o impacto social destas patologias (Figura 2). De entre os diferentes diagnósticos oncológicos, as principais causas de morte são as neoplasias do pulmão (17 % dos

óbitos por cancro), do cólon (9 % dos óbitos por cancro), do estômago (8 % dos óbitos por cancro), da mama e da próstata (7 % dos óbitos por cancro, cada), bem como as neoplasias malignas hematológicas (9 % dos óbitos por cancro). A doença oncológica representa igualmente a principal causa de anos potenciais de vida perdida por neoplasias malignas (Figura 2).

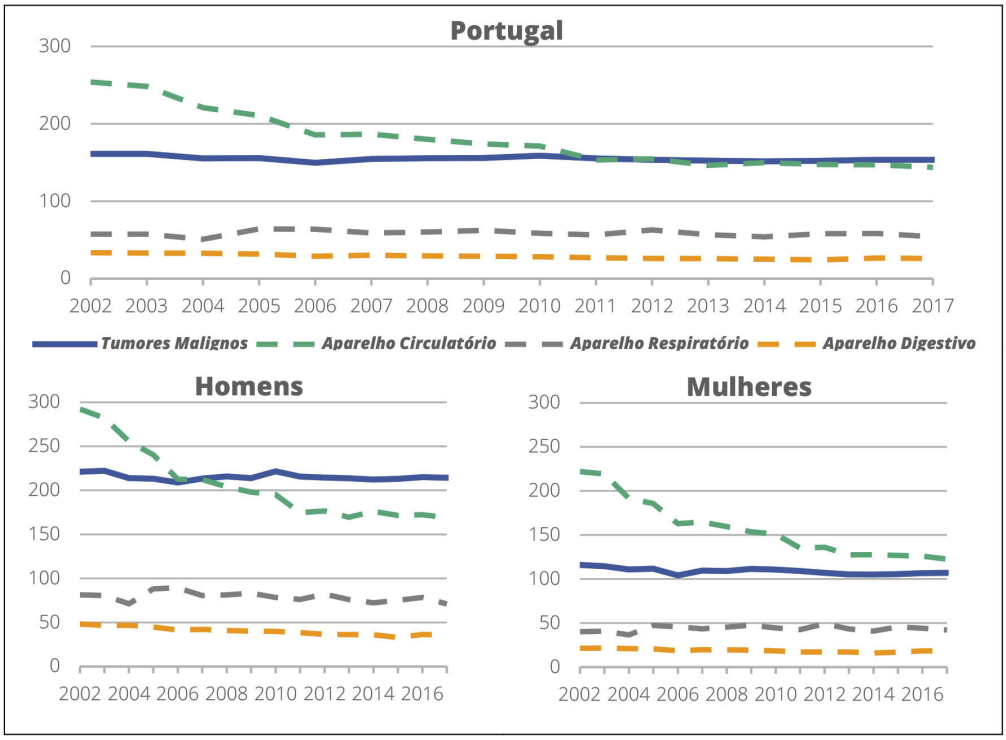


Figura 1: Taxa de Mortalidade Padronizada, para idade e sexo (população padrão Europeia, IARC, Lyon 1976) por 100.000 habitantes, causas de morte selecionadas — Portugal (fonte: INE).

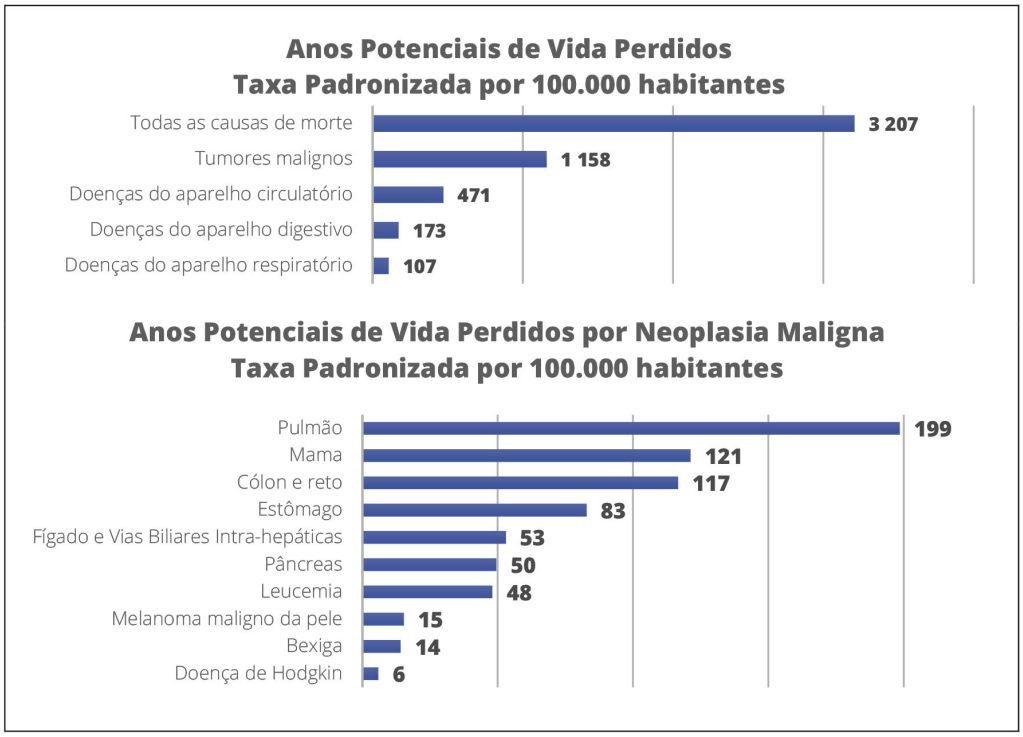


Figura 2: Taxa Padronizada, para idade e sexo (população padrão Europeia, IARC, Lyon 1976) de Anos de Vida Potenciais Perdidos por Causas de Morte Selecionadas, Portugal Continental | 2019 (Fonte: INE).

Os 57.878 novos casos de cancro diagnosticados em Portugal em 2019 corresponderam a um incremento de 11.154 novos casos em comparação com o ano de 2010. As neoplasias mais frequentemente identificadas foram o cancro da mama, do cólon e reto, da próstata, do pulmão e o cancro do estômago (Figura 3). De entre as 10 causas mais frequentes de cancro, três estão fortemente associadas ao consumo de tabaco e são responsáveis por 1 em cada 6 diagnósticos (cancro do pulmão, da bexiga e do pâncreas), outras duas, apesar de disporem de programas de rastreio de base populacional são responsáveis por 1 em cada 3 novos diagnósticos anuais (cancro da mama e cancro do cólon e reto).

O desenho de políticas públicas eficientes para a mitigação do cancro depende da compreensão dos seus determinantes modificáveis. A evidência prévia sugere que o consumo do tabaco, o consumo do álcool, o excesso de peso e a obesidade, o sedentarismo, a dieta inadequada e a elevada exposição a radiação ultravioleta são os principais determinantes modificáveis. A título de exemplo, nos homens, as proporções dos casos evitáveis pela eliminação de uma determinada exposição (frações atribuíveis populacionais — FAP) concretamente a eliminação da exposição ao fumo do tabaco permitiriam alcançar uma redução de 81 % no cancro do pulmão, 75 % no cancro da laringe, 51 % no cancro do esófago e 50 % no cancro da cavidade oral e faringe. No caso das mulheres, as FAP mais elevadas dependem da eliminação da exposição ao tabaco e possibilitariam alcançar uma redução de 62 % no cancro da laringe e 58 % no cancro do pulmão; e o aumento do aporte de fruta permitiria uma redução de 42 % no cancro da cavidade oral/faringe([4]).

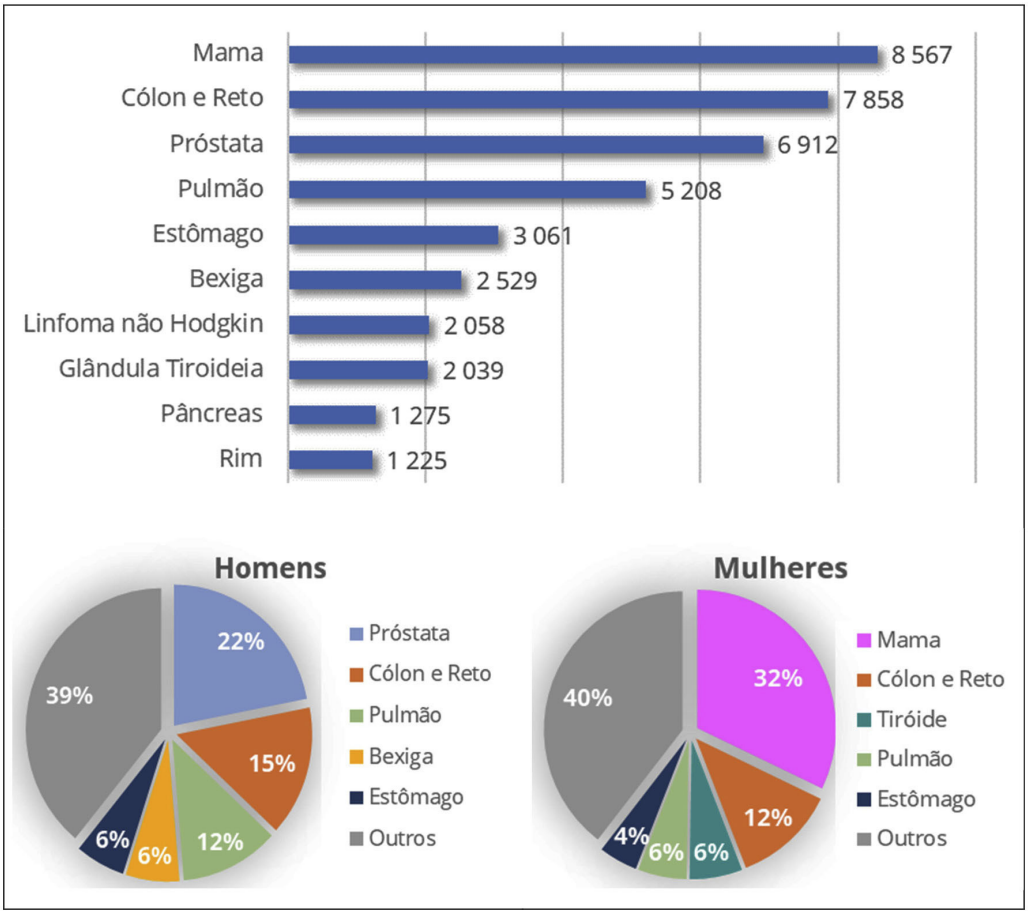


Figura 3: Principais localizações de cancros em Portugal, excluídas neoplasias cutâneas não melanoma (Fonte: RON 2019).

Assim, dada a relevância epidemiológica do cancro, o rápido desenvolvimento científico e tecnológico, na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas, é imperativo capacitar Portugal para acompanhar esta evolução, a melhorar a qualidade da sua ação junto dos

utentes em risco, dos doentes e dos sobreviventes, sem descurar o apoio aos cuidadores e familiares. Será igualmente necessário promover políticas multissetoriais que fomentem a evolução para uma sociedade onde os determinantes modificáveis de cancro sejam cada vez menores, e assim reduzir a sua incidência.

**2 — Governança**

A Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro para o horizonte a 2030 será integrada no Plano Nacional de Saúde e foi alinhada com o Plano Europeu de Luta contra o Cancro (EBCP), centrada no cidadão e estruturada em 4 pilares: Prevenção; Rastreio/Deteção Precoce; Diagnóstico e Tratamento e Sobreviventes (ver Figura 4).

Figura 4: Pilares Estratégicos da Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030

A governança da Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030 pretende:

Acompanhar a concretização da Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, pela monitorização da sua implementação, garantindo o atingimento das metas definidas e a sua adaptação sempre que necessária;

Promover a autonomia e responsabilização das diferentes entidades liderantes de cada um dos níveis de governança, com vista à simplificação de processo e agilização de tomadas de decisão;

Promover o suporte interdisciplinar de cada uma das ações propostas, para assegurar uma efetiva articulação das iniciativas previstas com outras áreas governativas e instituições, com o Plano Nacional de Saúde, assim como, com outros parceiros que venham a ser identificados;

Mobilizar todos os agentes envolvidos na luta contra o cancro.

Com vista à concretização da Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro 2021-2030 são definidos quatro níveis de Governança/Responsabilidade, com vista à operacionalização de quatro pilares estratégicos essenciais que enquadram todas as medidas a implementar.

**Nível I: Político-Legislativo**

O Ministério da Saúde, é responsável pela definição das prioridades políticas na área da resposta às doenças oncológicas, desenvolvimento e aprovação de instrumentos legislativos essenciais à implementação das suas prioridades e alocação de recursos, em colaboração com outras áreas governativas. A colaboração intersetorial é essencial e determinante para implementar as mudanças jurídicas e organizacionais necessárias à concretização dos objetivos delineados

no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença e da recuperação, integração e suporte do doente oncológico. O envolvimento precoce e continuado destes intervenientes é fundamental para que possam ser alcançados os objetivos ambiciosos da Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030.

**Nível II: Técnico-Normativo**

A Direção-Geral da Saúde, através dos seus diferentes Programas Prioritários e departamentos é responsável pela sustentação científica das prioridades definidas politicamente, nomeadamente, através da publicação de normas e diretivas clínicas/científicas que orientem os trabalhos no contexto da prestação de cuidados de saúde. A Direção-Geral da Saúde é autónoma para envolver outras entidades essenciais à prossecução das suas responsabilidades, assim como de propor a criação de Grupos de Trabalho temáticos neste contexto.

**Nível III: Operacional**

A Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE-SNS), implementa o normativo e as prioridades políticas. No âmbito da sua orgânica, a DE-SNS assegura, em conjunto com a DGS, a ACSS e os SPMS, a coordenação operacional de todas as atividades clínicas e logísticas conducentes à implementação da presente estratégia. A DE-SNS pode envolver outras entidades essenciais à prossecução das suas responsabilidades, assim como de propor a criação de Grupos de Trabalho temáticos neste contexto.

**Nível IV: Monitorização**

O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., no contexto da sua missão de avaliação dos resultados das políticas, e programas de saúde do Ministério da Saúde articula com a Coordenação da Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, com vista ao desenvolvimento autónomo e imparcial de estudos de avaliação regular do impacto das políticas de saúde em implementação. A DE-SNS garante a recolha e partilha de indicadores de impacto e execução das medidas previstas na presente estratégia, auscultada a Comissão Executiva da Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro.

Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS), prestam suporte às entidades responsáveis pela prossecução de cada um dos níveis de Responsabilidade/Governança elencados anteriormente, nomeadamente no que concerne ao desenvolvimento e adequação de sistema de informação e à aquisição centralizada de bens e serviços essenciais à concretização da presente estratégia.

A Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), é responsável pelo financiamento das instituições essenciais à prossecução da presente estratégia, devendo adequar as respetivas prioridades de contratualização com vista à viabilização da implementação da presente estratégia.

Os quatro pilares estratégicos essenciais à concretização da presente estratégia destacam-se seguidamente:

1 — Pilar da Prevenção
2 — Pilar da Deteção Precoce
3 — Pilar do Diagnóstico e Tratamento
4 — Pilar dos Sobreviventes

Os objetivos e as ações delineadas para cada um dos pilares estratégicos são contextualizados nos capítulos subsequentes.

A Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030 é coordenada por uma Comissão Executiva liderada pelo Diretor do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas onde estão representadas todas as instituições encarregues por cada um dos diferentes níveis de Governança/Responsabilidade, assim como as instituições de suporte transversal às mesmas e representantes da sociedade civil.

Auscultados os seus membros, a Comissão Executiva valida e/ou propõe a criação de Grupos de Trabalho essenciais ao exercício das responsabilidades inerentes a cada nível de Governança, assim como à implementação das medidas enquadradas em cada um dos 4 pilares estratégicos de atuação.

Cabe à Comissão Executiva analisar informação essencial à monitorização da implementação da presente estratégia e consensualizar eventuais adaptações que se venham a demonstrar necessárias.

No contexto da prossecução das suas funções a Comissão Executiva:

Realiza reuniões de trabalho regulares, com vista a acompanhar e assegurar a efetiva implementação desta estratégia. Serão igualmente organizadas reuniões com os vários grupos de trabalho, de modo a acompanhar as suas atividades.

Articula com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., a publicação de um relatório anual, a apresentar ao Ministério da Saúde, com os principais resultados da implementação da estratégia e os desafios operacionais.

2.1 — Comissão Executiva

A Comissão Executiva da Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro 2030, será constituída por sete elementos e liderada pelo Diretor do Programa Nacional para as Doenças Oncológicos e incluirá representantes a nomear pela Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS), elemento designado pelo Membro do governo com a pasta da Ciência, Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB) e dois representantes das associações de doente a ser definido, por estas, de entre as Associações de Doentes registadas em Portugal.

2.2 — Grupos de Trabalho

O Plano de Governança da Estratégia Nacional para a Luta contra o Cancro prevê a constituição de grupos de trabalho constituídos de acordo com os pilares estratégicos e seus objetivos mediante decisão da Comissão Executiva do Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030.

Cada grupo de trabalho poderá envolver atores dos setores sociais e do estado, cuja atividade ou conhecimento se considerem essenciais para o sucesso das ações a implementar de modo que se alcancem os objetivos estratégicos.

**3 — Pilar da Prevenção**

A prevenção das doenças oncológicas depende de políticas que influenciem e promovam ações tendentes à melhoria das condições de vida e de estilos de vida mais saudáveis das populações.

Neste âmbito inclui-se a regulação e limitação da exposição a agentes oncogénicos, sejam eles biológicos, por intermédio da vacinação ou da terapêutica, ou ambientais, por intermédio de políticas de controlo da exposição social ou laboral.

Portugal dispõe de políticas eficientes para a prevenção da exposição a agentes oncogénicos biológicos. A robustez e a amplitude do Programa Nacional de Vacinação e do Programa Nacional para as Hepatites Virais são publicamente reconhecidas.

As atuais políticas de prevenção de exposição a oncogénios ambientais não promovem a igualdade de tratamento jurídico ou regulamentar de carcinogénios com um mesmo nível de risco.

As políticas de controlo da prevenção do tabagismo têm tido sucesso na redução significativa do consumo e verifica-se uma prevalência de consumo de tabaco inferior à média europeia, apesar de ainda distante do objetivo de médio prazo. Contudo, se confrontadas as políticas implementadas para promover a redução da exposição ao tabaco, com as atualmente existentes para as restantes substâncias oncogénicas, verifica-se inconsistência das mesmas.

Neste contexto, considerou-se necessária a criação de um grupo de trabalho para identificar, propor e monitorizar as ações necessárias ao sucesso da prevenção da exposição ambiental a substâncias oncogénicas.

No que diz respeito à promoção de estilos de vida mais saudáveis, essenciais para a redução da incidência de cancro, o principal mecanismo de intervenção tem sido o Plano Nacional de Saúde. Num âmbito de intervenção mais lato, na medida em que se associam à diminuição de todas as doenças crónicas não transmissíveis, a gestão destas intervenções tem sido assumida pelos Programas Prioritários para Alimentação Saudável e para Atividade Física. Todavia, importa salientar a necessidade de reforçar a intervenção nestas áreas para que os benefícios em saúde a promover pela presente Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro sejam mais sustentadas e sustentáveis a longo prazo.

3.1 — Áreas de Intervenção Estratégica

**3.1.1 — Controlo do Consumo de Tabaco**

3.1.1.1 — Contexto

O consumo de tabaco é o principal fator de risco para doença oncológica, sendo responsável por 1/5 dos casos e 1/3 das mortes por cancro. O consumo de tabaco aumenta o risco de pelo menos 17 tipos de cancro. Em Portugal, 17,0 % da população com 15 ou mais anos é fumadora, dos quais 14,2 % são fumadores diários. O consumo regular de tabaco registava um rácio de 2,0 homens por cada mulher.

A UE estima que 25 % da população europeia consome produtos relacionados com o tabaco. Em Portugal, de acordo com dados do último Inquérito Nacional de Saúde em 2019, 17 % da população com 15 ou mais anos era consumidora de produtos de tabaco, incluindo cigarros de tabaco aquecido (23,9 % homens e 10,9 % mulheres).

As iniciativas do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, instituído em 2012, obtiveram uma redução de cerca de 270 mil fumadores na população portuguesa entre 2014 e 2019. Ainda assim, mais de 1,3 milhões de portugueses fumam diariamente.

A redução do consumo de tabaco é essencial para melhorar o estado de saúde da população, não apenas em relação às doenças oncológicas, mas também em relação às doenças respiratórias, cerebrovasculares, cardiovasculares e à diabetes *mellitus*.

A UE considera importante alcançar uma prevalência de consumo de tabaco de 20 % em 2025 e de 5 % em 2040.

3.1.1.2 — Objetivos Nacionais

Reduzir a prevalência de consumo de tabaco na população com mais de 15 anos de 17 %, em 2019, para um valor:

— Inferior a 14 % em 2025;
— Inferior a 10 % em 2030.

3.1.1.3 — Estratégias Nacionais

Garantir a plena aplicação da Convenção Quadro da OMS para o controlo do Tabaco, ratificada pelo Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de novembro, bem como das Diretivas Europeias sobre regulamentação de produtos, promoção, publicidade e patrocínio e políticas fiscais, aplicáveis aos produtos de tabaco, aos novos produtos com nicotina e aos cigarros eletrónicos em particular no que se refere a: (i) regulamentação dos ingredientes, incluindo os aromatizantes; (ii) regulamentação da embalagem e da rotulagem; (iii) regulamentação das condições de venda; (iv) regulamentação das novas formas de publicidade, promoção e patrocínio; (v) criação de ambientes livres de fumo.

Limitar o acesso aos produtos do tabaco, aos novos produtos com nicotina e aos cigarros eletrónicos através: (i) do aumento dos preços; (ii) do aumento da idade legal de venda; (iii) da regulamentação dos locais de venda; (iv) do controlo do comércio ilícito, através da plena aplicação do Protocolo para a Eliminação do Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco da OMS, ratificado pelo Decreto do Presidente da República n.º 42/2015, de 22 de junho, e da Resolução da Assembleia da República n.º 66/2015, de 22 de junho.

Promover a aplicação do artigo 5.3 da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco, no sentido de evitar a interferência da indústria do tabaco na definição e aplicação das medidas de prevenção e controlo do tabagismo.

Promover a cessação tabágica, através (i) da melhoria da formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde na prevenção e tratamento do tabagismo; (ii) do incentivo às intervenções breves oportunistas a nível da prestação de cuidados de saúde; (iii) do reforço das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica; (iv) da comparticipação e/ou cedência gratuita das terapêuticas farmacológicas de tratamento da dependência tabágica; (v) do reforço da resposta da linha SNS 24 (808 24 24 24) e/ou criação de uma linha de apoio telefónico de apoio à cessação tabágica.

Promover a literacia em saúde dos adolescentes e dos jovens, em particular a nível da escolaridade básica, quanto aos riscos do consumo de produtos de tabaco, dos novos produtos com nicotina e dos cigarros eletrónicos.

Implementar campanhas efetivas de massa, que consciencializem os cidadãos sobre malefícios do tabagismo e da exposição ao fumo ambiental.

Promover a cooperação intersetorial e a participação dos meios de comunicação social, das associações da sociedade civil e dos cidadãos na criação de uma geração livre de tabaco.

**3.1.2 — Controlo do Consumo Excessivo de Bebidas Alcoólicas**

3.1.2.1 — Contexto

A OMS classifica o álcool, como agente carcinogénico do Grupo 1, pelo que considera que existe evidência suficiente para afirmar uma relação causal entre a exposição ao álcool etílico e a ocorrência de cancro([5]). Não é possível determinar um nível seguro de consumo de álcool que não esteja associado a este o risco, e qualquer tipo de bebida alcoólica, incluindo cerveja, vinho e destilados, estão associados a este risco, independentemente da sua qualidade ou preço.

A nível mundial, os maiores níveis de consumo de álcool *per capita* são observados na Região Europa da OMS. O consumo de álcool contribui para 3 milhões de mortes a cada ano (5,3 % do total de mortes) e a saúde precária de milhões de pessoas. O uso nocivo de álcool é responsável por 5,1 % da carga global da doença e é o principal fator de risco para mortalidade prematura e incapacidade entre os 15 e 49 anos (10 % dos óbitos nesta faixa etária). As populações desfavorecidas e especialmente vulneráveis têm maiores taxas de mortalidade e hospitalização relacionadas com o álcool.

Em Portugal, o consumo anual de álcool *per capita* é de 12,1 litros de álcool puro na população com 15 ou mais anos, valor acima da média da Região Europa da OMS. Em 2017, em cada 10 residentes de 15-74 anos, 9 já tinham bebido na vida, 6 tinham um consumo recente e 5 um consumo atual. Estas prevalências são também elevadas nos mais jovens, ainda que tendencialmente inferiores às médias europeias. Em Portugal, 1 em cada 10 cidadãos tinha consumido recentemente de forma *binge* e 5 % reportavam episódio de embriaguez. Estima-se que 3,6 % da população portuguesa tenha um consumo de risco elevado/nocivo (2,8 %) ou dependência (0,8 %). Em 2019 houve em Portugal 2.507 óbitos por doenças atribuíveis ao álcool (2,2 % da mortalidade no país), o segundo valor mais alto dos últimos sete anos.

3.1.2.2 — Objetivos Nacionais

Reduzir a proporção de menores de 18 anos, com um ou mais episódios de *binge* autorreportado de 18 % em 2019 para 15 % em 2030;

Reduzir a prevalência de abuso e dependência do consumo de álcool na população portuguesa, de 3.6 % em 2017 para 3 % em 2030.

3.1.2.3 — Estratégias Nacionais

Desenvolvimento e apresentação de propostas que reforcem a regulamentação do marketing, da publicidade e do patrocínio, bem como das políticas fiscais relativas aos produtos alcoólicos;

Promoção de intervenções preventivas de carácter universal, seletivo e indicado, que facilitem o desenvolvimento de fatores de proteção individuais, familiares, sociais e ambientais;

Promoção de programas de deteção precoce e intervenção breve no domínio dos CAD (Comportamento Aditivos e Dependências) dos Cuidados de Saúde Primários;

Consolidação e dinamização da articulação dos serviços de saúde com os serviços sociais e os recursos das comunidades, definidas e reguladas pela Rede de Referenciação/Articulação em CAD;

Apresentação de uma proposta de atualização anual das taxas do Imposto sobre o Álcool e as Bebidas Alcoólicas (IABA) para bebidas alcoólicas.

#### 3.1.3 — Prevenção da Exposição Ambiental e Ocupacional a Agentes Oncogénicos

##### 3.1.3.1 — Contexto

A União Europeia estima que 52 % das mortes por causa ocupacional, possam ser atribuídas a cancros secundários à exposição a carcinogéneos no contexto laboral. Estima-se que, na Europa, pelo menos 32 milhões de trabalhadores estejam expostos agentes cancerígenos como, por exemplo, poeira de sílica cristalina respirável, fumos de soldadura, poeira de madeira de folhosas, amianto, chumbo, radiação solar e ionizante, entre outros cancerígenos. O cancro de origem profissional é evitável pelo que é fundamental que o empregador assegure elevados níveis de proteção aos trabalhadores (potencialmente) expostos a agentes cancerígenos no local de trabalho, nomeadamente mediante rigorosas avaliações de risco, vigilância da saúde específica e adequadas medidas de prevenção.

Os dispositivos emissores de ultravioletas, como os utilizados em solários estão classificados pela IARC como carcinogéneos do grupo I, pelo que têm o mesmo potencial carcinogénico dos derivados do tabaco. Em Portugal, a regulamentação de solários, não impõe a notificação dos utilizadores quanto ao risco de cancro e não limita a publicidade dos mesmos.

De entre as necessidades nacionais, inclui-se a necessidade de levantamento e delineamento de uma estratégia nacional para a erradicação do amianto, presente nas habitações e edifícios públicos e privados. Importa realizar medidas legislativas e executivas necessárias à extinção da produção de amianto sob qualquer forma.

No meio aquático já foram identificadas várias substâncias carcinogénicas([6]), quer nas águas superficiais e subterrâneas para consumo humano e mesmo em águas tratadas pode haver riscos cumulativos de cancro que envolvem os contaminantes, já detetados na água bruta, e os produtos formados provenientes dos tratamentos de desinfeção da água de consumo humano.

A União Europeia tem como objetivo aproximar os padrões de qualidade do ar europeus às recomendações da OMS, através da revisão da regulamentação europeia existente a concretizar até 2023, implementar a diretiva sobre substâncias oncogénicas e mutagénicas, até 2025 e implementar a nova regulamentação "*Occupational Safety and Health Strategic Framework*", até 2027.

##### 3.1.3.2 — Objetivos Nacionais

Delinear até 2025, o caminho para se alcançar os valores recomendados pela OMS para a qualidade do ar ambiente em linha com o disposto na legislação europeia.

Cumprir até 2030 com os valores paramétricos de referência definidos pela OMS para a qualidade da água para consumo humano.

Cumprir os valores-limite de exposição profissional estabelecidos no Decreto-Lei n.º 301/2000, de 18 de novembro, na sua atual redação, relativo à proteção dos trabalhadores contra riscos ligados à exposição a agentes cancerígenos ou mutagénicos durante o trabalho, nomeadamente as medidas transitórias estabelecidas até 2030.

##### 3.1.3.3 — Estratégias Nacionais

Transpor para o ordenamento jurídico nacional a Diretiva europeia sobre substâncias oncogénicas e mutagénicas até 2025;

Equiparar a regulamentação sobre padrões de saúde e segurança ocupacional às dispostas nas recomendações europeias, com especial atenção ao benzeno, compostos de níquel, amianto, rádon e acrilonitrila em 2025.

Fomentar a divulgação e implementação do Guia Técnico n.º 2 da DGS "Vigilância dos trabalhadores expostos a agentes químicos cancerígenos, mutagénicos ou tóxicos para a reprodução" a empregadores e aos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/Saúde Ocupacional, até 2025.

Disponibilizar uma caracterização das doenças profissionais nacionais, incluindo os cancros profissionais, visando estabelecer medidas preventivas por atividade económica e profissão, até 2025.

Equiparar a regulamentação sobre os solários e os estabelecimentos comerciais ou recreativos que promovam a utilização de radiação ultravioleta, às impostas para a comercialização e publicidade de produtos do tabaco, em 2025.

Implementar políticas públicas de promoção da qualidade do ar exterior e da água para consumo humano.

#### 3.1.4 — Promoção de Estilos de Vida Saudáveis

##### 3.1.4.1 — Contexto

De acordo com os dados do último Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) de 2015/2016, mais de metade da população portuguesa não cumpre as recomendações da OMS sobre o consumo de fruta e hortícolas, 25 % apresenta um consumo diário de açúcar excessivo e o consumo diário médio de sal é o dobro do recomendado([7]). Em Portugal, os hábitos alimentares inadequados estão entre os 5 fatores de risco que mais determinam a perda de anos de vida saudável e a mortalidade([8]). A alimentação inadequada, o excesso de peso e a obesidade (67,6 % da população portuguesa vive com excesso de peso e 28,7 % com obesidade) aumentam o risco das neoplasias mais prevalentes([9]). Em Portugal, algumas das ações preconizadas no âmbito da promoção da alimentação saudável pelo *EBCP*, nomeadamente a implementação do Regime Escolar, de políticas fiscais para as bebidas açucaradas e de medidas que promovam restrições à publicidade alimentar dirigida às crianças, já se encontram implementadas.

A atividade física regular desempenha um papel importante na prevenção da doença oncológica, nomeadamente no risco de desenvolver o cancro da mama, do cólon, dos rins, do endométrio, da bexiga, do esófago, do estômago e do pulmão([10]). Paralelamente, o comportamento sedentário está associado a um maior risco de desenvolver o cancro do cólon, do endométrio e do pulmão. Adicionalmente, a atividade física é fundamental na redução dos níveis de obesidade, que constitui fator de risco para o cancro([11]). Apesar dos benefícios enumerados, o último inquérito nacional (2019) verificou que 65 % da população portuguesa com 15 anos ou mais refere nunca praticar qualquer tipo de exercício físico([12]).

##### 3.1.4.2 — Objetivo Nacionais

• Reduzir a prevalência de excesso de peso (incluindo a obesidade) na população portuguesa de 67,6 % para 65 % em 2030;

• Impedir o crescimento da prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil, até 2030.

• Aumentar em 20 % o grau de implementação da Portaria n.º 113/2018, de 30 de abril, até 2030;

• Aumentar em 20 % o número de categorias de alimentos abrangidas pelo plano para a reformulação do teor de sal (de um total de 6 em 13 categorias, em 2021) e açúcar (de um total de 6 em 14 categorias, em 2021) dos produtos alimentares, até 2025;

• Reduzir a prevalência de inatividade física da população portuguesa com 15 anos ou mais, estimada em 48,1 % em 2019, em pelo menos 10 %, até 2030;

• Aumentar a proporção de utentes adultos, inscritos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) com avaliação de atividade física e comportamentos sedentários, nos Cuidados de Saúde Primários, para 5.000/100.000 utentes, até 2030;

• Aumentar a proporção de indivíduos residentes em Portugal continental (com 15 ou mais anos) com acesso a, pelo menos, um recurso de aconselhamento breve de atividade física, através dos Sistemas de Informação do SNS, para 300/100.000 utentes, até 2025.

3.1.4.3 — Estratégias Nacionais

• Fomentar a implementação de intervenções de promoção da atividade física e da promoção da alimentação saudável ao nível dos cuidados de saúde, até 2030;

• Implementar um sistema de rotulagem nutricional simplificado, de modo a facilitar as escolhas alimentares dos consumidores, até 2030;

• Definir critérios para a contratação pública de serviços de alimentação, até 2024;

• Publicar uma orientação clínica sobre aconselhamento breve da atividade física no SNS, até 2024;

• Definir e implementar um modelo para monitorizar anualmente a publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos, até 2024;

• Monitorização das atitudes, comportamentos, conhecimentos e práticas profissionais de médicos face à promoção da atividade física de utentes.

**3.1.5 — Prevenção de Cancro Associado a Vírus Oncogénicos**

3.1.5.1 — Contexto

O vírus do papiloma humano (HPV) está potencialmente associado a cerca de 1466 casos de cancro anualmente, nomeadamente em 8 localizações principais: no colo do útero, na orofaringe e na hipofaringe, na vulva, no ânus, no pénis e na vagina([13]).

Desde 2008, Portugal integra no Programa Nacional de Vacinação a vacina contra infeções por HPV para raparigas e, desde 2020, os rapazes passaram a ser igualmente abrangidos por esta vacina. Portugal detém uma cobertura populacional para a vacinação contra o vírus do papiloma humano nas crianças do sexo feminino de 91 %, desde 2012.

Atualmente, a vacina está disponível contra 9 serotipos de HPV e oferece uma proteção superior às vacinas anteriormente utilizadas (4 serotipos), com uma eficácia de 90 % na prevenção das infeções por HPV, que originam lesões carcinogénicas no colo do útero.

Além das ações preventivas relacionadas com o vírus do papiloma humano, Portugal dispõe de estratégias de Saúde Pública relacionadas com a prevenção do carcinoma hepatocelular, enquanto neoplasia promovida pelos vírus da hepatite B e da hepatite C, considerados vírus oncogénicos pela OMS. Desde 1995, o Programa Nacional de Vacinação passou a incluir a vacina contra o vírus da hepatite B, tendo atingido uma cobertura de 98 % nas sucessivas coortes de crianças. Estima-se que entre 30.000 portugueses estejam infetados com o vírus da hepatite C e que 40.000 com o vírus da hepatite B, de acordo com os dados do inquérito serológico nacional (INSA 2016), a maioria dos quais assintomático. O objetivo principal é a identificação destes utentes, promovendo a realização dos testes, na medida em que o SNS disponibiliza, desde 2015, antivirais de ação direta orais para o tratamento da hepatite C, com taxas de eliminação vírica definitiva em 97 % dos casos. Existem também, antivíricos orais para a hepatite B, disponibilizados de forma gratuita com controlo da replicação vírica em cerca de 90 % dos casos, com evidentes benefícios clínicos.

A União Europeia definiu que, até 2030, os países deveriam alcançar taxas de vacinação contra o Vírus do Papiloma Humano de 90 % para as crianças do sexo feminino e aumentar significativamente a vacinação das crianças do sexo masculino contra o Vírus do Papiloma Humano. Portugal já cumpriu estes objetivos, no entanto, esta é uma área de saúde pública em que se pretende continuar a trabalhar devido à sua importância estratégica para a saúde dos Portugueses.

3.1.5.2 — Objetivos Nacionais

Nas crianças nascidas após 2009, manter proporções de vacinação com duas doses de HPV em valores superiores a 90 %, até 2030.

Na população nascida após 2000, manter proporções de utentes com vacinação contra o vírus da Hepatite B em valores superiores a 95 %, até 2030.

Na população com o diagnóstico de Hepatite C, manter uma proporção de cura após o diagnóstico superior a 95 % até 2030.

3.1.5.3 — Estratégias Nacionais

Garantir a continuada aplicação do Programa Nacional de Vacinação.

Garantir que não é promovida qualquer redução da amplitude do atual Programa Nacional de Vacinação.

Promover o rastreio de VIH e de hepatites virais, pelo menos uma vez na vida.

Explorar a disponibilização de vacinação contra a hepatite B a todos os adultos não vacinados após rastreio de infeção de VHB.

Promover a identificação dos procedimentos mais adequados ao seguimento de doentes com cirrose hepática secundária a infeção por vírus da hepatite B ou C.

Reforçar e manter os programas e estratégias de redução de riscos.

3.2 — Articulação com Outros Instrumentos

Os objetivos e as ações enquadradas neste vetor contaram com a consulta prévia do SICAD e dos Programas Prioritários para a Prevenção e Controlo do Tabaco, para a Promoção da Atividade Física, para a Promoção de Alimentação Saudável, das Hepatites Virais. Os elementos aqui inscritos não decalcam, nem limitam, os objetivos globais de intervenção previstos para o Plano Nacional de Saúde, nas áreas de intervenção dos Programas Prioritários acima identificados ou nos objetivos globais ou específicos, bem como em quaisquer intervenções previstas pelo Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2021-2030.

3.3 — Sumário de Objetivos e Ações Específicas

Sumariza-se, na Tabela 1 os objetivos e ações delineados para o pilar da Prevenção da Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030.

**Tabela 1: Sumário de Objetivos e Estratégias previstas para o pilar da Prevenção Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030**

| Área de intervenção | Objetivos | Estratégias |
|---|---|---|
| Tabaco . . . . . | — Reduzir a prevalência de consumo de tabaco na população com mais de 15 anos de 17 %, em 2019, para um valor:<br>▪ Inferior a 14 % em 2025;<br>▪ Inferior a 10 % em 2030. | Garantir a plena aplicação da Convenção Quadro da OMS para o controlo do Tabaco, ratificada pelo Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de novembro, bem como das Diretivas Europeias sobre regulamentação de produtos, promoção, publicidade e patrocínio e políticas fiscais, aplicáveis aos produtos de tabaco, aos novos produtos com nicotina e aos cigarros eletrónicos em particular no que se refere a:<br>(i) Regulamentação dos ingredientes, incluindo os aromatizantes;<br>(ii) Regulamentação da embalagem e da rotulagem;<br>(iii) Regulamentação das condições de venda;<br>(iv) Regulamentação das novas formas de publicidade, promoção e patrocínio;<br>(v) Criação de ambientes livres de fumo. |
| | | Limitar o acesso aos produtos do tabaco, aos novos produtos com nicotina e aos cigarros eletrónicos através:<br>(i) Do aumento dos preços;<br>(ii) Do aumento da idade legal de venda;<br>(iii) Da regulamentação dos locais de venda;<br>(iv) Do controlo do comércio ilícito, através da plena aplicação do Protocolo para a Eliminação do Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco da OMS, ratificado pelo Decreto do Presidente da República n.º 42/2015, de 22 de junho, e da Resolução da Assembleia da República n.º 66/2015, de 22 de junho. |
| | | Promover a aplicação do artigo 5.3 da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco, no sentido de evitar a interferência da indústria do tabaco na definição e aplicação das medidas de prevenção e controlo do tabagismo. |

| Área de intervenção | Objetivos | Estratégias |
|---|---|---|
| | | Promover a cessação tabágica, através:<br>(i) Da melhoria da formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde na prevenção e tratamento do tabagismo;<br>(ii) Do incentivo às intervenções breves oportunistas a nível da prestação de cuidados de saúde;<br>(iii) Do reforço das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica;<br>(iv) Da comparticipação e/ou cedência gratuita das terapêuticas farmacológicas de tratamento da dependência tabágica;<br>(v) Do reforço da resposta da linha SNS 24 (808 24 24 24) e/ou criação de uma linha de apoio telefónico de apoio à cessação tabágica. |
| | | Promover a literacia em saúde dos adolescentes e dos jovens, em particular a nível da escolaridade básica, quanto aos riscos do consumo de produtos de tabaco, dos novos produtos com nicotina e dos cigarros eletrónicos. |
| | | Implementar campanhas efetivas de massa, que consciencializem os cidadãos sobre malefícios do tabagismo e da exposição ao fumo ambiental. |
| | | Promover a cooperação intersetorial e a participação dos meios de comunicação social, das associações da sociedade civil e dos cidadãos na criação de uma geração livre de tabaco. |
| Álcool . . . . . | — Reduzir a proporção de menores de 18 anos, com um ou mais episódios de *binge* autorreportado de 18 % em 2019 para 15 % em 2030;<br>— Reduzir a prevalência de abuso e dependência do consumo de álcool na população portuguesa, de 3,6 % em 2017 para 3 % em 2030. | Desenvolvimento e apresentação de propostas que reforcem a regulamentação do marketing, da publicidade e do patrocínio, bem como das políticas fiscais relativas aos produtos alcoólicos; |
| | | Promoção de intervenções preventivas de carácter universal, seletivo e indicado, que facilitem o desenvolvimento de fatores de proteção individuais, familiares, sociais e ambientais; |
| | | Promoção de programas de deteção precoce e intervenção breve no domínio dos CAD dos Cuidados de Saúde Primários; |
| | | Consolidação e dinamização da articulação dos serviços de saúde com os serviços sociais e os recursos das comunidades, definidas e reguladas pela Rede de Referenciação/Articulação em CAD; |
| | | Apresentação de uma proposta de atualização anual das taxas do IABA para bebidas alcoólicas. |
| Exposição Ambiental a Agentes Oncogénicos. | — Delinear até 2025, o caminho para se alcançar os valores recomendados pela OMS para a qualidade do ar ambiente em linha com o disposto na legislação europeia.<br>— Cumprir até 2030 com os valores paramétricos de referência definidos pela OMS para a qualidade da água para consumo humano.<br>— Cumprir os valores-limite de exposição profissional estabelecidos no Decreto-Lei n.º 301/2000, de 18 de novembro, na sua atual redação, relativo à proteção dos trabalhadores contra riscos ligados à exposição a agentes cancerígenos ou mutagénicos durante o trabalho, nomeadamente as medidas transitórias estabelecidas até 2030. | Transpor para o ordenamento jurídico nacional a Diretiva europeia sobre substâncias oncogénicas e mutagénicas até 2025; |
| | | Equiparar a regulamentação sobre padrões de saúde e segurança ocupacional às dispostas nas recomendações europeias, com especial atenção ao benzeno, compostos de níquel, amianto, rádon e acrilonitrila em 2025. |
| | | Fomentar a divulgação e implementação do Guia Técnico n.º 2 da DGS «Vigilância dos trabalhadores expostos a agentes químicos cancerígenos, mutagénicos ou tóxicos para a reprodução» a empregadores e aos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/Saúde Ocupacional, até 2025. |
| | | Disponibilizar uma caracterização das doenças profissionais nacionais, incluindo os cancros profissionais, visando estabelecer medidas preventivas por atividade económica e profissão, até 2025. |
| | | Equiparar a regulamentação sobre os solários e os estabelecimentos comerciais ou recreativos que promovam a utilização de radiação ultravioleta, às impostas para a comercialização e publicidade de produtos do tabaco, em 2025. |
| | | Implementar políticas públicas de promoção da qualidade do ar exterior e da água para consumo humano. |

| Área de intervenção | Objetivos | Estratégias |
|---|---|---|
| Estilos de Vida Saudáveis | — Reduzir a prevalência de excesso de peso e obesidade na população portuguesa de 67,6 % para 65 % em 2030;<br>— Impedir o crescimento da prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil, até 2030.<br>— Aumentar em 20 % o grau de implementação da Portaria n.º 113/2018, de 30 de abril, até 2030;<br>— Aumentar em 20 % o número de categorias de alimentos abrangidas pelo plano para a reformulação do teor de sal (de um total de 6 em 13 categorias, em 2021) e açúcar (de um total de 6 em 14 categorias, em 2021) dos produtos alimentares, até 2025;<br>— Reduzir a prevalência de inatividade física da população portuguesa com 15 anos ou mais, estimada em 48,1 % em 2019, em pelo menos 10 %, até 2030;<br>— Aumentar a proporção de utentes adultos, inscritos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) com avaliação de atividade física e comportamentos sedentários, nos Cuidados de Saúde Primários, para 5.000/100.000 utentes, até 2030;<br>— Aumentar a proporção de indivíduos residentes em Portugal continental (com 15 ou mais anos) com acesso a, pelo menos, um recurso de aconselhamento breve de atividade física, através dos Sistemas de Informação do SNS, para 300/100.000 utentes, até 2025. | Fomentar a implementação de intervenções de promoção da atividade física e da promoção da dieta mediterrânica ao nível dos cuidados de saúde, até 2030;<br>Implementar um sistema de rotulagem nutricional simplificado, de modo a facilitar as escolhas alimentares dos consumidores, até 2030;<br>Definir critérios para a contratação pública de serviços de alimentação, até 2024;<br>Publicar uma orientação clínica sobre aconselhamento breve da atividade física no SNS, até 2024;<br>Definir e implementar um modelo para monitorizar anualmente a publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos, até 2024;<br>Monitorização das atitudes, comportamentos, conhecimentos e práticas profissionais de médicos face à promoção da atividade física de utentes.<br>Fomentar a implementação de intervenções de promoção da atividade física e da promoção da dieta mediterrânica ao nível dos cuidados de saúde, até 2030; |
| Vírus Oncogénicos . . . . . | — Nas crianças nascidas após 2009, manter proporções de vacinação com duas doses de HPV em valores superiores a 90 %, até 2030.<br>— Na população nascida após 2000, manter proporções de utentes com vacinação contra o vírus da Hepatite B em valores superiores a 95 %, até 2030.<br>— Na população com o diagnóstico de Hepatite C, manter uma proporção de cura após o diagnóstico superior a 95 % até 2030. | Garantir a continuada aplicação do Programa Nacional de Vacinação.<br>Garantir que não é promovida qualquer redução da amplitude do atual Programa Nacional de Vacinação.<br>Promover o rastreio de VIH e de hepatites virais.<br>Explorar a disponibilização de vacinação contra a hepatite B a todos os adultos não vacinados após rastreio de infeção de VHB.<br>Promover a identificação dos procedimentos mais adequados ao seguimento de doentes com cirrose hepática secundária a infeção por vírus da hepatite B ou C.<br>Reforçar e manter os programas e estratégias de redução de riscos. |

**4 — Pilar da Deteção Precoce**

A política de deteção precoce é alavancada pelo Programa Nacional de Rastreio Oncológico. O rastreio do cancro tem como objetivo reduzir a mortalidade por cancro, através do diagnóstico e tratamento precoce da doença ou de lesões percursoras.

A evidência científica atual é consensual sobre a utilidade dos programas de rastreio do cancro para três patologias: o cancro da mama, o cancro do colo do útero e o cancro do cólon e reto. Para estas patologias tem sido possível demonstrar que a implementação do rastreio proporciona uma redução das taxas de mortalidade na ordem dos 30 %, 80 % e 20 %, respetivamente.

A publicação das novas Recomendações do Conselho Europeu sobre rastreio oncológico([14]) reforça a importância do rastreio do cancro da mama, do cólon e reto, do colo do útero e propõe o alargamento dos programas de rastreio para o cancro da próstata, do pulmão e do estômago. Para estes três novos programas de rastreio é recomendada a sua implementação por etapas, que devem incluir a aferição da sua viabilidade e efetividade dos mesmos por estudos piloto.

O *EBCP* procurará garantir que 90 % da população da UE com indicação para rastreios do cancro da mama, do colo do útero e do cólon ou reto, seja submetida a essas mesmas estratégias de deteção precoce.

Portugal dispõe de 3 programas nacionais de rastreio oncológico de base populacional, em diferentes fases de implementação: no cancro da mama, no cancro do colo do útero e no cancro do cólon e reto.

4.1 — Programa de Rastreio Implementado em Portugal

**4.1.1 — Contexto**

A situação do rastreio oncológico, enquanto programa organizado de base populacional, em Portugal Continental no final de 2020 era a seguinte([15]):

Rastreio do Cancro da Mama:

— Proporção de cobertura geográfica (por ACES): 77,8 %;
— Proporção de cobertura populacional: 39,2 %;
— Proporção de adesão: 61,1 %.

Rastreio do Cancro do Colo Uterino:

— Proporção de cobertura geográfica (por ACES): 100 %;
— Proporção de cobertura populacional: 22,3 %;
— Proporção de adesão: 88,4 %.

Rastreio do Cancro do Cólon e Reto:

— Proporção de cobertura geográfica (por ACES): 88,9 %;
— Proporção de cobertura populacional: 14,9 %;
— Proporção de adesão: 40,6 %.

**4.1.2 — Objetivos Nacionais**

Alcançar uma proporção de cobertura geográfica (por Unidade Funcional de cuidados de saúde primários) de 100 %, para os Programas de rastreio do cancro da mama, cancro do colo do útero e cancro do cólon e reto até 2030;

Alcançar uma proporção de cobertura populacional superior a 95 % nos Programas de rastreio do cancro da mama, cancro do colo do útero e cancro do cólon e reto até 2030;

Alcançar uma proporção de adesão superior a 65 % aos Programas de rastreio do cancro da mama, cancro do colo do útero e cancro do cólon e reto até 2030, de entre os utentes elegíveis.

#### 4.1.3 — Estratégias Nacionais

• Constituir um Núcleo de Coordenação Nacional dos Programas de rastreio oncológico de base populacional, sob direção da DE-SNS, auscultando e envolvendo elementos da DGS, ACSS e SPMS, em 2024.

• Publicar Normas sobre Rastreio Oncológico pela DGS com o objetivo de centrar o processo de rastreio no cidadão e padronizar os procedimentos de Convite;

• Definir indicadores de monitorização e avaliação dos Programas de rastreio oncológico pela DGS e DE-SNS e garantir o acesso público a essa informação;

• Definir indicadores sobre satisfação e qualidade percecionada pelos utentes que participaram nos Programas de rastreio oncológico pela Comissão Executiva da Estratégia e garantir o acesso público a esta informação;

• Otimizar os sistemas de informação de suporte às atividades de rastreio e sua interligação com os sistemas europeus de monitorização dos rastreios oncológicos de base populacional;

• Realizar estudos sobre o impacto dos Programas de rastreio oncológico de base populacional na redução da mortalidade;

• Identificar os determinantes de não adesão aos diferentes programas de rastreio em Portugal, através das seguintes atividades: *a*) revisão da literatura; *b*) grupos focais com utentes, *stakeholders* técnicos e da comunidade; *c*) desenhar, implementar e avaliar intervenções que possam aumentar a adesão aos Programas de rastreio oncológico;

• Quantificar e reduzir as desigualdades de acesso aos Programas de rastreio, nomeadamente nos seguintes grupos populacionais: *a*) utentes sem médico de família; *b*) migrantes; *c*) utentes transgénero; *d*) utentes não fluentes em língua portuguesa; *e*) utentes residentes em territórios rurais e/ou de maior privação socioeconómica;

• Desenvolver e implementar campanhas de sensibilização para o rastreio, específicas para cada tipo de cancro;

• Garantir mecanismos de acesso a repositórios de dados anonimizados na área dos Programas de rastreio oncológico para investigação científica.

### 4.2 — Novos Programas de Rastreio

#### 4.2.1 — Contexto

Acompanhar e avaliar as propostas formalizadas a nível europeu de forma a se preparar as medidas e as ações necessárias à sua implementação em Portugal.

#### 4.2.2 — Objetivos Nacionais

• Garantir a operacionalização em Portugal das Recomendações do Conselho Europeu sobre Rastreio.

#### 4.2.3 — Estratégias Nacionais

• Propor alterações aos Programas Nacionais de Rastreio Oncológico;

• Redigir Normas sobre os novos Programas de Rastreio Oncológico aprovados até 2030;

• Conduzir a avaliação da efetividade e custo-efetividade dos novos Programas de Rastreio Oncológico aprovados até 2030;

• Promover a participação de Portugal em iniciativas europeias (*Joint Actions* e Projetos Horizonte Europa) de estímulo à implementação de novos programas de rastreio;

• Incentivar a participação de organizações de saúde portuguesas em projetos de investigação e de desenvolvimento de novos métodos de rastreio.

### 4.3 — Deteção Precoce na Doença Oncológica Hereditária

#### 4.3.1 — Contexto

Estima-se que o cancro hereditário represente cerca de 5 % dos casos de cancro em Portugal. Estes indivíduos têm um risco de cancro superior ao risco médio da população portuguesa,

contudo estão excluídos dos programas de rastreio de base populacional. A gestão do diagnóstico oncológico precoce desta população é usualmente efetuada a nível hospitalar, de acordo com as melhores práticas institucionais.

A padronização dos procedimentos de rastreio para esta população tem como objetivo mitigar o risco de mortalidade precoce e aumentar a equidade no acesso a prestações de cuidados de saúde numa população especialmente vulnerável.

**4.3.2 — Objetivos Nacionais**

• Publicação de Norma sobre Deteção Precoce do Cancro na Síndrome de Lynch, até 2025;

• Publicação de Norma sobre Deteção Precoce do Cancro na Síndrome Hereditária da Mama associada às mutações BRCA 1 ou BRCA 2, até 2025.

**4.3.3 — Estratégias Nacionais**

• Constituir um painel de peritos para apoiar o desenvolvimento de Normas de Rastreio Oncológico em Síndromes Hereditárias associadas a risco aumentado de cancro;

• Desenvolvimento e implementação de campanhas de sensibilização para o rastreio oncológico em utentes com síndromes hereditárias associadas a risco aumentado de cancro.

4.4 — Articulação com Outros Instrumentos

O sucesso da implementação dos Programas de rastreio oncológico de base populacional depende da articulação de múltiplos níveis operacionais do Serviço Nacional de Saúde e devem procurar minimizar o número de contactos que um cidadão individual possa ter com os cuidados de saúde para o propósito do rastreio de patologias comuns. Desta forma, promove-se a conveniência, minimizam-se custos e aumenta-se a probabilidade de adesão.

Neste sentido, a coordenação operacional dos rastreios oncológicos de base populacional deve estar articulada pela Coordenação Nacional dos Programas de Rastreio e integrada na orgânica da DE-SNS com oportuno envolvimento e integrando de elementos da DGS, ACSS, SPMS ou outros, sempre que tal se demonstre necessário à efetiva prossecução das responsabilidades previstas no nível de Governança III. A coordenação dos Programas de rastreio oncológico de base populacional a instituir no âmbito da DE-SNS, mediante deliberação do Diretor Executivo do SNS para esse efeito, terá como principais atribuições:

• Operacionalizar e consolidar a implementação dos Programas de rastreio oncológico de base populacional em função das prioridades políticas definidas pelo Governo, mediante o escrupuloso cumprimento das orientações técnico-normativas emanadas pela DGS que as suportem;

• Adotar medidas que promovam a harmonização de práticas no todo nacional e assegurem a qualidade e uniformização de procedimentos e rastreio, segundo as Normas emanadas pela DGS;

• Coordenar a operacionalização dos Programas de rastreios, através de uma gestão integrada com as diferentes unidades/polos descentralizados;

• Introduzir melhorias no processo de gestão de informação que permitam agilizar o apuramento de indicadores de atividade e resultado, em estreita colaboração com a DGS e os SPMS;

• Identificar as necessidades de desenvolvimento do sistema de informação (SI) de suporte dos Programas de rastreio, para garantir a sua evolução e adequação à operação em articulação com os SPMS;

• Identificar e propor à DE-SNS e ACSS, a contratação de recursos indispensáveis à concretização dos objetivos de implementação e sustentação plena dos Programas de rastreio;

• Desenvolver canais de comunicação que facilitem o contacto dos utentes com os Programas de rastreio;

4.5 — Sumário de Objetivos e Ações Específicas

Sumariza-se, na Tabela 2 os objetivos e as ações delineadas para o pilar da Deteção Precoce da proposta de Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030.

**Tabela 2: Sumário de Objetivos e Estratégias previstas para o pilar da Deteção Precoce Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030**

| Área de Intervenção | Objetivos | Estratégias |
|---|---|---|
| Programas de Rastreio Implementados. | — Alcançar uma proporção de cobertura geográfica (por Unidade Funcional de cuidados de saúde primários) de 100 %, para os Programas de rastreio do cancro da mama, cancro do colo do útero, cancro do cólon e reto até 2030;<br>— Alcançar uma proporção de cobertura populacional superior a 95 % nos Programas de rastreio do cancro da mama, cancro do colo do útero, cancro do cólon e reto até 2030;<br>— Alcançar uma proporção de adesão superior a 65 % aos Programas de rastreio do cancro da mama, cancro do colo do útero, cancro do cólon e reto até 2030, de entre os utentes elegíveis. | Publicação de Normas sobre Rastreio Oncológico com o objetivo de centrar o processo de rastreio no cidadão e padronizar os procedimentos de Convite; |
| | | Definir indicadores de monitorização e avaliação dos Programas de rastreios oncológico e garantir o acesso público a esta informação; |
| | | Definir indicadores sobre satisfação e qualidade percecionada pelos utentes que participaram nos Programas de rastreio oncológico e garantir o acesso público a esta informação; |
| | | Otimizar os sistemas de informação de suporte às atividades de rastreio e sua interligação com os sistemas europeus de monitorização dos rastreios oncológicos de base populacional; |
| | | Realização de estudos sobre o impacto dos Programas de rastreio oncológico de base populacional na redução da mortalidade; |
| | | Identificar os determinantes de não adesão aos diferentes programas de rastreio em Portugal, através das seguintes atividades: *a*) revisão da literatura; *b*) grupos focais com utentes, *stakeholders* técnicos e da comunidade; *c*) desenhar, implementar e avaliar intervenções que possam aumentar a adesão aos Programas de rastreio oncológico; |
| | | Quantificar e reduzir as desigualdades de acesso aos Programas de rastreio, nomeadamente nos seguintes grupos populacionais: *a*) utentes sem médico de família; *b*) migrantes; *c*) utentes transgénero; *d*) utentes não fluentes em língua portuguesa; *e*) utentes residentes em territórios rurais e/ou de maior privação socioeconómica; |
| | | Desenvolvimento e implementação de campanhas de sensibilização para o rastreio, específicas para cada tipo de cancro; |
| | | Garantir mecanismos de acesso a repositórios de dados anonimizados na área dos Programas de rastreio oncológico para investigação científica. |
| Novos Programas de Rastreio. | — Garantir a operacionalização em Portugal das Recomendações do Conselho Europeu sobre Rastreio. | Propor alterações aos Programas Nacionais de Rastreio Oncológico; |
| | | Redigir Normas sobre os novos Programas de Rastreio Oncológico aprovados até 2030; |
| | | Conduzir a avaliação da efetividade e custo-efetividade dos novos Programas de Rastreio Oncológico aprovados até 2030; |
| | | Promover a participação de Portugal em iniciativas europeias (*Joint Actions* e Projetos Horizonte Europa) de estímulo à implementação de novos programas de rastreio; |
| | | Incentivar a participação de organizações de saúde portuguesas em projetos de investigação e de desenvolvimento de novos métodos de rastreio. |
| Deteção Precoce na Doença Oncológica Hereditária. | — Publicação de Norma sobre Deteção Precoce do Cancro na Síndrome de Lynch, até 2025. | Constituir um painel de peritos para apoiar o desenvolvimento de Normas de Rastreio Oncológico em Síndromes Hereditárias associadas a risco aumentado de cancro; |

| Área de Intervenção | Objetivos | Estratégias |
|---|---|---|
| | — Publicação de Norma sobre Deteção Precoce do Cancro na Síndrome Hereditária da Mama associada às mutações BRCA 1 ou BRCA 2, até 2025. | Desenvolvimento e implementação de campanhas de sensibilização para o rastreio oncológico em utentes com síndromes hereditárias associadas a risco aumentado de cancro. |

**5 — Pilar do Diagnóstico e Tratamento**

O SNS, enquanto conjunto articulado de estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde, organizado funcionalmente por níveis de cuidados, efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde, devendo os seus estabelecimentos e serviços orientar o respetivo funcionamento pela proximidade da prestação, pela integração de cuidados e pela articulação inter-regional dos serviços.

A gestão da doença oncológica obriga à constituição de equipas multidisciplinares. Verificando-se uma distribuição assimétrica, dos recursos disponíveis entre regiões e instituições, e cada instituição implementa um modelo de gestão baseado nas melhores práticas locais. Este modelo permite uma flexibilidade da resposta, pela natureza descentralizada e pelo reconhecimento de um corpo de conhecimento comum. Contudo, com este modelo, não é possível verificar se a gestão clínica de situações similares é equivalente.

A criação de centros de referência nas doenças oncológicas (Portaria n.º 194/2014, de 3 de setembro) pretendeu promover a melhoria da prestação de cuidados de saúde, através do reconhecimento da relação entre a escala e a qualidade e proporcionar os cuidados mais efetivos e eficientes, uma vez que facilita a comunicação interespecialidades, a investigação e o ensino. Este modelo, apesar de desenhado com o objetivo de agregar e ordenar o esforço clínico para a gestão de doenças raras, é particularmente relevante em oncologia.

Portugal constituiu centros de referência em 7 áreas oncológicas: no cancro do reto (8.ª neoplasia mais comum, com 2.375 novos casos/ano, 14,5 novos casos/100.000 habitantes); no cancro do pâncreas (11.ª neoplasia mais comum com 1.275 novos casos/ano, 7,6 novos casos/100.000 habitantes); no cancro do esófago (18.ª neoplasia mais comum, com 595 novos casos/ano, 3,9 novos casos/100.000 habitantes); nos sarcomas (28.ª neoplasia mais comum com 340 novos casos, 2,3 novos casos/100.000 habitantes); no cancro do testículo (33.ª neoplasia mais comum com 254 novos casos, 5,7 novos casos/100.000 habitantes); no cancro oftalmológico (54.ª neoplasia mais comum com 54 novos casos, 0,4 novos casos/100.000 habitantes) e no cancro pediátrico (330 novos casos)([16]). Com base na aferição feita em 2019 pelo PNDO sobre a atividade cirúrgica oncológica nacional, a opção pela criação de centros de referência não se traduziu em melhorias no cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida para cirurgia nestes centros.

Apesar destes constrangimentos, os resultados em saúde, em Portugal, para as doenças oncológicas são próximos dos alcançados na União Europeia, com uma esperança de vida aos 5 anos do diagnóstico de 56,4 % (comparada com 54,2 % na Europa)([17]), mesmo com alguma evidência de que a implementação não uniforme de cuidados tem promovido resultados clínicos menos satisfatórios([18]).

5.1 — Qualidade de Cuidados

Desde 1990 que, em Portugal, se considerou ser necessária a criação de uma Rede de Referenciação em Oncologia (RRO). Contudo, a sua operacionalização não foi, até à data, promovida de forma a integrar todas as capacidades e competências disponíveis no SNS

O relatório realizado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, datado de 2011, definiu como primeira medida a implementar a Elaboração da Rede de Referenciação Hospitalar. Neste âmbito, as redes de referenciação hospitalar (RRH) teriam por objetivo estabelecer, nas diferentes especialidades médicas e cirúrgicas, a articulação entre hospitais do SNS, de modo a garantir a prestação de cuidados adequados às necessidades dos doentes no local de atendimento que

disponha de diferenciação técnica e tecnológica para disponibilizar a resposta que é exigida pela situação clínica. Estipulou ainda que cada RRH constituir-se-ia como um sistema integrado e hierarquizado que visa satisfazer, de forma concertada, as necessidades de assistência hospitalar no diagnóstico, de formação, de investigação, de colaboração interdisciplinar e de garantia de qualidade no âmbito de determinada especialidade.

As doenças oncológicas representam frações de magnitude diversa na atividade de múltiplas especialidades hospitalares, mas a gestão de uma doença oncológica impõe a articulação concertada de múltiplas especialidades. Neste contexto, a otimização dos resultados em saúde associada à proficiência técnica das equipas clínicas apenas será alcançada se promovermos, *ab initium,* as condições necessárias à sua criação e consolidação. A formalização de uma Rede de Referenciação em Oncologia, que extravase o construto da RRH que está centrada nas especialidades médicas e que coloque o foco no doente oncológico, organicamente articulada e que alavanque os recursos existentes no SNS, tenderá a otimizar o acesso e a qualidade da prestação de cuidados, através da melhoria da oferta de cuidados de saúde e dos correspondentes investimentos, em meios humanos e técnicos.

A União Europeia definiu como prioridade para o atual EBCP a concretização de uma rede europeia de Centros Oncológicos Integrados, ao nível da cada Estado Membro, cuja atividade seja já reconhecida como modelo para a integração supranacional e de garantia de cuidados de excelência na União. O Plano Europeu estabeleceu como objetivo a atingir em 2025 que 90 % dos doentes oncológicos sejam tratados em Centros Oncológicos Integrados.

A Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030 tem como visão centrar os cuidados no doente e nesse sentido prevê a criação de uma Rede de Referenciação em Oncologia (incluindo a constituição de Centros Oncológicos Integrados). Esta Rede de Referenciação em Oncologia tem como objetivo formalizar e capacitar equipas multidisciplinares para a gestão da doença oncológica. O seu desenho deverá considerar o volume assistencial, a capacidade técnico-científica e os meios tecnológicos instalados ou a instalar.

#### 5.1.1 — Objetivos Nacionais

• Formalizar a Rede de Referenciação em Oncologia (RRO), até 2026;

• Garantir que a gestão clínica de >90 % dos doentes oncológicos é realizada em unidades certificadas (por entidade nosológica) até 2030;

• Garantir a realização de consulta de grupo multidisciplinar de decisão terapêutica prévia ao primeiro tratamento oncológico de >85 % dos doentes com doença oncológica até 2030;

• Garantir o acesso a técnicas e práticas de Medicina de Precisão, Medicina Genómica, Medicina Preditiva e Farmacogenómica na Rede de Referenciação em Oncologia, até 2026;

• Garantir consulta de aconselhamento genético e de gestão e mitigação do risco de cancro para indivíduos com síndromes hereditárias associadas a cancro, em cada região de saúde, até 2025;

• Garantir avaliação do risco nutricional no mês anterior à primeira consulta de grupo multidisciplinar de decisão terapêutica em >50 % dos utentes com doença oncológica até 2030;

• Garantir o acesso a apoio nutricional por profissionais especializados para doentes oncológicos em regime de ambulatório em >90 % dos utentes com risco nutricional até 2030;

• Disponibilizar acesso a apoio especializado por psiconcologia em todas as Unidades de Oncologia do SNS, em 2030.

#### 5.1.2 — Estratégias Nacionais

• Identificar e propor uma metodologia para criação da RRO;

• Definir critérios para certificação dos centros da RRO;

• Identificar e propor a metodologia de avaliação e certificação de Centros Oncológicos Integrados;

• Definir as métricas de desempenho no diagnóstico e no estadiamento para as neoplasias, que são as principais causas de morte por cancro;

• Identificar e propor critérios para a auditoria clínica em oncologia pediátrica;

• Identificar e propor metodologias para a valorização das qualificações dos grupos profissionais que atuam na área da terapêutica oncológica;

• Identificar e propor métricas de desempenho no âmbito do diagnóstico e do estadiamento;

• Colaborar na implementação da estratégia nacional para a medicina genómica e com os laboratórios hospitalares e académicos envolvidos no consórcio GenomaPT e projeto PT_MedGen;

• Identificar e implementar metodologias para o diagnóstico e rastreio de indivíduos em risco de síndromes hereditárias associadas a cancro;

• Identificar e implementar uma ferramenta para a aferição do risco nutricional em doentes oncológicos em regime de ambulatório;

• Publicar uma Norma de Orientação Clínica para integrar os cuidados nutricionais no âmbito da gestão da doença oncológica;

• Desenhar os modelos de apoio psiconcológico (para adultos e população pediátrica), até 2024;

• Caracterizar os recursos humanos disponíveis no SNS para apoio psicológico aos sobreviventes de cancro, até 2025;

• Promover a capacitação em recursos humanos para a área da psiconcologia no Serviço Nacional de Saúde.

### 5.2 — Equidade no Acesso

Em oncologia, o acesso em tempo útil a prestações de saúde repercute-se de forma significativa no prognóstico de diversas patologias.

O aumento da incidência das doenças oncológicas, perante um cenário de recursos finitos e a necessidade de suprir concomitantemente outras necessidades de saúde, impõe que se valorize, de forma transparente e hierarquizada, os recursos existentes, a nível local, regional e nacional, para se proporcionar, de forma equitativa, o acesso às melhores opções clínicas para os doentes oncológicos.

Portugal dispõe de legislação que estipula um modelo de tempos máximos de resposta garantida para a prestação de cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio). Neste âmbito, as doenças oncológicas beneficiam de tempos de resposta mais curtos, nomeadamente no acesso à primeira consulta hospitalar e para os procedimentos cirúrgicos. Contudo, os instrumentos atualmente existentes, nomeadamente a Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, não se revelam totalmente adequados, nomeadamente no que diz respeito à fixação dos tempos máximos de resposta no caso da radioterapia ou tratamento farmacológico oncológico, de acordo com a janela terapêutica indicada.

O Programa Nacional para as Doenças Oncológicas verificou que, em 2019, as disposições sobre os tempos máximos de resposta garantida para Cirurgia Oncológica careciam de coerência interinstitucional, nomeadamente na atribuição de prioridades e na codificação dos procedimentos inscritos. Resulta desta análise o facto de ser difícil aferir ou promover intervenções tendentes à promoção de equidade de acesso que sejam sustentáveis ou verificáveis.

No sentido de promover a maior transparência e capacidade de análise sobre a atividade do SNS, na área da Oncologia, a presente Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro propõe-se a desenvolver as ferramentas que permitam planear e monitorizar os recursos necessários no contínuo de cuidados da doença oncológica.

#### 5.2.1 — Objetivos Nacionais

• Garantir o acesso, em tempo útil, a cirurgia oncológica nos tempos máximos de resposta garantida no SNS, para toda a população elegível, com os seguintes objetivos intercalares:

▪ Para 90 % das neoplasias classificáveis como muito prioritárias, em 2025, na Unidade Hospitalar onde foi feita a inscrição cirúrgica;

▪ Para 90 % das neoplasias que são responsáveis pelas principais causas de morte e, no seu conjunto, por 50 % da mortalidade oncológica, em 2026, na Unidade Hospitalar onde foi feita a inscrição cirúrgica;

▪ Para 90 % das neoplasias que são responsáveis pelas principais causas de morte e, no seu conjunto, por 75 % da mortalidade oncológica, em 2030, na Unidade Hospitalar onde foi feita a inscrição cirúrgica;

• Garantir o acesso a radioterapia nos tempos máximos de resposta garantida no SNS, para toda a população elegível, com o seguinte objetivo intercalar:

▪ Alcançar 90 % das indicações, em 2026, na Unidade Hospitalar onde foi feita a inscrição para tratamento;

• Garantir que todos os serviços de radioterapia, que prestam cuidados de saúde a doentes do SNS, dispõem de certificação de qualidade pelos critérios da Agência Internacional para a Energia Atómica, até 2030;

• Garantir acesso em tempo útil a tratamento farmacológico para o cancro, no SNS, para toda a população elegível, com o seguinte objetivo intercalar:

▪ Para 90 % das neoplasias com indicação para tratamento farmacológico com intenção curativa, em 2026, na Unidade Hospitalar onde foi feita a proposta terapêutica;

• Publicar o tempo para decisão de comparticipação de terapêuticas antineoplásicas inovadoras, até 2025;

• Disponibilizar consulta por equipas de Medicina Paliativa a 50 % dos adultos com neoplasias que, ao diagnóstico, estão associadas a uma probabilidade de sobrevivência a 2 anos inferior a 50 %, nos primeiros 6 meses após esse diagnóstico, em 2030.

**5.2.2 — Estratégias Nacionais**

Definição de um catálogo de procedimentos cirúrgicos oncológicos;

Identificar e propor os procedimentos cirúrgicos essenciais para a terapêutica do cancro sobre os quais incidirão os parâmetros de priorização cirúrgica previstos para Neoplasias Malignas no âmbito descrito na Portaria n.º 153/2017, de 4 de março;

Identificar e propor critérios de monitorização da qualidade do acesso à terapêutica cirúrgica na RRO;

Identificar e propor os critérios para a certificação e a avaliação de Centros Oncológicos para a gestão cirúrgica do cancro;

Definição de um catálogo de procedimentos em radioterapia;

Identificar e propor os procedimentos em radioterapia, para o tratamento da doença oncológica, respetiva codificação e tempos máximos de resposta garantida;

Integrar no Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde (SIGA-SNS) um método que permita monitorizar o acesso a tratamento de radioterapia, por patologia, técnica e prioridade terapêutica, utilizando a mesma metodologia disponível para a gestão cirúrgica da doença oncológica;

Identificar e propor os critérios de monitorização da qualidade do acesso a radioterapia;

Identificar e propor os critérios para a avaliação e a recomendação de novos dispositivos e/ou técnicas em radioterapia;

Identificar e propor as áreas de patologia que beneficiem com a elaboração normas de orientação clínica para o tratamento farmacológico oncológico;

Identificar as patologias que dispõem de tratamento farmacológico de intenção curativa e definir tempo máximo de resposta garantida para o seu início;

Identificar e propor critérios para análise da equidade de acesso a terapêutica farmacológica por área de patologia;

Identificar e propor os critérios de monitorização da qualidade do acesso a terapêutica médica inovadora na RRO;

Criar o indicador de primeira consulta de Medicina Paliativa no Registo Oncológico Nacional;

Elaboração de recomendações sobre as boas práticas na gestão operacional do doente oncológico sem opção terapêutica curativa;

Identificação de indicadores a monitorizar sobre a gestão clínica do doente oncológico sem opção terapêutica curativa.

5.3 — Investigação

**5.3.1 — Objetivos Nacionais**

Disponibilizar um catálogo online dos ensaios clínicos em oncologia, dos centros de ensaio e os respetivos critérios de elegibilidade, em 2025;

Estabelecer indicadores sobre a atividade de investigação em Oncologia na prática clínica, em 2025;

Duplicar o número de ensaios clínicos em curso na área do cancro, até 2027;

Aumentar em 100 %, por comparação com 2020, o número de doentes recrutados para ensaios clínicos na área do cancro, até 2027;

Aumentar em 30 %, por comparação com o ano de 2020, o número de ensaios clínicos de iniciativa do investigador registados no Registo Nacional de Estudos Clínicos, na área do cancro até 2030;

Aumentar anualmente, em 10 %, o número de submissões de candidaturas a projetos na área do cancro com financiamento europeu nos Programas Horizonte Europa (Cluster Saúde, Missão Cancro e Parcerias Europeias), Programa Europeu para a Saúde (EU4Health) e o Programa Europa Digital (DEP), até 2030.

**5.3.2 — Estratégias Nacionais**

Identificar e propor os critérios relativos à atividade de investigação a integrar no processo de avaliação e certificação de Centros Oncológicos Integrados: Estruturais, Recursos Humanos e Atividade.

Desenvolver ferramentas, processos, protocolos e outros aspetos facilitadores e de estímulo ao desenvolvimento de investigação clínica e biomédica, tais como ensaios clínicos da iniciativa do investigador;

Promover a criação de uma plataforma de interação em rede entre Centros que façam investigação na área do cancro (dos setores público, privado e social);

Estimular o desenvolvimento de ensaios clínicos pragmáticos, com vista à obtenção de dados para suporte de translação para a vida real;

Promover o envolvimento dos doentes oncológicos na investigação, desde a fase de desenho da proposta de projeto, tal como consta nos *Principles of Successful Patient Involvement in Cancer Research*, publicado, em 2021, pelo Trio das Presidências Europeias da Eslovénia, Portugal e Alemanha;

Garantir a implementação do *National Cancer HUB* na comunidade, como entidade referência no apoio à gestão e implementação das iniciativas europeias na área do cancro, aumentar a captação de fundos europeus e promover a presente Estratégia, conferindo-lhe maior prestígio e robustez;

Promover, em conjunto com os Pontos de Contacto Nacionais para o Programa Saúde da AICIB ações de divulgação, assistência profissionalizada e monitorização de processos de candidatura a projetos de investigação e inovação na área do cancro;

Desenvolver e implementar, em articulação com instituições académicas e de formação, programas de formação (pré e pós-graduada) de Literacia em Investigação Clínica e Inovação em Saúde na área do cancro.

5.4 — Articulação com Outros Instrumentos

Os objetivos e as ações enquadradas neste pilar na área da saúde mental contaram com a consulta prévia da Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental e na área de investigação com a consulta prévia da Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB). Os elementos aqui inscritos não decalcam, nem limitam, os objetivos globais de intervenção da Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental ou da AICIB.

5.5 — Sumário de Objetivos e Ações Específicas

Sumariza-se na Tabela 3 os objetivos e as ações delineadas para o pilar de Diagnóstico e Tratamento da proposta de Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030.

**Tabela 3: Sumário de Objetivos e Estratégias previstas para o pilar de Diagnóstico e Tratamento — Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030**

| Área de Intervenção | Objetivos | Estratégias |
|---|---|---|
| Qualidade de Cuidados | — Formalizar a Rede de Referenciação em Oncologia (RRO), até 2026;<br>— Garantir que a gestão clínica de >90 % dos doentes oncológicos é realizada em unidades certificadas (por entidade nosológica) até 2030;<br>— Garantir a realização de consulta de grupo multidisciplinar de decisão terapêutica prévia ao primeiro tratamento oncológico de >85 % dos doentes com doença oncológica até 2030;<br>— Garantir o acesso a técnicas e práticas de Medicina de Precisão, Medicina Genómica, Medicina Preditiva e Farmacogenómica na Rede de Referenciação em Oncologia, até 2026;<br>— Garantir consulta de aconselhamento genético e de gestão e mitigação do risco de cancro para indivíduos com síndromes hereditárias associadas a cancro, em cada região de saúde, até 2025;<br>— Garantir avaliação do risco nutricional no mês anterior à primeira consulta de grupo multidisciplinar de decisão terapêutica em >50 % dos utentes com doença oncológica até 2030;<br>— Garantir o acesso a apoio nutricional por profissionais especializados para doentes oncológicos em regime de ambulatório em >90 % dos utentes com risco nutricional até 2030;<br>— Disponibilizar acesso a apoio especializado por psiconcologia em todas as Unidades de Oncologia do Serviço Nacional de Saúde, em 2030. | Identificar e propor uma metodologia para criação da RRO; |
| | | Definir critérios para certificação dos centros da RRO; |
| | | Identificar e propor a metodologia de avaliação e certificação de Centros Oncológicos Integrados; |
| | | Definir as métricas de desempenho no diagnóstico e no estadiamento para as neoplasias, que são as principais causas de morte por cancro; |
| | | Identificar e propor critérios para a auditoria clínica em oncologia pediátrica; |
| | | Identificar e propor metodologias para a valorização das qualificações dos grupos profissionais que atuam na área da terapêutica oncológica; |
| | | Identificar e propor métricas de desempenho no âmbito do diagnóstico e do estadiamento; |
| | | Colaborar na implementação da estratégia nacional para a medicina genómica e com os laboratórios hospitalares e académicos envolvidos no consórcio GenomaPT e projeto PT_MedGen; |
| | | Identificar e implementar metodologias para o diagnóstico e rastreio de indivíduos em risco de síndromes hereditárias associadas a cancro; |
| | | Identificar e implementar uma ferramenta para a aferição do risco nutricional em doentes oncológicos em regime de ambulatório; |
| | | Publicar uma Norma de Orientação Clínica para integrar os cuidados nutricionais no âmbito da gestão da doença oncológica; |
| | | Desenhar os modelos de apoio psiconcológico (para adultos e população pediátrica), até 2024; |
| | | Caracterizar dos recursos humanos disponíveis no Serviço Nacional de Saúde para apoio psicológico aos sobreviventes de cancro, em 2025; |
| | | Promover a capacitação em recursos humanos para a área da psiconcologia no Serviço Nacional de Saúde em colaboração com a Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental no sentido de, até 2030. |
| Equidade de Acesso. . . . . | — Garantir o acesso, em tempo útil, a cirurgia oncológica nos tempos máximos de resposta garantida no SNS, para toda a população elegível, com os seguintes objetivos intercalares:<br>▪ Para 90 % das neoplasias classificáveis como muito prioritárias, em 2025, na Unidade Hospitalar onde foi feita a inscrição cirúrgica; | Definição de um catálogo de procedimentos cirúrgicos oncológicos; |
| | | Identificar e propor os procedimentos cirúrgicos essenciais para a terapêutica do cancro sobre os quais incidirão os parâmetros de priorização cirúrgica previstos para Neoplasias Malignas no âmbito descrito na Portaria 153/2017; |

| Área de Intervenção | Objetivos | Estratégias |
|---|---|---|
| | ▪ Para 90 % das neoplasias que são responsáveis pelas principais causas de morte e, no seu conjunto, por 50 % da mortalidade oncológica, em 2026, na Unidade Hospitalar onde foi feita a inscrição cirúrgica;<br>▪ Para 90 % das neoplasias que são responsáveis pelas principais causas de morte e, no seu conjunto, por 75 % da mortalidade oncológica, em 2030, na Unidade Hospitalar onde foi feita a inscrição cirúrgica; | Identificar e propor critérios de monitorização da qualidade do acesso à terapêutica cirúrgica na RRO; |
| | | Identificar e propor os critérios para a certificação e a avaliação de Centros Oncológicos para a gestão cirúrgica do cancro; |
| | — Garantir o acesso a radioterapia nos tempos máximos de resposta garantida no SNS, para toda a população elegível, com o seguinte objetivo intercalar:<br>▪ Alcançar 90 % das indicações, em 2026, na Unidade Hospitalar onde foi feita a inscrição para tratamento;<br>— Garantir que todos os serviços de radioterapia, que prestam cuidados de saúde a doentes do SNS, dispõem de certificação de qualidade pelos critérios da Agência Internacional para a Energia Atómica, até 2030; | Definição de um catálogo de procedimentos em radioterapia; |
| | | Identificar e propor os procedimentos em radioterapia, para o tratamento da doença oncológica, respetiva codificação e tempos máximos de resposta garantida; |
| | | Integrar no SIGA-SNS um método que permita monitorizar o acesso a tratamento de radioterapia, por patologia, técnica e prioridade terapêutica, utilizando a mesma metodologia disponível para a gestão cirúrgica da doença oncológica; |
| | | Identificar e propor os critérios de monitorização da qualidade do acesso a radioterapia; |
| | | Identificar e propor os critérios para a avaliação e a recomendação de novos dispositivos e/ou técnicas em radioterapia; |
| | — Garantir acesso em tempo útil a tratamento farmacológico para o cancro, no SNS, para toda a população elegível, com o seguinte objetivo intercalar:<br>▪ Para 90 % das neoplasias com indicação para tratamento farmacológico com intenção curativa, em 2026, na Unidade Hospitalar onde foi feita a proposta terapêutica;<br>— Publicar o tempo para decisão de comparticipação de terapêuticas antineoplásicas inovadoras, até 2025. | Identificar e propor as áreas de patologia que beneficiem com a elaboração normas de orientação clínica para o tratamento farmacológico oncológico; |
| | | Identificar as patologias que dispõem de tratamento farmacológico de intenção curativa e definir tempo máximo de resposta garantida para o seu início; |
| | | Identificar e propor critérios para análise da equidade de acesso a terapêutica farmacológica por área de patologia; |
| | | Identificar e propor os critérios de monitorização da qualidade do acesso a terapêutica médica inovadora na RRO; |
| | — Disponibilizar consulta por equipas de Medicina Paliativa a 50 % dos adultos com neoplasias que, ao diagnóstico, estão associadas a uma probabilidade de sobrevivência a 2 anos inferior a 50 %, nos primeiros 6 meses após esse diagnóstico, em 2030. | Criar o indicador de primeira consulta de Medicina Paliativa no Registo Oncológico Nacional; |
| | | Elaboração de recomendações sobre as boas práticas na gestão operacional do doente oncológico sem opção terapêutica curativa;<br>Identificação de indicadores a monitorizar sobre a gestão clínica do doente oncológico sem opção terapêutica curativa. |

| Área de Intervenção | Objetivos | Estratégias |
|---|---|---|
| Investigação . . . . . | — Disponibilizar um catálogo online dos ensaios clínicos em oncologia, dos centros de ensaio e os respetivos critérios de elegibilidade, em 2025;<br>— Estabelecer indicadores sobre a atividade de investigação em Oncologia na prática clínica, em 2025.<br>— Duplicar o número de ensaios clínicos em curso na área do cancro, até 2027;<br>— Aumentar em 100 %, por comparação com 2020, o número de doentes recrutados para ensaios clínicos na área do cancro, até 2027;<br>— Aumentar em 30 %, por comparação com o ano de 2020, o número de ensaios clínicos de iniciativa do investigador registados no Registo Nacional de Estudos Clínicos, na área do cancro até 2030;<br>— Aumentar anualmente, em 10 %, o número de submissões de candidaturas a projetos na área do cancro com financiamento Europeu nos Programas Horizonte Europa (*Cluster* Saúde, Missão Cancro e Parcerias Europeias), Programa Europeu para a Saúde (EU4Health) e o Programa Europa Digital (DEP), até 2030. | Identificar e propor os critérios relativos à atividade de investigação a integrar no processo de avaliação e certificação de Centros Oncológicos Integrados: Estruturais, Recursos Humanos e Atividade. |
| | | Desenvolver ferramentas, processos, protocolos e outros aspetos facilitadores e de estímulo ao desenvolvimento de investigação clínica e biomédica, tais como ensaios clínicos da iniciativa do investigador; |
| | | Promover a criação de uma plataforma de interação em rede entre Centros que façam investigação na área do cancro (dos setores público, privado e social); |
| | | Estimular o desenvolvimento de ensaios clínicos pragmáticos, com vista à obtenção de dados para suporte de translação para a vida real; |
| | | Promover o envolvimento dos doentes oncológicos na investigação, desde a fase de desenho da proposta de projeto, tal como consta nos *Principles of Successful Patient Involvement in Cancer Research*, publicado, em 2021, pelo Trio das Presidências Europeias da Eslovénia, Portugal e Alemanha; |
| | | Garantir a implementação do *National Cancer HUB* na comunidade, como entidade referência no apoio à gestão e implementação das iniciativas europeias na área do cancro, aumentar a captação de fundos europeus e promover a ENLCC, conferindo-lhe maior prestígio e robustez; |
| | | Promover, em conjunto com os Pontos de Contacto Nacionais para o Programa Saúde da AICIB ações de divulgação, assistência profissionalizada e monitorização de processos de candidatura a projetos de investigação e inovação na área do cancro; |
| | | Desenvolver e implementar, em articulação com instituições académicas e de formação, programas de formação (pré e pós-graduada) de Literacia em Investigação Clínica e Inovação em Saúde na área do cancro. |

**6 — Pilar dos Sobreviventes**

O crescente sucesso clínico na gestão da doença oncológica condiciona o aumento da prevalência de sobreviventes, apesar da mortalidade associada ao cancro representar a segunda causa de morte em Portugal.

Os principais problemas enfrentados pelos sobreviventes decorrem de: uma gestão insuficiente dos efeitos tardios e de longo prazo associados aos tratamentos; de problemas de coordenação e de falta de comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde; de necessidades psicossociais não atendidas, bem como de questões relacionadas com a reabilitação, a angústia emocional, a recorrência e a doença metastática.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada em 2006 (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho), tem como objetivo: articular as respostas clínicas e sociais necessárias à promoção da recuperação global de doentes com dependência; promover a sua autonomia, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social; bem como a promoção do bem-estar e qualidade de vida.

A Rede Nacional de Cuidados Paliativos é uma rede funcional e baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários.

Contudo, para a maioria dos doentes oncológicos e sobreviventes, a coordenação dos cuidados de saúde é assegurada, em autonomia, pelas estruturas do SNS, de acordo com as melhores práticas locais. Com a finalidade de promover equidade e otimização dos cuidados é importante

desenvolver mecanismos tendentes à harmonização de cuidados de saúde para os sobreviventes, incluindo a promoção de estilos de vida saudáveis.

A União Europeia identificou como objetivos a alcançar no âmbito da gestão de sobreviventes e da promoção da sua qualidade de vida: a implementação do "*Cancer Survivor SmartCard*"; de um centro digital para informação e monitorização dos sobreviventes "*European Cancer Patient Digital Centre*"; do desenvolvimento de um "código de conduta" que garanta equidade no acesso a serviços financeiros para doentes com cancro; da integração dos direitos de doentes oncológicos e sobreviventes de cancro, na estratégia sobre direitos das pessoas com deficiência, e a implementação da Diretiva sobre o equilíbrio entre a vida pessoal e a profissional, para pais e cuidadores.

Uma estratégia de luta contra o cancro, integradora e abrangente, terá, necessariamente, que acautelar as necessidades de sobreviventes e dos seus cuidadores.

6.1 — Caracterização de Necessidades

**6.1.1 — Objetivos Nacionais**

• Implementar a aferição de morbilidade e incapacidade do sobrevivente oncológico em 2026 e 2030.

• Implementar a aferição sistemática da qualidade de vida dos doentes oncológicos, em 2030.

• Disponibilizar acesso a um resumo estruturado da doença oncológica e das intervenções terapêuticas realizadas a todos os doentes oncológicos, em 2025.

**6.1.2 — Estratégias Nacionais**

• Desenvolver um modelo para aferir morbilidade e incapacidade do sobrevivente oncológico, em idade adulta e pediátrica, até 2026;

• Identificar e propor quais as medidas de monitorização da qualidade de vida de doentes e sobreviventes de cancro, em idade adulta e pediátrica, a integrar no Registo Oncológico Nacional, até 2026;

• Desenhar um modelo para avaliação sistemática, de base populacional, da qualidade de vida dos doentes oncológicos, em idade adulta e pediátrica, e sua integração no Registo Oncológico Nacional, em 2026;

• Transpor para o ordenamento jurídico português a Diretiva relativa à conciliação entre a vida profissional e a vida familiar dos progenitores e cuidadores em 2025;

• Implementar medidas legislativas que protejam os doentes e sobreviventes oncológicos no acesso aos serviços financeiros, incluindo os seguros, em 2025;

• Publicar um guião de referência breve para a prescrição de exercício físico no doente oncológico, até 2024.

• Desenvolver e disponibilizar ferramentas eletrónicas para os guias de aconselhamento breve para a atividade física para a população oncológica, até 2024;

• Monitorização semestral das ferramentas digitais associadas aos guias de aconselhamento breve para a atividade física para a população oncológica, até 2030;

• Desenvolver um projeto piloto de consulta de atividade física para a população oncológica em unidades certificadas da RRO, até 2026;

• Implementar o *Cancer Survivor SmartCard* em 2024;

• Identificar e propor critérios para a participação nacional na EU Network of Youth Cancer Survivors;

• Colaborar com a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos no sentido de aumentar a resposta de cuidados domiciliários especializados aos doentes oncológicos.

6.2 — Intervenção Social e Regulamentar

**6.2.1 — Objetivos Nacionais**

Transpor para o ordenamento jurídico nacional as Diretivas Europeias que incidam sobre os direitos de doentes oncológicos, sobreviventes da doença oncológica e seus cuidadores.

**6.2.2 — Estratégias Nacionais**

Implementar medidas legislativas que protejam os doentes e sobreviventes oncológicos no acesso aos serviços financeiros, incluindo os seguros;

Proceder ao levantamento do ordenamento jurídico nacional que garanta a estrutura, os direitos laborais, sociais e financeiros dos doentes oncológicos;

Proceder ao levantamento do ordenamento jurídico nacional que enquadra a conciliação entre a vida profissional e a vida familiar dos progenitores e cuidadores de doentes oncológicos;

6.3 — Articulação com Outros Instrumentos

Prevê-se articulação com a Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental na medida em que os objetivos e estratégias identificados no Pilar do Diagnóstico e Tratamento irão proporcionar os meios necessários à otimização do apoio ao doente e sobrevivente oncológico na área da Saúde Mental.

6.4 — Sumário de Objetivos e Ações Específicas

Sumariza-se na Tabela 4 os objetivos e as ações delineadas para o pilar dos Sobreviventes da proposta de Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030.

**Tabela 4: Sumário de Objetivos e Ações previstas para o pilar de Sobreviventes Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, horizonte 2030**

| Área de Intervenção | Objetivos | Ações |
|---|---|---|
| Caracterização de Necessidades. | — Implementar a aferição de morbilidade e incapacidade do sobrevivente oncológico em 2026 e 2030.<br>— Implementar a aferição sistemática da qualidade de vida dos doentes oncológicos, em 2030.<br>— Disponibilizar acesso a um resumo estruturado da doença oncológica e das intervenções terapêuticas realizadas a todos os doentes oncológicos, em 2025. | Desenvolver um modelo para aferir morbilidade e incapacidade do sobrevivente oncológico, em idade adulta e pediátrica, até 2026; |
| | | Identificar e propor quais as medidas de monitorização da qualidade de vida de doentes e sobreviventes de cancro, em idade adulta e pediátrica, a integrar no Registo Oncológico Nacional, até 2026; |
| | | Desenhar um modelo para avaliação sistemática, de base populacional, da qualidade de vida dos doentes oncológicos, em idade adulta e pediátrica, e sua integração no Registo Oncológico Nacional, em 2026; |
| | | Transpor para o ordenamento jurídico português a Diretiva relativa à conciliação entre a vida profissional e a vida familiar dos progenitores e cuidadores em 2025; |
| | | Implementar medidas legislativas que protejam os doentes e sobreviventes oncológicos no acesso aos serviços financeiros, incluindo os seguros, em 2025; |
| | | Publicar um guião de referência breve para a prescrição de exercício físico no doente oncológico, até 2024. |
| | | Desenvolver e disponibilizar ferramentas eletrónicas para os guias de aconselhamento breve para a atividade física para a população oncológica, até 2024; |
| | | Monitorização semestral das ferramentas digitais associadas aos guias de aconselhamento breve para a atividade física para a população oncológica, até 2030; |
| | | Desenvolver um projeto piloto de consulta de atividade física para a população oncológica em unidades certificadas da RRO, até 2026; |
| | | Implementar o *Cancer Survivor SmartCard* em 2024; |
| | | Identificar e propor critérios para a participação nacional na *EU Network of Youth Cancer Survivors*; |

| Área de Intervenção | Objetivos | Ações |
|---|---|---|
| | | Colaborar com a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos no sentido de aumentar a resposta de cuidados domiciliários especializados aos doentes oncológicos. |
| Intervenção Social e Regulamentar. | — Transpor para o ordenamento jurídico nacional as Diretivas Europeias que incidam sobre os direitos de doentes oncológicos, sobreviventes da doença oncológica e seus cuidadores. | Implementar medidas legislativas que protejam os doentes e sobreviventes oncológicos no acesso aos serviços financeiros, incluindo os seguros; |
| | | Proceder ao levantamento do ordenamento jurídico nacional que garanta a estrutura, os direitos laborais, sociais e financeiros dos doentes oncológicos; |
| | | Proceder ao levantamento do ordenamento jurídico nacional que enquadra a conciliação entre a vida profissional e a vida familiar dos progenitores e cuidadores de doentes oncológicos; |

(1) *Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, L.A. and Jemal, A. (2018), Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68: 394-424. https://doi.org/10.3322/caac.21492.*

(2) *Miranda, Ana C, Mayer-da-Silva, Alexandra, Glória, Luísa, Brito, Cláudia. Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal, em 2018. Registo Oncológico Nacional; 2021.*

(3) *RON. Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal, em 2019. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil — EPE, ed. Porto, 2022. Acesso a 27, 2022 em https://ron.min-saude.pt/media/2214/ron-2019_new_v8f.pdf.*

(4) *Whiteman DC, Wilson LF. The fractions of cancer attributable to modifiable factors: A global review. Cancer Epidemiol. 2016; 44:203-221.*

(5) *A review of human carcinogens. Part E: Personal habits and indoor combustions/IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans (2009: Lyon, France).*

(6) *Hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (HAPs) — benzo(a)pireno; ftalato de di(2-etil-hexilo) (DEHP); benzeno; PFAS — substâncias per- e polifluoroalquiladas, da qual fazem parte os PFOA (ácido perfluoro-octanóico) e os PFOS (ácido perfluoro-octano sulfónico); dioxinas, furanos e PCBs planares; cádmio; compostos de níquel; urânio e radão; clorofórmio e ácidos haloacéticos.*

(7) *Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016 — Relatório de resultados. Porto: Universidade do Porto; 2017.*

(8) *Gregório MJ, Sousa SM, Teixeira D. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2020.*

(9) *De Pergola G, Silvestris F. Obesity as a major risk factor for cancer. J Obes. 2013; 2013:291546.*

(10) *Patel, A. V., Friedenreich, C. M., Moore, S. C., Hayes, S. C., Silver, J. K., Campbell, K. L.,... & Matthews, C. E. (2019). American College of Sports Medicine roundtable report on physical activity, sedentary behavior, and cancer prevention and control. Medicine and science in sports and exercise, 51(11), 2391.*

*2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. In: Services DoHaH. Washington, D.C.; 2018.*

(11) *World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: A Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. Disponível online: https://www.wcrf.org/diet-and-cancer/cancer-prevention-recommendations/.*

(12) *INE. Inquérito Nacional de Saúde 2019. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I. P.; 2020.*

(13) *Dados do Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal, em 2018.*

(14) *Recomendação do Conselho de 9 de dezembro de 2022 sobre o reforço da prevenção através da deteção precoce: uma nova abordagem da UE para o rastreio do cancro que substitui a Recomendação 2003/878/CE do Conselho 2022/C 473/01, acessível em https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32022H1213(01).*

(15) *De acordo com o Relatório de Monitorização e Avaliação dos Rastreios Oncológicos organizados de base populacional 2019-2020, DGS 2021.*

(16) *Dados estatísticos obtidos a partir de: Maria José Bento, Jéssica Rodrigues, Pedro Leite Silva, Rita Calisto. Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal, em 2019. Registo Oncológico Nacional. Acesso em 27 de dezembro de 2022. https://ron.min-saude.pt/media/2214/ron-2019_new_v8f.pdf.*

(17) *Baili, P., F. Di Salvo, R. Marcos-Gragera, et al. (2015). "Age and case mix-standardised survival for all cancer patients in Europe 1999-2007: Results of EUROCARE-5, a population-based study." Eur J Cancer 51(15): 2120-2129.*

(18) *Passos-Coelho, J. L., M. Castro Ribeiro, E. Santos, et. Al (2011). "Suboptimal survival of male germ-cell tumors in southern Portugal-a population-based retrospective study for cases diagnosed in 1999 and 2000." Ann Oncol 22(5): 1215-1220.*

317150676