



**PROTOCOLO PARA O ACESSO AO RASTREIO DO COLON E RETO**  
**ENTRE A ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.**  
**E O CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE**

Considerando que:

- A. As doenças oncológicas são a segunda principal de causa de morte em Portugal, sendo a luta contra o cancro uma das prioridades inscritas no Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016.
- B. O cancro do colon e reto (CCR) é o terceiro mais frequente na população portuguesa, o segundo mais frequente nas mulheres e o terceiro mais frequente nos homens, estimando-se que sejam detetados mais de 7432 novos casos de CCR, o que se traduz em 3601 óbitos por esta causa, anualmente. Assim, Portugal revela uma das mais altas taxas de incidência e mortalidade por CCR da Europa.
- C. O Programa Nacional Contra as Doenças Oncológicas (PNDO)) e a normativa nº 018/2012 de 21/12/2012 da Direção-Geral da Saúde (DGS) determinam a prioridade de programar e implementar em todo o país o programa de rastreio organizado do CCR.
- D. O Despacho Ministerial n.º 4771-A/2016 determina que até ao final de 2017 a taxa de cobertura geográfica do rastreio de base populacional do CCR atinja os 100% a nível nacional.
- E. Os programas de rastreio organizado de cancro consistem na aplicação de exames sistemáticos a toda a população saudável ou de grupos específicos selecionados da população saudável, com o objetivo de diminuir a incidência e a mortalidade, através de deteção precoce, aumentando as possibilidades de cura, proporcionando um tratamento menos agressivo e incrementando a sobrevivência com maior qualidade de vida.
- F. A missão e atribuições cometidas à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. (ARSLVT, IP), visando garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprindo, e fazendo cumprir, as políticas e programas de saúde na sua área de intervenção, bem como, valorizando a colaboração com outras entidades, designadamente do sector público;
- G. A competência da ARSLVT, IP para negociar, celebrar e acompanhar os contratos, protocolos e convenções, bem como efetuar a respetiva avaliação e revisão, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, executando políticas sectoriais de saúde, visando o seu ordenamento racional e a otimização dos recursos;



- H. Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) são serviços de saúde desconcentrados da ARSLVT, IP, com autonomia administrativa, e que se encontram sujeitos ao seu poder de direção;
- I. Os Hospitais que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS) devem promover a devida articulação com as unidades de cuidados de saúde primários, por forma a possibilitar a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) aos utentes do SNS, com o aproveitamento da sua capacidade instalada, logística e de recursos humanos, contribuindo, desta forma, para a rentabilização dos meios da instituição e para satisfação da procura por parte dos utentes;
- J. Os cuidados de saúde primários constituem um pilar central do Sistema de Saúde, constituindo, por isso, o reforço deste nível de cuidados um importante mecanismo de otimização e, em simultâneo, de promoção da criação de condições que possibilitem uma melhor gestão e a articulação efetiva entre instituições, com ganhos globais para o SNS;
- K. Pretende-se iniciar e alargar a cobertura geográfica do rastreio populacional do CCR durante o ano de 2017 e que a dimensão e complexidade deste programa, impõem um planeamento rigoroso e, desde logo, a definição das instituições de saúde que colaborarão na sua realização e respetivas obrigações;
- L. O disposto no Despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde, n.º 4771-A/2016, de 7 de Abril de 2016, publicado na 2ª Série do DR, nº 68, de 7 de Abril;

**É celebrado entre:**

A **Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.**, doravante designada por ARSLVT, IP, pessoa coletiva pública com o n.º 503 148 776, com sede na Av. Estados Unidos da América n.º77, 1749-096, em Lisboa, representada no presente ato pela Presidente do Conselho Diretivo, Dr.ª Rosa Valente de Matos, nos termos do artigo 21º, nº 3 da Lei-Quadro dos Institutos Públicos aprovada pela Lei nº 3/3004, de 15 de Janeiro, republicada com a redação constante do Anexo ao Decreto-Lei nº 5/2012, de 17 de Janeiro, com redação em vigor,

**E**

O **Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.**, doravante designado por **CHLN**, com sede na Av. Professor Egas Moniz, 1649-035 Lisboa, pessoa coletiva pública n.º 508481287, representada no presente ato pelo Presidente do Conselho de Administração, Dr. Carlos José das Neves Martins, nos termos do artigo 8º, nº 1 alínea d) do Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro,



**O presente Protocolo, que se rege pelas cláusulas seguintes:**

#### **Cláusula 1.ª**

##### **Objeto**

1. O presente Protocolo regula os termos em que a ARSLVT e o CHLN se comprometem a cooperar na realização do programa de rastreio do CCR, adiante designado por Programa, dos ACES Lisboa Norte, ACES Oeste Norte, ACES Oeste Sul, ACES Lisboa Central, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, ACES Cascais, ACES Sintra, ACES Amadora, ACES Loures-Odivelas, ACES Lezíria, ACES Médio Tejo e ACES Estuário do Tejo.
2. O Programa consubstancia-se na realização de teste imunológico quantitativo (PSOF), para deteção de sangue oculto nas fezes, a efetuar a todas homens e mulheres entre os 50 e os 74 anos inscritos nos ACES mencionados no ponto 1 e na realização de colonoscopias.
3. O teste (PSOF) referido no número anterior é realizado pelo CHLN, sendo a colheita dos produtos biológicos efetuada pelos utentes.
4. A referenciação para colonoscopia é realizada de acordo com o definido no fluxograma do PRCCR (Anexo 1).

#### **Cláusula 2.ª**

##### **Princípios gerais**

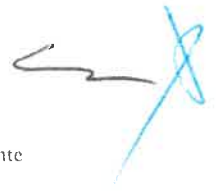
O presente Protocolo constitui um instrumento de operacionalização da política do Ministério da Saúde e do planeamento regional de afetação de recursos e sustenta os seus termos nos seguintes princípios:

- a) Promoção do acesso, melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, satisfação global dos utentes e obtenção de Ganhos em Saúde;
- b) Gestão criteriosa e utilização eficiente dos recursos disponíveis na procura da sustentabilidade económico-financeira do SNS.

#### **Cláusula 3.ª**

##### **Execução do Programa**

O tempo mínimo de duração do Programa é de dois anos de forma a garantir a cobertura à população alvo.



#### **Cláusula 4.ª**

##### **Obrigações do CHLN, E.P.E.**

O CHLN obriga-se a:

- a) Assegurar a distribuição e a recolha dos produtos biológicos para os testes de rastreio;
- b) Garantir o registo e o processamento das amostras enviadas pelos Centros de Saúde no prazo máximo de 15 dias;
- c) Validar a introdução de todos os resultados do teste de PSOF na plataforma de rastreios;
- d) Garantir treino e experiência dos profissionais do laboratório nas técnicas de análise e nos processos de garantia de qualidade;
- e) Cumprir as instruções de utilização do fornecedor do analisador;
- f) Implementar controlos diários da precisão analítica do analisador, tendo como principal enfoque o *cut-off* limite estabelecido;
- g) Cumprir os procedimentos de manutenção do equipamento;
- h) Desencadear as medidas necessárias para evitar atrasos no processamento das amostras devido à avaria do equipamento;
- i) Implementar procedimentos de controlo da qualidade interna;
- j) Participar em processos de auditoria da qualidade por entidades externas;
- k) Garantir a marcação de colonoscopia no prazo máximo de 30 dias para os utentes com teste primário de PSOF positivo dos ACES mencionados no ponto 1 da cláusula 1.ª, à exceção do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras;
- l) Garantir um contacto telefónico de recordatória ao utente, em caso de falta à colonoscopia;
- m) Garantir o consentimento informado escrito dos utentes para a realização da colonoscopia;
- n) Garantir o registo da informação solicitada pela plataforma de rastreios, relacionada com a realização do exame e resultado histológico, para além do registo nos sistemas de informação clínicos do Hospital;
- o) Garantir o envio da (s) peça (s) anatomopatológica (s) colhida (s) durante a colonoscopia para o Serviço de Anatomopatologia;
- p) Garantir a referenciação para consulta de decisão terapêutica, tratamentos e cirurgia, se indicado;
- q) Garantir a comunicação do resultado da colonoscopia ao utente, de forma clara e em tempo adequado;
- r) Garantir o registo dos casos positivos para cancro na plataforma ROR;
- s) Decidir relativamente ao regresso do utente ao PRCCR, no momento da alta.

#### **Cláusula 5.ª**

##### **Obrigações da ARSLVT, I.P.**

1. Os Serviços Centrais, obrigam-se a:

- a) Identificar a população-alvo e carrega-la na "plataforma de rastreios";



- b) Promover a divulgação do programa junto das equipas de saúde da família;
- c) Garantir o sistema de informação para o programa de rastreio “plataforma de rastreios” e assegurar a respetiva instalação e manutenção;
- d) Atualizar os dados do sistema de informação do programa, em tempo útil, na parte que lhe é aplicável;
- e) Definir a rede de referenciação hospitalar para os (as) utentes que necessitem de colonoscopia e/ou tratamento;
- f) Assegurar toda a atividade formativa que vier a ser identificada como necessária;
- g) Adquirir os meios necessários para a campanha de informação e divulgação do programa.
- h) Realizar auditorias clínicas, financeiras ou administrativas a todos os aspetos relacionados com o desenvolvimento do programa.

## 2. Os Agrupamentos de Centros de Saúde obrigam-se a:

- a) Assumir o compromisso de implementação do PRCCR e responsabiliza-se pela sua boa execução e monitorização a nível local;
- b) Articular com a Coordenação Regional do programa para assegurar a sua boa implementação;
- c) Designar o Gestor do Programa ao nível do ACES e os interlocutores do programa ao nível de cada unidade (médico, enfermeiro, administrativo);
- d) Assegurar a logística de implementação do programa;
- e) Definir a população elegível com base nos critérios de exclusão estabelecidos; no caso dos utentes sem médico e enfermeiro de família, este processo é da responsabilidade do Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES;
- f) Informar os utentes sobre a importância do rastreio, promover e divulgar localmente o programa;
- g) Optimizar as taxas de participação e maximizar a acessibilidade ao serviço para todos os grupos da comunidade;
- h) Enviar carta convite à população elegível;
- i) Realizar a consulta de anamnese e entregar o teste de PSOF ao utente;
- j) Recolher a informação clínica e administrativa que acompanhará as colheitas para o laboratório e controlar a entrega das amostras;
- k) Garantir a comunicação do resultado do teste de PSOF aos utentes e a emissão da carta de resultado;
- l) Encaminhar o utente para consulta de gastroenterologia/colonoscopia, em caso de resultado positivo, garantindo o consentimento informado e fornecendo informação adequada para a preparação do exame;
- m) Assegurar a referenciação dos casos positivos do rastreio para os Hospitais, de acordo com a rede de referenciação definida pela ARSIVT, IP;



- n) Garantir a continuidade do acompanhamento do utente em todo o processo de rastreio, pela equipa de família;
- o) Elaborar relatório anual sobre o programa;
- p) Colaborar ativamente nas estratégias de promoção da adesão dos utentes ao rastreio;
- q) Monitorizar os indicadores de controlo do programa;
- r) Colaborar em trabalhos científicos e de investigação de acordo com o seu nível técnico.

#### **Cláusula 6.ª**

##### **Local de Rastreio**

1. O teste é realizado pelo próprio utente na sua residência utilizando um dispositivo coletor de fezes com encerramento hermético e acompanhado de instruções de colheita em língua portuguesa que lhe é entregue no seu centro de saúde.
2. O local de entrega das amostras é feito nas unidades de saúde dos ACES Lisboa Norte, Oeste Norte, Oeste Sul, Lisboa Central, Lisboa Ocidental e Oeiras, Cascais, Sintra, Amadora, Loures-Odivelas, Lezíria, Médio Tejo e Estuário do Tejo.
3. A leitura e realização do teste de PSOF são da responsabilidade do Serviço de Patologia Clínica do CHLN.

#### **Cláusula 7.ª**

##### **Articulação funcional**

1. Com vista à resolução dos problemas que possam ocorrer no âmbito da execução do presente protocolo, os Diretores Executivos dos ACES, com o conhecimento da ARSLVT,IP, designam um gestor do programa, para estabelecer a articulação funcional com um representante designado pelo Hospital.
2. Aos representantes designados nos termos do número anterior compete, conjuntamente, definir o cronograma e universo calendarizado do rastreio e monitorizar/acompanhar os procedimentos definidos conforme o previsto no Anexo II.
3. As dúvidas suscitadas pelo presente protocolo serão resolvidas por interpretação à luz do documento "Programa de Rastreio do CCR", que se encontra no Anexo III.

#### **Cláusula 8.ª**

##### **Condições de admissão**

1. O CHLN não pode recusar a execução dos exames salvo quando:



- a) Os atos requisitados não puderem ser executados por avaria do equipamento;
- b) O (s) produto(s) biológico(s), não estiver (em) em condições (colheita, preservação, identificação e requisição completa) que não permitam a realização dos exames;
- c) Quando a requisição do médico prescritor não conste da plataforma informática;
- d) Quando o código de barras identificador da colheita não for legível;
- e) Nos casos em que, por qualquer motivo, a requisição tiver sido emitida em suporte físico de papel e se verifique alguma das seguintes situações:
  - i. Quando a requisição não se encontrar correta e completamente preenchida, designadamente sem a data da prescrição, ou contiver rasuras, correções ou quaisquer outras modificações, ou não contenha a certificação por meio de vinheta com código de barras do local de prescrição e do médico prescritor com a respetiva assinatura;
  - ii. Quando as nomenclaturas utilizadas pelo médico requisitante ou a sua ilegibilidade possam suscitar dúvidas quanto ao tipo de ato requisitado;
2. Sempre que o CHLN aceite realizar aos utentes exames de rastreio nalguma das situações referidas no ponto anterior, os mesmos não constituem encargo da ARSLVT, IP, pelo que não é devido o respetivo pagamento.
3. Caso as amostras dos produtos biológicos não reúnam as condições necessárias para a realização dos exames o Serviço de Patologia Clínica do CHLN deve contactar o secretariado da Unidade requisitante do ACES e solicitar a requisição de nova amostra, rejeitando a amostra que não cumpre com as conformidades.

#### **Cláusula 9.ª**

##### **Entrega de resultados**

1. O prazo máximo de entrega de resultados ou relatórios de exames realizados ao abrigo do presente Protocolo é de 15 dias após a data de receção dos produtos biológicos no Serviço de Patologia Clínica do CHLN.
2. Os resultados analíticos são disponibilizados pelo CHLN por integração direta na plataforma de rastreios da ARSLVT e também via PDS.
3. Sempre que, por qualquer motivo, os resultados não possam ser disponibilizados nos termos do número anterior sem prejuízo do cumprimento do prazo a que se refere o nº 1, os resultados ou relatórios são remetidos ao médico de medicina geral e familiar, preferencialmente por envelope fechado, com salvaguarda da confidencialidade dos dados.

4. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, os resultados analíticos podem, sempre que solicitado, ser entregues ao próprio utente ou a quem legalmente o represente, em suporte físico de papel, sem qualquer custo.

#### **Cláusula 10.ª**

##### **Preço e Quantidade**

1. Os serviços prestados pelo CHLN abrangem um máximo de 177.750 (cento e setenta e sete mil setecentos e cinquenta) testes de PSOF, e 5.076 (cinco mil e setenta e seis) colonoscopias com sedação, anualmente.
2. Os referidos exames são faturados a um preço unitário de € 3 (três euros), incluindo processo de distribuição e recolha associado, e € 169,73 (cento e sessenta e nove euros e setenta e três cêntimos), respetivamente, por pessoa rastreada, o que perfaz um montante anual máximo de 1.394.799€ (um milhão trezentos e noventa e quatro mil e setecentos e noventa e nove euros) a pagar ao CHLN.
3. Caso o valor objeto do presente protocolo não se revele ajustado, admite-se findo 1 ano desde o início da execução do protocolo, a revisão do preço estabelecido.

#### **Cláusula 11.ª**

##### **Transporte das amostras**

O CHLN assegura a distribuição dos dispositivos coletores pelos ACES e o retorno das amostras ao Serviço de Patologia Clínica.

#### **Cláusula 12.ª**

##### **Faturação e Pagamento**

1. O CHLN está obrigado a identificar, através do número de utente, todos os exames de rastreio realizados ao abrigo do presente Protocolo.
2. O CHLN remete mensalmente à ARSLVT, I.P. o ficheiro com a listagem nominal dos exames em suporte eletrónico, com os seguintes elementos clínicos e administrativos:
  - a) Número de utente;
  - b) Nome do utente;
  - c) Data da realização dos atos clínicos.



3. O CHLN remete à ARSLVT a fatura dos exames efetuados, até ao dia 10 do mês subsequente à realização dos mesmos.
4. A ARSLVT valida a fatura do CHLN e procede ao pagamento, no prazo máximo de 60 dias.
5. Nos casos de divergência de faturação resultantes, designadamente, de erros de cálculo e da atribuição incorreta de valores aos atos praticados, deve a ARSLVT, IP suspender os pagamentos relativamente aos atos que suscitem dúvidas, até que sejam produzidos os esclarecimentos ou efetuadas as correções convenientes que haja lugar.

### **Cláusula 13.ª**

#### **Cessação**

1. O presente Protocolo cessa:
  - a) A qualquer momento por acordo entre os outorgantes;
  - b) Por resolução por qualquer das Partes, com fundamento em incumprimento das obrigações acordadas que, pela sua gravidade, ponham em causa a subsistência do Protocolo, através de notificação escrita;
  - c) Por denúncia, por carta registada com aviso de receção, com a antecedência mínima de 60 dias relativamente ao seu termo.
2. Em caso de denúncia, as Partes não têm direito a exigir indemnização por encargos assumidos e despesas realizadas no âmbito do presente Protocolo.

### **Cláusula 14.ª**

#### **Entrada e vigor e vigência**

1. O presente Protocolo entra em vigor no dia 4 de setembro de 2017, e tem a duração mínima de dois anos, renovando-se automaticamente por períodos de um ano.
2. Cessa automaticamente o Protocolo com a emissão de diferentes diretrizes pelo Ministério da Saúde.

O presente Protocolo é feito em duplicado e vai ser assinado pelas Partes ficando um exemplar na posse de cada uma.

Lisboa, 5 de julho de 2017

Pela ARSLVT, I.P.

Rosa-Valente de Matos

Presidente do Conselho Diretivo

Pelo CHLN, E.P.E.

Carlos das Neves Martins

Presidente do Conselho de Administração

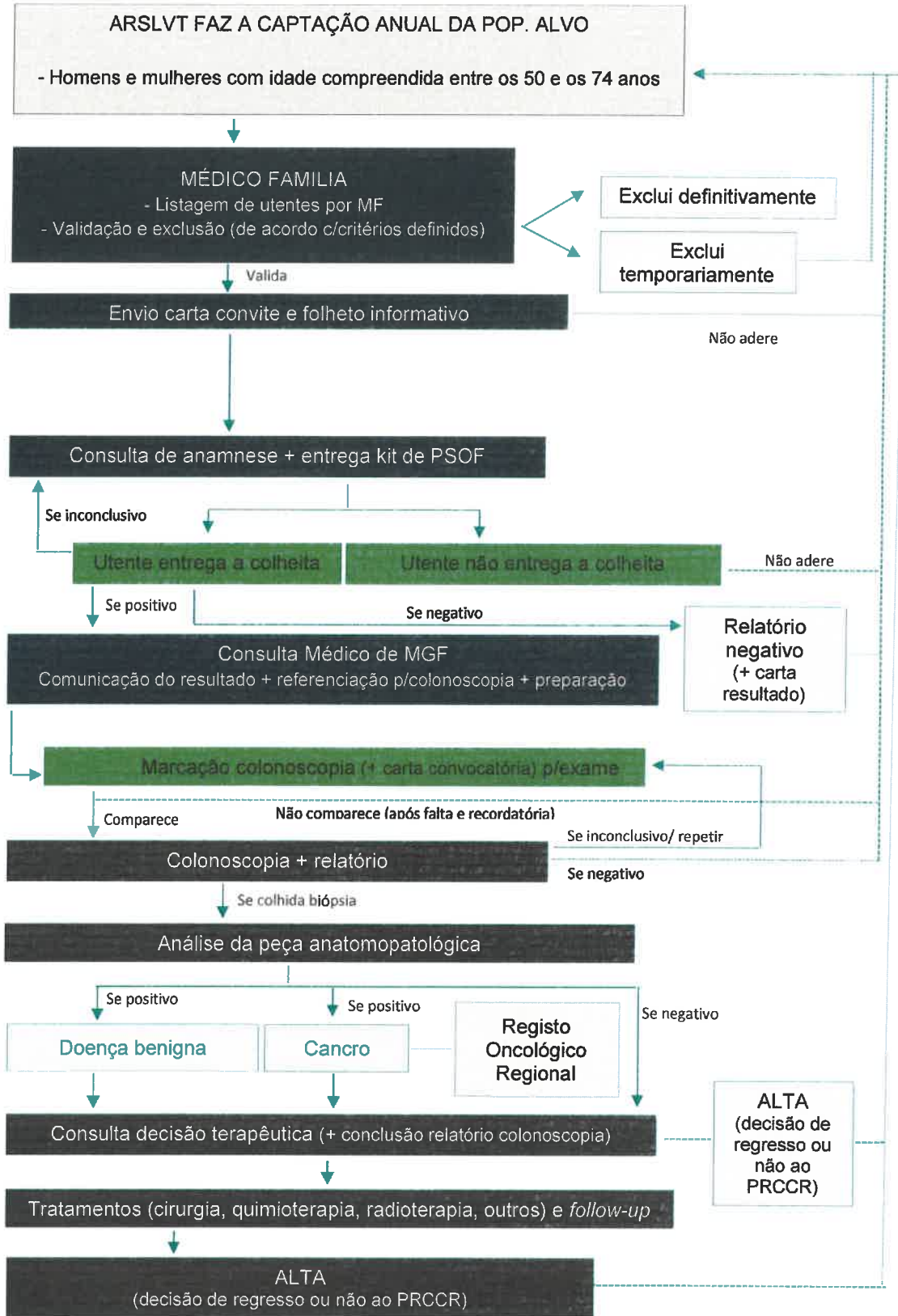


CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



## ANEXO I

### FLUXOGRAMA DE RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RETO





## ANEXO II

### (Cláusula Sétima, Ponto 1 e 2)

#### DESIGNAÇÃO DOS REPRESENTANTES

##### Designação dos representantes

- Centro Hospitalar Lisboa Norte: Prof. Doutor Melo Cristino, Diretor do Serviço de Patologia Clínica, [melo.cristino@chln.min-saude.pt](mailto:melo.cristino@chln.min-saude.pt)
- Centro Hospitalar Lisboa Norte: Prof. Doutor José Velosa, Diretor do Serviço de Gastroenterologia, [jose.velosa@chln.min-saude.pt](mailto:jose.velosa@chln.min-saude.pt)
- ACES Lisboa Norte: Dr.ª Clara Pais, Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, médica de Medicina Geral e Familiar, mail: [clara.pais@arslvt.min-saude.pt](mailto:clara.pais@arslvt.min-saude.pt)
- ACES Lisboa Central: Dr. Guilherme Augusto Bento Frazão Ferreira, Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, médica de Medicina Geral e Familiar, mail: [guilherme.ferreira@arslvt.min-saude.pt](mailto:guilherme.ferreira@arslvt.min-saude.pt)
- ACES Lisboa Ocidental e Oeiras: Dr. Rafique Ali Nordin, Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, médica de Medicina Geral e Familiar, mail: [rafic.nordin@arslvt.min-saude.pt](mailto:rafic.nordin@arslvt.min-saude.pt)
- ACES Oeste Norte Dra. Marta Isabel Félix Marques Antunes, Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, médica de Medicina Geral e Familiar, mail: [marta.felix@arslvt.min-saude.pt](mailto:marta.felix@arslvt.min-saude.pt)
- Aces Oeste Sul: Dr. Joaquim Eduardo Silva Moura, Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, médica de Medicina Geral e Familiar, mail: [joaquim.moura@arslvt.min-saude.pt](mailto:joaquim.moura@arslvt.min-saude.pt)
- ACES Cascais: Dra. Isabel Rodrigues Pardal de Carvalho Rodrigues, Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, médica de Medicina Geral e Familiar, mail: [isabel.pardal@arslvt.min-saude.pt](mailto:isabel.pardal@arslvt.min-saude.pt)
- ACES Sintra: Dra. Maria João Barrau, Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, médica de Medicina Geral e Familiar, mail: [maria.j.silva@arslvt.min-saude.pt](mailto:maria.j.silva@arslvt.min-saude.pt)
- ACES Amadora: Dra. Leonor Neves, Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, médica de Medicina Geral e Familiar, mail: [leonor.neves@arslvt.min-saude.pt](mailto:leonor.neves@arslvt.min-saude.pt)
- ACES Loures – Odivelas: Dra. Maria Helena Oliveira Morgado Canada, Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, médica de Medicina Geral e Familiar, mail: [helena.canada@arslvt.min-saude.pt](mailto:helena.canada@arslvt.min-saude.pt)



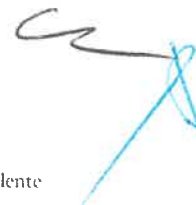
CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA



Hospital  
PulidoValente



- ACES Lezíria: Dra. Marília Boavida Pereira da Silva, Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, médica de Medicina Geral e Familiar, mail: [mariliaboavida@arslvt.min-saude.pt](mailto:mariliaboavida@arslvt.min-saude.pt)
- ACES Médio Tejo: Dra. Vanda Isabel Silva Farias Sousa Duarte Torre, Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, médica de Medicina Geral e Familiar, mail: [vanda.torre@arslvt.min-saude.pt](mailto:vanda.torre@arslvt.min-saude.pt)
- ACES Estuário do Tejo: Dr. Armando Almeida Braz, Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, médica de Medicina Geral e Familiar, mail: [armando.braz@arslvt.min-saude.pt](mailto:armando.braz@arslvt.min-saude.pt)



CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE. EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'C'.



### ANEXO III

### BROCHURA DO PROGRAMA DE RASTREIO DO CANCRO DO COLON E RETO

PROGRAMA DE RASTREIO  
DO **CANCRO DO CÓLON E**  
**RETO** DA REGIÃO DE LISBOA E  
VALE DO TEJO

JULHO 2017





## MENSAGEM DA PRESIDENTE

Caros colaboradores,

A prevenção da doença é uma das maiores apostas da ARS de Lisboa e Vale do Tejo.

Assim, com o objetivo de diagnosticar precocemente e tratar de forma atempada o cancro do cólon e reto, vamos implementar um programa de rastreio gratuito, que será disponibilizado a toda a população da região de Lisboa e Vale do Tejo.

O cancro do cólon e reto é o terceiro cancro mais frequente na população portuguesa, e as suas consequências mais graves são evitáveis, com um diagnóstico precoce e um tratamento atempado. Por isso, é extremamente importante a sensibilização e a adesão da população e de todos os profissionais de saúde a este programa de rastreio.

Dar mais anos à vida e melhor vida aos anos é possível com empenho de todos e de cada um de nós.

Contamos consigo para que este programa de rastreio seja um sucesso!

Adira, participe e divulgue o programa de rastreio.

Lisboa, 5 de julho de 2017

**A Presidente do Conselho Diretivo**

---

(Rosa Valente de Matos)

## AGRADECIMENTOS

*Ao Dr. Fernando Tavares, Diretor do Departamento de Estudos e Planeamento da ARS Norte, pela sua consultoria e fornecimento dos materiais de suporte ao programa.*

*Aos responsáveis pela concepção e redação do Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero na ARS Alentejo.*

*Aos responsáveis do Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero no Centro de Oncologia dos Açores, pelo fornecimento de materiais de suporte ao programa.*

## COMISSÃO EXECUTIVA DO ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA

<b>Coordenador</b>	Ricardo Martins da Luz
<b>Gastroenterologista</b>	António Dias Pereira
<b>Gastroenterologista</b>	Rui Palma
<b>Epidemiologista</b>	Ana da Costa Miranda
<b>Saúde Pública</b>	António Tavares
<b>Medicina Geral e Familiar</b>	Maria Clara Pais
<b>Anatomia Patológica</b>	Maria José Brito
<b>Enfermagem</b>	Maria Purificação Gandra

## COMISSÃO REGIONAL

<b>Coordenação clínica</b>	Eunice Carrapiço
<b>Administradora Hospitalar</b>	Madalena Vila-Lobos
<b>Equipa de rastreios</b>	Carolina Santos
<b>Equipa de rastreios</b>	José António Ferrão
<b>Equipa de rastreios</b>	Purificação Gandra
<b>Equipa de rastreios</b>	Rita Correia
<b>Equipa de rastreios</b>	Fátima Garcia
<b>Assessor TIC</b>	Paulo Feio
<b>Assessoria de comunicação</b>	Agostinho Esteves e Miguel Vieira

## ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

AT – Assistente Técnico

CCR – Cancro do cólon e reto

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EF – Enfermeiro de Família

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MF – Médico de Família

PCCS – Presidente do Concelho Clínico e de Saúde

PRCCR – Programa de Rastreio Cancro do Cólon e Reto

PSOF – pesquisa de sangue oculto nas fezes

RNU – Registo Nacional de Utentes

ROR – Registo Oncológico Regional

SI – Sistema de Informação

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

USF – Unidade de Saúde Familiar

## INDICE

OBJETIVOS DO PRCCR.....	7
OBJETIVOS GERAIS.....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
ELEIÇÃO DO TESTE DE RASTREIO .....	8
FLUXOGRAMA DO PRCCR.....	9
METODOLOGIA DO PRCCR .....	11
SISTEMA DE INFORMAÇÃO E INDICADORES DE CONTROLO .....	19
PLANO DE COMUNICAÇÃO.....	21
PLANO DE FORMAÇÃO .....	23
BIBLIOGRAFIA.....	24
ANEXO 1 – CARTA CONVITE .....	25
ANEXO 2 – FOLHETO INFORMATIVO .....	27
ANEXO 3 – CARTA DE RESULTADO.....	29
ANEXO 4 – CARTA DE MARCAÇÃO DE COLONOSCOPIA .....	33
ANEXO 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO .....	34
ANEXO 6 – CARTAZ.....	35

## OBJETIVOS DO PRCCR

A finalidade do programa de rastreio do CCR (PRCCR) é promover a equidade no acesso aos serviços de saúde e reduzir a morbilidade e mortalidade por CCR através do diagnóstico e tratamento precoce de lesões precursoras de situações malignas. Os efeitos do programa em termos de incidência de cancro e sobrevivência deverão ser evidentes uma década após a sua introdução na Região (NHS, 2013).

Pretende-se implementar um programa de rastreio organizado, de base populacional, acesso universal e gratuito, com monitorização da qualidade em todas as fases e avaliação do seu impacto a longo prazo, através das taxas de incidência e de mortalidade por cancro do cólon e Reto (CCR) na região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT).

### OBJETIVOS GERAIS

- Diminuir a incidência e mortalidade por CCR;
- Reduzir a proporção de cancros diagnosticados na fase clínica (sintomática) relativamente ao total de cancros diagnosticados;
- Diagnosticar precocemente o cancro cólon-rectal e as lesões pré-neoplásicas;
- Aumentar a sobrevivência dos indivíduos diagnosticados com cancro;
- Permitir que as pessoas façam uma escolha informada sobre a decisão de participar ou não no programa.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disponibilizar a toda a população elegível o teste de rastreio do CCR;
- Atingir em cada 2 anos a população com idade entre os 50 e os 74 anos;
- Atingir taxas de adesão populacional na população elegível de cada ano de 50% no 1º ano e 65% nos anos seguintes;
- Garantir a análise do teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) e a emissão de resultado no prazo máximo de 15 dias;
- Garantir que a taxa de testes de PSOF inconclusivos é inferior a 3%;
- Garantir colonoscopia para os casos positivos no prazo máximo de 31 dias.

## ELEIÇÃO DO TESTE DE RASTREIO

### Testes de PSOF

O teste imunológico apresenta várias vantagens em relação ao teste guaiaco (Halloran SP et al, 2012):

- Não exige restrição na dieta;
- Apresenta estabilidade na amostra mais baixa - as amostras colhidas deverão preferencialmente permanecer no frio e ser enviadas imediatamente para análise;
- Está associado a uma maior adesão da população;
- Requer um menor número de tubos de colheita;
- Demonstra maior sensibilidade e maior sensibilidade relativas para a deteção de adenomas avançados;
- Está associado a um valor positivo preditivo mais alto;
- Permite a definição de um *cut-off* a partir do qual é determinada positividade, garantindo um melhor balanço entre sensibilidade e especificidade.

## FLUXOGRAMA DO PRCCR

O rastreio organizado do CCR é um processo estruturado em torno das seguintes etapas fundamentais (EU Guidelines CCR, 2010):

- Identificação da população-alvo;
- Convocatória dos participantes elegíveis;
- Oferta do teste de rastreio;
- Comunicação dos resultados do rastreio;
- Tranquilização das pessoas com teste normal e informação sobre a calendarização do próximo teste;
- Reconvocatória das pessoas com teste insatisfatório/inconclusivo;
- Seguimento das pessoas com teste positivo, isto é, com necessidade de procedimentos diagnósticos e tratamento;
- Registo, monitorização e avaliação do programa.

Em qualquer destas etapas é imprescindível informação adequada ao utente para uma decisão consciente sobre a participação ou não no rastreio, em todos os atos clínicos previstos.

As características principais do programa de rastreio da ARSLVT são as seguintes:

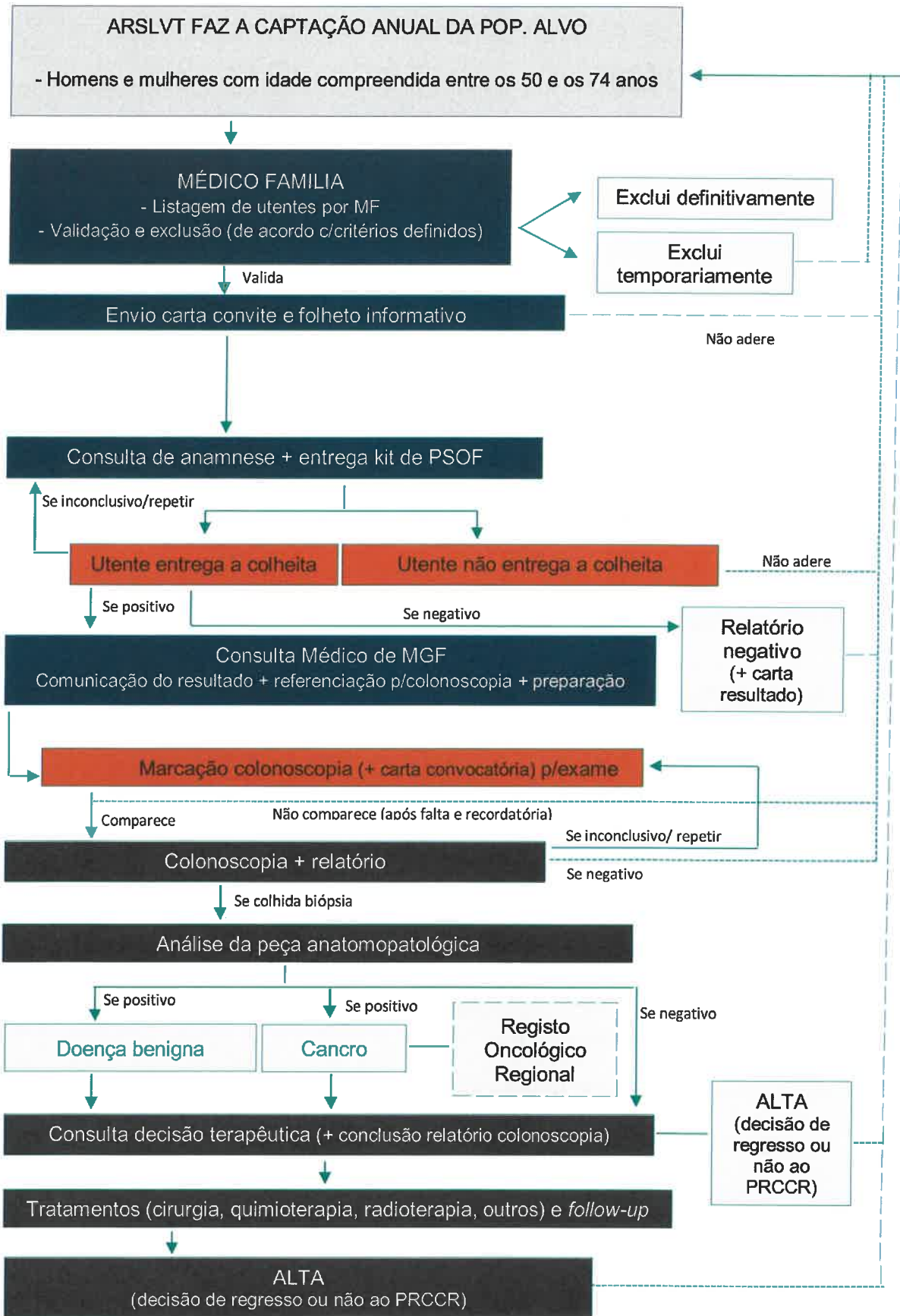
- Rastreio de base populacional, universal e gratuito;
- População elegível: homens e mulheres entre os 50 e os 74 anos inscritos nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da região, que não reúnam critérios de exclusão;
- Teste de rastreio: PSOF (teste imunológico quantitativo);
- Periodicidade: bienal (2/2 anos);
- Locais do rastreio: Centros de Saúde;
- Emissão de resultados: Hospitais;
- Investigação adicional (colonoscopias) e tratamento: hospitais de referência;
- Garantia e controlo de qualidade: ARSLVT (serviços centrais)
- Gestão dos sistemas de informação: ARSLVT (serviços centrais)

No rastreio organizado, a infraestrutura ao nível das tecnologias para dar suporte ao programa é significativa e inclui sistemas de informação para as convocatórias, reconvocatórias, recordatórias, comunicação dos resultados do rastreio, garantia de seguimento e de monitorização dos resultados clínicos como a incidência de cancro, estadio e mortalidade.

Os ganhos em saúde resultantes do rastreio dependem em larga escala da qualidade global e do desempenho atingido em cada fase do processo (EU Guidelines CCR, 2010).

O fluxograma do programa organizado de RCCR da ARSLVT é apresentado na **Ilustração 1**.





**Ilustração 1** Fluxograma geral do PRCCR

## METODOLOGIA DO PRCCR

Nesta secção é apresentada a metodologia detalhada de cada uma das etapas do rastreio, desde a captação da população-alvo na ARSLVT, ao tratamento e seguimento dos utentes com doença diagnosticada, nos hospitais.

### 1. Definição da população-alvo

A ARSLVT (serviços centrais) realiza anualmente a captação centralizada da população-alvo, isto é, homens e mulheres com 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70, 72 e 74 anos, inclusive, tendo como fonte o Registo Nacional de Utentes (RNU). Considera a data de realização do último rastreio com teste PSOF, retossigmoidoscopia e colonoscopia e carrega na plataforma de rastreios.

Os dados necessários incluem a identificação única de cada utente, o seu nome, data de nascimento, morada, telefone, número do serviço nacional de saúde, identificação do Médico de Família (MF). O sistema de informação deverá ser atualizado regularmente de forma a captar migrações, mortes e alterações nos dados pessoais (EU Guidelines CCR, 2010).

A listagem de utentes fica disponível na plataforma, sendo possível a sua consulta por ACES, por Unidade de Saúde e por MF.

### 2. Definição da população elegível

A população-alvo inclui todas as pessoas para realizar o rastreio com base no critério da idade e inscrição nos cuidados de saúde primários, sendo que ficará ao critério de cada programa aplicar os critérios de exclusão para identificar a população elegível, tais como doença terminal, rastreio recente, diagnóstico prévio de CCR ou lesões pré-malignas (EU Guidelines CCR, 2010).

Relativamente aos antecedentes familiares, as *guidelines* recomendam que:

- Na ausência de síndromes hereditários, pessoas com uma história familiar positiva não deverão ser excluídos do programa de rastreio;
- Pessoas pertencentes a famílias com síndromes hereditários devem ser referenciados para programas de vigilância específicos.

Assim, os **critérios de exclusão** previstos pelo PRCCR são:

#### Exclusão temporária

- Uteses com alterações significativas do trânsito intestinal nos últimos 6 meses;
- Uteses com retorragias nos últimos 6 meses;
- Realização, nos últimos 10 anos, de colonoscopia total ou colonografia por TAC;
- Realização, nos últimos 5 anos, de retossigmoidoscopia;
- Doentes com patologia intestinal transitória benigna, em estudo, ou com outras doenças ou patologias temporárias.

### Exclusão definitiva

- Pessoas com antecedentes pessoais de pólipos ou CCR;
- Pessoas com antecedentes pessoais de doença inflamatória do intestino (colite ulcerosa e doença de Crohn);
- Familiares de doentes com polipose adenomatosa familiar ou síndrome de Lynch.

### Outros motivos de exclusão

- Recusa do utente;
- Doentes com patologias diversas que limitem a capacidade de colaboração no rastreio;
- Doentes vítimas de doença grave, inválidos ou terminais.

Na plataforma de rastreios, cada MF define a elegibilidade da sua lista de utentes para rastreio, com base nos critérios de exclusão estabelecidos. No caso dos utentes sem MF, este processo é da responsabilidade do Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES (PCCS). Em caso de não elegibilidade do utente, o MF regista a exclusão temporária ou definitiva e o respetivo motivo.

### 3. Consulta de anamnese e entrega do teste

Com base na validação realizada pelo MF, o Assistente Técnico (AT) procede à emissão e impressão da carta convite para consulta de anamnese (**Anexo 1**) a partir da plataforma de rastreios, conjuntamente com o folheto informativo (**Anexo 2**), e envia por correio.

Na antevéspera da consulta as unidades de saúde deverão procurar contactar os utentes com o objetivo de lhes lembrar a marcação e reduzir, assim, o absentismo. A evidência demonstra que este mecanismo de recordatória por telefone é o que mais aumenta a participação (EU Guidelines CCR, 2010).

Nesta consulta realizada pela Equipa de Família (Médico ou Enfermeiro) são explicados os benefícios do teste primário e da colonoscopia e em que consistem. Por fim, deverá ser entregue o tubo para recolha da amostra de fezes e explicados os procedimentos de colheita, de acordo com as informações fornecidas pelo fabricante. Ao levantar o kit o utilizador deverá relacionar o código de barras do kit com o registo do utente que o levantar. Solicita-se ao utente que entregue o tubo no centro de saúde no prazo de 24h após a colheita.

As colheitas são recolhidas pelo Centro de Leitura (Hospital), com a periodicidade estabelecida entre o ACES e o Hospital.

Os resultados inconclusivos ocorrem geralmente por má utilização do kit, pelo que a qualidade deste ensino realizado pelo profissional de saúde é considerada fundamental.

## 5. Leitura do teste

O rastreio da população exigirá a receção, medição e registo de dezenas de testes diariamente por parte do laboratório de análises. O técnico de análises deverá conseguir detetar o identificador de todos os testes de forma inequívoca, através do seu código de barras, e verificar o prazo de validade da amostra (Halloran SP, 2014).

A classificação do resultado do teste (positivo/negativo/inconclusivo) segue o protocolo estabelecido com o laboratório de análises e serviço de gastroenterologia.

O resultado do teste e o relatório do aparelho migra automaticamente para a plataforma, através de um processo de interoperabilidade entre o equipamento e a plataforma de rastreios. Está prevista a integração de resultados com o SClinico e Medicine One.

A referenciação para colonoscopia é realizada de acordo com o definido no fluxograma do PRCCR (**Ilustração 1**) e a informação ao utente é realizada em conformidade com os seguintes resultados:

- a. Teste de PSOF negativo: o utente fica disponível na plataforma de rastreios para definição de elegibilidade dentro de 2 anos; o utente deve ser informado por carta ou por telefone;
- b. Teste de PSOF positivo: o utente é excluído automaticamente do rastreio até ao momento da ALTA hospitalar e decisão de regresso ou não ao PRCCR; é informado pelo MF e é encaminhado para consulta de gastroenterologia (colonoscopia);
- c. Teste de PSOF inconclusivo: o utente deve ser informado por carta ou telefonicamente do reagendamento da consulta de anamnese.

Assim, se o resultado for positivo, isto é, se revelada a necessidade de encaminhamento para colonoscopia, é enviada uma carta de resultado ao utente, pela Unidade de Saúde, com a marcação da consulta para o MF (**Anexo 3**). Nesta consulta procede à referenciação do utente, via plataforma de rastreios, explica a preparação para o exame, pede exames complementares de diagnóstico, em caso de necessidade, e informa que receberá uma carta de marcação da consulta de gastroenterologia por parte do Hospital.

Nesta consulta com o MF deverá ser colhida a informação relevante para a avaliação do risco de colonoscopia, nomeadamente a medicação que o utente está a tomar e os antecedentes pessoais relevantes. Vários ensaios clínicos associaram a toma de anticoagulantes e anti-inflamatórios não esteroides a perdas não desprezíveis de sangue no intestino, bem como a outras doenças crónicas do trato gastrointestinal, como a doença inflamatória do intestino, a Doença de Crohn, a colite e as lesões perianais (EU Guidelines CCR, 2010).

## 6. Realização de colonoscopia

O Hospital é responsável pelo agendamento da colonoscopia no prazo máximo de 30 dias após a receção do pedido e pelo envio da carta de marcação (Anexo 4). O agendamento da consulta é realizado na plataforma de rastreios e é emitida e enviada a respetiva carta para a utente que deve ser acompanhada das instruções de preparação para o exame. Deverá ser assegurado que o utente recebe a carta em tempo útil de forma a poder fazer uma preparação adequada.

O utente deve ser contactado telefonicamente 3 dias antes do exame pelo Hospital para confirmação e esclarecimento de dúvidas.

Antes da realização do exame, o utente deverá ser devidamente informado sobre o procedimento endoscópico, de forma a obter-se o seu consentimento informado escrito (**Anexo 5**). A informação deverá incluir os motivos pelos quais o procedimento é necessário, o que envolve, a preparação para o procedimento, os benefícios esperados, os riscos e potenciais efeitos adversos. Deverá ser ainda informado sobre o que é esperado acontecer após o procedimento, os cuidados que deverá ter, e os contactos em caso de emergência (EU Guidelines CCR, 2010).

As lesões pré-malignas detetadas durante a colonoscopia devem ser removidas e enviadas para análise histológica. A informação do serviço de gastroenterologia para o serviço de anatomia patológica sobre as peças anatomopatológicas deve contemplar (EU Guidelines CCR, 2010):

- Local da lesão;
- Tamanho da lesão;
- Natureza da lesão, incluindo se está ulcerada;
- Completude da excisão (na perspetiva do endoscopista);

Os indivíduos com grandes lesões pré-malignas sem condições para remoção endoscópica, devem ser referenciados para cirurgia pelo gastroenterologista, com conhecimento ao Médico de Família, através da plataforma. Os utentes com resultado negativo são convidados a voltar ao rastreio ao fim de 10 anos.

A decisão de regresso ou não ao PRCCR é introduzida na plataforma de rastreios, em qualquer fase do seguimento/tratamento, bem como a respetiva data.

## 7. Análise anatomopatológica

O Serviço de Anatomopatologia tem um papel central no RCCR dado que a patologia afeta a decisão de operar o utente, em cirurgia mais ou menos conservadora, bem como a vigilância necessária após o rastreio.

Após a análise da peça anatomopatológica e o envio do resultado, o gastroenterologista completa o relatório da colonoscopia e marca a consulta de decisão terapêutica.

Os casos positivos para cancro, são registados na plataforma ROR.

## 8. Determinação do risco e protocolo de vigilância para adenomas

Os utentes com um adenoma removido estão em risco aumentado de adenomas recorrentes e consequentemente de CCR. Este risco está dependente dos achados durante a colonoscopia, em particular do número, tamanho e classificação histológica dos adenomas. Isto permite a categorização dos utentes em diferentes grupos de risco. A indicação e o intervalo de tempo para vigilância é determinado pelo presumido risco de recorrência de adenomas avançados e de cancro e secundariamente pela idade, comorbilidades e pela vontade do utente. Recomenda-se o seguinte protocolo de vigilância (EU Guidelines CCR, 2010):

- **Baixo risco.** Indivíduos com apenas um ou dois pequenos adenomas (< 10 mm) têm baixo risco, devem regressar ao rastreio;
- **Médio risco.** Indivíduos com três ou quatro pequenos adenomas ou pelo menos um adenoma  $\geq 10$  mm e < 20 mm têm risco intermédio, devem fazer vigilância dentro de 3 anos; depois de um exame negativo, o intervalo pode ser estendido para cinco anos; depois de dois exames normais, o utente pode regressar ao rastreio;
- **Alto risco.** Indivíduos com cinco ou mais adenomas, ou um adenoma  $\geq 20$  mm, devem fazer vigilância dentro de 12 meses. Depois de um exame negativo, o intervalo pode ser estendido para três anos; depois de dois exames normais, pode ser estendido para cinco anos.

#### 7. Seguimento do utente com adenoma

A gestão e tratamento dos adenomas detetados em contexto de rastreio organizado não difere do realizado na doença sintomática, pelo que não é emitida nenhuma orientação específica (EU Guidelines CCR, 2012).

#### 8. Seguimento do utente com CCR em consulta de cirurgia e/ou oncologia médica

A gestão e o tratamento cirúrgico do cancro detetado e o seguimento pós-operatório não é diferente consoante se trate de um cancro sintomático ou assintomático, pelo que não é emitida nenhuma orientação específica (EU Guidelines CCR, 2012).

## **ACES**

- Assume o compromisso de implementação do PRCCR e responsabiliza-se pela sua boa execução e monitorização a nível local;
- Articula-se com a Coordenação Regional do programa para assegurar a sua boa implementação;
- Decide sobre a organização do rastreio, se são constituídas equipas específicas (médico, enfermeiro, administrativo) afetas ao programa;
- Designa o Responsável do Programa ao nível do ACES e os interlocutores do programa ao nível de cada unidade (médico, enfermeiro, administrativo);
- Assegura a logística de implementação do programa;
- Organiza os espaços específicos para a realização das consultas e entrega das colheitas;
- Adequa a estratégia de convocatória para os utentes sem MF;
- Garante que todos os utentes com necessidade de encaminhamento para colonoscopia são referenciados para o Hospital;
- Promove a divulgação do programa junto das equipas de saúde e dos utentes;
- Elabora o relatório anual de funcionamento do programa;
- Decide estratégias locais de melhoria contínua da execução do programa;
- Informa os seus utentes sobre a importância do rastreio, promove e divulga localmente o programa;
- Garante um serviço de elevada qualidade, efectivo e centrado no utente;
- Optimiza as taxas de participação e maximizam a acessibilidade ao serviço para todos os grupos da comunidade;
- Garante a alimentação contínua do SI, na parte que lhes é aplicável;
- Garante a definição da elegibilidade da lista de utentes pelos MF, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos;
- Efetua a marcação da consulta de anamnese e emite a carta convite;
- Contacta telefonicamente na antevéspera da consulta os utentes marcados;
- Realiza a anamnese do utente e entrega o meio de colheita para teste de PSOF;
- Contacta telefonicamente os faltosos e agenda nova consulta;
- Recolhe a informação clínica e administrativa que acompanhará as colheitas para o Laboratório e controla a entrega das amostras;
- Garante a referência dos utentes cujo resultado do rastreio revela a necessidade de colonoscopia;
- Garante a comunicação do resultado aos utentes e a emissão da carta de resultado;
- Colabora ativamente nas estratégias de promoção da adesão dos utentes ao rastreio;
- Monitoriza os indicadores de controlo do programa;
- Colabora em trabalhos científicos e de investigação de acordo com o seu nível técnico.

## **Laboratório**

O laboratório deverá (EU Guidelines CCR, 2010):

- Garante o registo e o processamento das amostras enviadas pelos Centros de Saúde no prazo máximo de 15 dias;
- Valida a introdução de todos os resultados do teste de PSOF na plataforma de rastreios;
- Garante treino e experiência dos profissionais do laboratório nas técnicas de análise e nos processos de garantia de qualidade;

- Cumpre as instruções de utilização do fornecedor do analisador;
- Implementa controlos diários da precisão analítica do analisador, tendo como principal enfoque a seleção do *cut-off* limite;
- Cumpre os procedimentos de manutenção do equipamento;
- Desencadeia as medidas necessárias para evitar atrasos no processamento das amostras devido à avaria do equipamento;
- Implementa procedimentos de controlo da qualidade interna;
- Participa em processos de auditoria da qualidade por entidades externas.

### **Centro de seguimento e tratamento dos casos positivos (Hospital)**

A Direção do Hospital assegura o funcionamento integrado de todos os serviços clínicos envolvidos no rastreio, promove a comunicação efetiva e atempada entre as equipas envolvidas, bem como garante a infraestrutura em termos de segurança necessária para atuação apropriada em caso de incidente.

A Direção do Hospital assegura o cumprimento de um conjunto de requisitos ao nível dos Serviços (EU Guidelines CCR, 2010):

- Garante que a equipa de gastroenterologistas que realiza as colonoscopias tem as competências e o treino necessários;
- Garante que o equipamento é suficiente e adequado para implementar os procedimentos endoscópicos;
- Garante que existe capacidade para gerir os efeitos adversos com eficácia e condições para transferir o utente, em condições de segurança, se necessário;
- Garante que existe um equipamento de ressuscitação na unidade de colonoscopia;
- Assegura que a manutenção dos equipamentos é realizada por uma equipa treinada;
- Assegura que existe uma revisão regular do funcionamento dos endoscópios e do seu estado de limpeza, com registo adequado em impresso próprio para o efeito.
- Garante a marcação de colonoscopia no prazo máximo de 30 dias para os utentes com teste primário de PSOF positivo;
- Garante um contacto telefónico de recordatória ao utente, em caso de falta à colonoscopia;
- Garante o consentimento informado escrito dos utentes para a realização do exame;
- Garante o registo da informação solicitada pela plataforma de rastreios, relacionada com a realização do exame e resultado histológico, para além do registo nos sistemas de informação clínicos (SI) do Hospital;
- Garante o envio da (s) peça (s) anatomopatológica (s) colhida (s) durante a colonoscopia para o Serviço de Anatomopatologia;
- Garante a referenciação para consulta de decisão terapêutica, tratamentos e cirurgia, se indicado;
- Garante a comunicação do resultado da colonoscopia ao utente, de forma clara e em tempo adequado;
- Garante o registo dos casos positivos para cancro na plataforma do registo oncológico regional (ROR-SUL);
- Decide relativamente ao regresso do utente ao PRCCR, no momento da alta.
- Garante o registo de situações de internamento por evento adverso associado à colonoscopia;
- Garante um sistema de registo de eventos adversos tardios, através de três métodos:
  - Contactar todos os utentes dentro de um intervalo de tempo definido;
  - Revisão da mortalidade a 30 dias para todos os pacientes rastreados;



- Monitorização das admissões não planeadas a 8 dias de todos os utentes rastreados;
  - Garante que cada endoscopista realiza pelo menos 300 procedimentos anualmente;
  - Garante que pelo menos 90% das colonoscopias são completas;
  - Garante o registo adequado dos motivos para a entubação mal sucedida;
  - Garante que o registo da colonoscopia completa é auditável através de uma imagem panorâmica da válvula ileo-cecal e ceco, ou vídeo-registo;
  - Garante a participação dos endoscopistas em programas de treino e de melhoria contínua da qualidade.
  - Garante programas de treino específicos para os patologistas da equipa;
  - Cria condições para que os patologistas desenvolvam uma rede com outros patologistas com o propósito de partilhar experiências.
  - Garante que a equipa de cirurgiões tem as competências e o treino necessários nesta área, nomeadamente na cirurgia por laparoscopia.

### **ARSLVT – Coordenação Regional**

- Promove a articulação coordenada entre todas as organizações envolvidas no programa, garantindo que todas as partes conhecem os seus papéis e responsabilidades em cada fase do processo, particularmente quando a responsabilidade por um doente é transferida de uma parte para a outra;
- Mantém ligações eletrónicas robustas com os SI das organizações relevantes, com a finalidade de monitorização do programa;
- Assegura os recursos humanos, logísticos, técnicos e financeiros à implementação do rastreio;
- Promove a divulgação do programa através de uma estratégia de comunicação;
- Diagnostica problemas e necessidades e define objetivos regionais no contexto da atividade de monitorização, acompanhamento e avaliação do rastreio;
- Realiza reuniões de seguimento com os coordenadores do programa das várias entidades envolvidas;
- Decide estratégias de melhoria contínua do programa;
- Determina o encerramento do programa se assim ditarem as razões técnico científicas;
- Promove a divulgação pública dos resultados obtidos;
- Designa o Gestor Regional do PRCCR;
- Garante a disponibilidade e a manutenção de uma plataforma de rastreios de suporte ao PRCCR;
- Define os requisitos funcionais da plataforma de rastreios de suporte ao programa;
- Garante a formação de todos os profissionais envolvidos, de acordo com as suas responsabilidades no PRCCR, relativamente a:
  - PRCCR;
  - Organização local do programa de rastreio;
  - Responsabilidades de todos os intervenientes;
  - Sistema de informação de suporte ao PRCCR;
- Exerce funções de suporte e apoio técnico aos ACES (ou equivalente funcional);
- Colabora em trabalhos científicos e em investigações de acordo com o seu nível técnico.

## SISTEMA DE INFORMAÇÃO E INDICADORES DE CONTROLO

O SI que dá suporte à implementação do programa nas suas várias etapas, encontra-se desenhado de forma a fornecer informação sobre a convocatória do indivíduo, a realização e o resultado do teste de PSOF, a identificação e referenciação dos casos positivos, a recolha da informação sobre as avaliações e tratamentos realizados e a monitorização da implementação de todas as ações recomendadas.

Serão implementados processos de controlo de qualidade de forma a garantir a atualização dos dados e corrigir quaisquer erros na transmissão da informação.

Um conjunto de dados será extraído periodicamente da plataforma, tendo em vista a construção e monitorização de indicadores, sendo desejável o cruzamento com os registos de cancro e a devida articulação com o ROR-SUL.

	Testes positivos
População-alvo	Adesão à colonoscopia após teste positivo
População elegível	Colonoscopias de seguimento c/ resultado negativo
População convidada	Colonoscopias de seguimento c/ resultado positivo
População alvo de recordatória	Lesões detetadas
População que realizou teste PSOF	Adenomas detetados
Testes inadequados/inconclusivos	Nº cancros detetados por estadio

**Tabela 1** Dados a monitorizar no âmbito do PRCCR

Os indicadores a serem monitorizados encontram-se em conformidade com o definido nas guidelines europeias para o RCCR.

INDICADOR	CÁLCULO	EVIDÊNCIA EXISTENTE (ensaios)	NÍVEL ACEITÁVEL	NÍVEL DESEJÁVEL
Taxa de convocatória	$\frac{\text{n}^\circ \text{ pessoas convidadas}}{\text{n}^\circ \text{ pessoas elegíveis}}$	-	95%	> 95%
Taxa de adesão	$\frac{\text{n}^\circ \text{ pessoas que realizaram teste PSOF}}{\text{n}^\circ \text{ pessoas convidadas}}$	17%-90,1%	> 45%	> 65%
Taxa de testes PSOF inconclusivos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ pessoas com resultado inconclusivo}}{\text{n}^\circ \text{ pessoas que realizaram teste PSOF}}$	-	<3%	<1%
Intervalo de tempo máx. entre o teste PSOF e a receção do resultado deve ser 15 dias	-	-	> 90%	-
Taxa de testes PSOF positivos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ pessoas com resultado positivo}}{\text{n}^\circ \text{ pessoas que com teste PSOF adequado}}$	4,4% - 11,1% (1ª volta) 3,9% (seguintes)	-	-

Taxa de referençações para colonoscopia após teste PSOF positivo	nº pessoas com resultado positivo ou inconclusivo referenciadas para colonoscopia/ nº pessoas com resultado positivo	-	90%	> 95%
O intervalo de tempo máx. entre a referençação após teste de PSOF positivo e colonoscopia deve ser 31 dias	-	-	> 90%	> 95%
Taxa de adesão à colonoscopia após teste de PSOF positivo ou inconclusivo	nº pessoas que realizaram colonoscopia/nº pessoas com resultado positivo ou inconclusivo	60%-93,1%	85%	> 90%
Taxa de colonoscopias totais	nº pessoas que realizaram colonoscopia total/ nº pessoas que realizaram colonoscopia	-	> 90%	> 95%
Intervalo de tempo máx. entre a colonoscopia positiva e intervenção (final) deve ser 31 dias	-	-	> 95%	
Endoscopistas a participarem no programa devem realizar um nº min. de procedimentos por ano	-	-	300	> 300
Taxa de deteção de adenomas	nº pessoas com pelo menos um adenoma detetado/ nº pessoas com teste PSOF adequado	13.3‰- 22.3‰	-	-
Taxa de deteção de cancro	nº pessoas com pelo menos um cancro detetado/ nº pessoas com teste PSOF adequado	1.8‰ - 9,5‰ (1ª volta) 1,3‰ (2ª volta)	-	-
PPV (valor preditivo positivo) adenoma	nº pessoas com pelo menos um adenoma detetado/ nº pessoas com teste PSOF positivo que realizou colonoscopia	19,6‰ - 40,3‰ (1ª volta)	-	-
PPV (valor preditivo positivo) cancro	nº pessoas com pelo menos um cancro detetado/ nº pessoas com teste PSOF positivo que realizou colonoscopia	4,5‰ - 8,6‰ (1ª volta) 4,0‰ (2ª volta)	-	-
Taxa de neoplasias de alto grau reportada pelos patologistas num programa de rastreio com teste primário de PSOF	-	-	<10%	-

**Tabela 2** Indicadores de monitorização do PRCCR  
(adaptado de: EU Guidelines CCR 2010 e 2012)

## PLANO DE COMUNICAÇÃO

O desenvolvimento de estratégias de comunicação adequadas para um rastreio organizado de CCR é fundamental para assegurar que a população-alvo recebe a informação relevante e adequada para tomar decisões informadas sobre a sua vontade de participar ou não no rastreio.

### Objetivos estratégicos de comunicação

- Promover a literacia sobre o CCR;
- Fomentar adesão da população ao programa de rastreio;
- Veicular informação suficiente e de qualidade que habilite à pessoa a tomada de uma decisão informada;
- Mobilizar profissionais de saúde, estruturas da comunidade e stakeholders-chave.

### População alvo

- População beneficiária do rastreio, homens e mulheres com idade compreendida entre os 50 e 74 anos;
- Profissionais de saúde.

#### Estratégia de comunicação à população alvo:

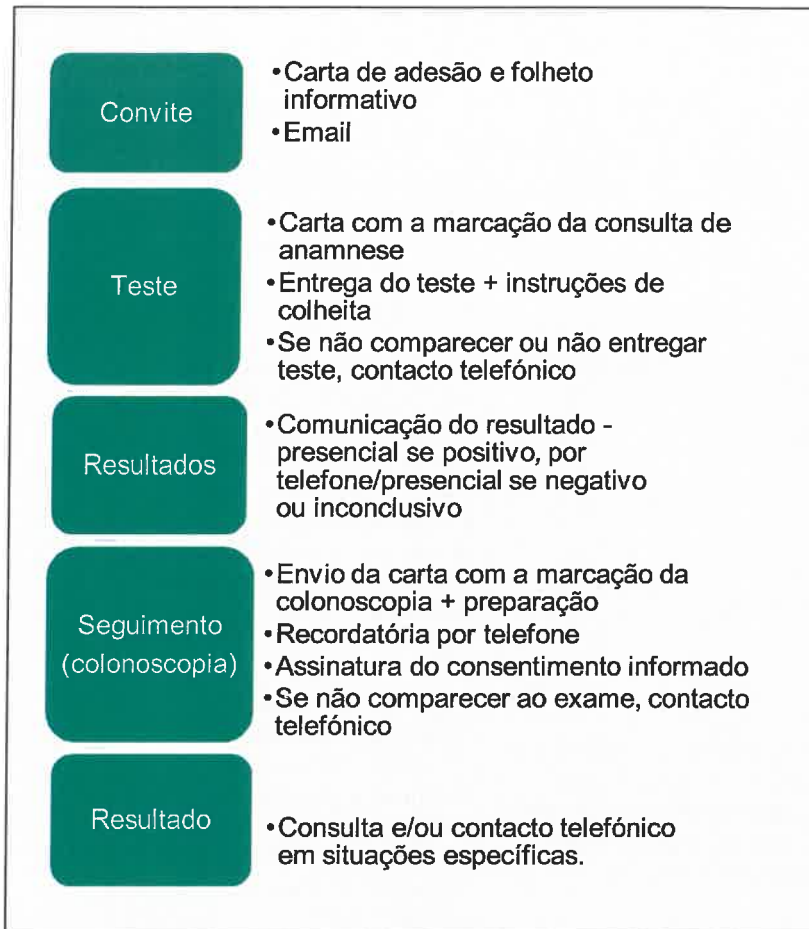
1. Convite: as pessoas são convidadas a participar no rastreio através de uma convocatória, à qual se associa um panfleto informativo;
2. Realização do teste: é fornecido o teste e são dadas as instruções de colheita;
3. Devolução de resultados: as pessoas são notificadas sobre o resultado do teste;
4. Seguimento: apenas para as pessoas que necessitam de fazer colonoscopia e que necessitam de conhecer a preparação para realizar para o exame; após o exame, a notificação do resultado.

#### Estratégia de comunicação aos profissionais de saúde:

1. Ações de apoio ao arranque aos profissionais de saúde
2. Reuniões para mobilização dos profissionais de saúde e comunidade

### Meios e métodos de comunicação

- Ações de educação para a saúde;
- Afixação de cartazes nas Unidades de Saúde, Hospitais, Juntas de Freguesia e Câmaras Municipais;
- Distribuição de folhetos nas Unidades de Saúde, Hospitais, Juntas de Freguesia, Câmaras Municipais, Igrejas e Supermercados;
- Projeção de um filme de 20 segundos, no website da ARSLVT, nos Centros de Saúde e Hospitais com uma mensagem educativa breve sobre CCR;
- Divulgação nos media (jornais regionais e rádios locais);
- Divulgação nas redes sociais (facebook e twitter);
- Divulgação nos sites dos ACES, Hospitais, Portal do SNS, Juntas de Freguesia e Câmaras.



**Ilustração 2** Fases do plano de comunicação do PRCCR  
(Adaptado de: EU Guidelines CCR, 2010)

## PLANO DE FORMAÇÃO

<i>Designação</i>	<i>Âmbito</i>	<i>Destinatários</i>	<i>Calendarização</i>
<i>Curso 1</i>	Programa de Rastreio do CCR – modelo organizativo	Cuidados de Saúde Primários: Diretores Executivos, Conselhos Clínicos, Gestores do Programa a nível do ACES.  Hospitais: Conselhos de Administração, Diretores de Serviço (Anatomia Patológica, Laboratório de Patologia Clínica, Gastrenterologia), Administradores da Área e Gestores do Programa nos Serviços.	A definir
<i>Curso 2</i>	Programa de Rastreio do CCR – organização e manual de procedimentos para os Cuidados de Saúde Primários	Cuidados de Saúde Primários: Conselhos Clínicos, Gestores do Programa ao nível do ACES, interlocutores nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP/USF).	A definir
<i>Curso 3</i>	Programa de Rastreio do CCR – organização e manual de procedimentos para os Hospitais	Hospitais: Diretores de Serviço (Anatomia Patológica, Laboratório de Patologia Clínica, Gastrenterologia, Cirurgia) e Gestores do Programa.	A definir
<i>Outros cursos</i>	Formação em serviço	Profissionais de Saúde dos ACES e Hospitais	A definir

## BIBLIOGRAFIA

Allison JE et al. (2014) - Population Screening for Colorectal Cancer Means Getting FIT: The Past, Present, and Future of Colorectal Cancer Screening Using the Fecal Immunochemical Test for Hemoglobin (FIT). *Gut & Liver* 8:2. <http://dx.doi.org/10.5009/gnl.2014.8.2.117>.

DGS (2012). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: orientações programáticas. 5pp.

Halloran SP et al. (2012) - European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: Faecal occult blood testing. *Endoscopy*. 44: SE65 – SE87. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1309791>.

International Agency for Research on Cancer (2010). European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition. doi:10.2772/15379 (Electronic version). 450 pp.

Karsa VL et al. (2012) - European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition. *Endoscopy*. 44: SE1-SE8. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1309822>.

NHS (2008). NHS Cancer Screening Programmes 2008: guidance for public health and commissioners. ISBN 978-1-84463-051-6.

NHS (2013). NHS Bowel Cancer Screening Programme: Bowel scope screening – 2nd wave Advice to the NHS and bidding process. 26 pp.

Schreuders EH et al. (2015) - Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. *Gut*. 0:1–13. doi:10.1136/gutjnl-2014-309086.

WHO (2014). World Cancer Report 2014. ISBN 13 978-92-832-0443-5.

## ANEXO 1 - CARTA CONVITE

Estimado (a) Utente,

O seu Centro de Saúde realiza em colaboração com o Hospital, o RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RETO, através do teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes, com a periodicidade de 2 em 2 anos.

Propomos a realização de uma consulta onde será colhida alguma informação clínica, explicado e entregue o teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes, que pode depois fazer em sua casa. É gratuito para si e muito benéfico para a vigilância da sua saúde.

Para ajudar o seu esclarecimento acerca do rastreio, anexa-se um folheto informativo. Poderá também falar com o Médico ou Enfermeiro da sua Unidade de Saúde.

Enviamos-lhe também a marcação da consulta, onde está indicado o local, dia e hora onde pode dirigir-se. Na impossibilidade de comparecer ou para qualquer esclarecimento contacte, por favor, a sua Unidade de Saúde para agendar para outro dia.

Caso tenha realizado recentemente este rastreio em consulta privada ou em alguma instituição do setor social, convidamo-la a informar o seu Enfermeiro ou Médico de Família do respetivo resultado, para que a sua informação clínica se mantenha atualizada.

Acolha favoravelmente esta mensagem. Esperamos por si!

Com os meus melhores cumprimentos,

---

Dra. Rosa Valente de Matos  
Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP





Vimos assim convidá-lo (a) a realizar consulta no seguinte local, data e hora:

LOCAL

MORADA

DATA E HORA

No dia e hora indicados poderá dirigir-se diretamente ao local assinalado.

Em caso de dúvidas ou impossibilidade de estar presente contacte, por favor, a sua Unidade de Saúde, a fim de se efetuar nova marcação.

Não deixe de participar, é a sua SAÚDE e o seu PROGRAMA.



## ANEXO 2 – FOLHETO INFORMATIVO

## **TEREI QUE PAGAR ALGUMA COISA?**

A consulta e o teste de rastreio, são gratuitos, isentos de pagamento de taxa moderadora.

# **RASTREIO DO CÂNCRO DO CÓLON E RETO**

## **A PREVENÇÃO É O MELHOR TRATAMENTO.**

Em caso de dúvida não  
deixe de contactar a sua  
Equipa de Saúde

Para mais informações  
sobre o rastreio consulte  
a página de internet da  
ARS Lisboa e Vale do Tejo:  
[http://www.arslvt.min-  
saude.pt/](http://www.arslvt.min-saude.pt/)

## **ADIRA AO RASTREIO E DIVULGUE-O!**



## **PARTICIPE!**

**Região de Lisboa e  
Vale do Tejo**



**SNS** SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

**arslvt**  
LISBOA E VALE DO TEJO



## PORQUE NECESSITO DE FAZER O RASTREIO?

Porque a doença pode ser prevenida!

Como?

**Primeiro:** com o consumo diário de frutas e verduras e a prática de exercício físico regular.

**Segundo:** participando no teste de rastreio para o qual é convidado.

Será convidado por carta, pelo que deve estar atento à sua caixa de correio e manter os contactos atualizados na sua unidade de saúde.

## EM QUE CONSISTE O RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON (INTESTINO) E RETO?

Consiste na realização de uma análise – o teste imunológico de pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) – que permite detetar a presença de sangue nas fezes.

## QUEM DEVE FAZER O RASTREIO E QUANDO?

Todas as pessoas sem patologia do cancro do cólon e reto, com idades compreendidas entre os 50 e os 74 anos, inscritos nos centros de saúde da região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, serão convidadas por carta, acompanhada de folheto informativo, para realizar o rastreio, de 2 em 2 anos.

## ESE O RESULTADO FOR POSITIVO?

Se o teste de for positivo, ser-lhe-á agendada uma consulta com o seu Médico de Família e será encaminhado (a) para a realização de uma colonoscopia.

## O QUE É A COLONOSCOPIA?

A colonoscopia é um exame que permite ao médico visualizar o interior do intestino, através de um endoscópio, é realizado com sedação ou anestesia, exceto se existirem contra-indicações clínicas ou se não o desejar.

A colonoscopia vai permitir detetar e remover pólipos. Se no rastreio for detetado um cancro em fase inicial, será imediatamente orientado para tratamento. Nestes casos haverá uma maior probabilidade de cura.

## COMO SE FAZ O TESTE?

Este teste é simples, não invasivo, podendo fazer na sua casa e entregar no seu Centro de Saúde para análise. Se não for possível entregá-lo no próprio dia, deve seguir as instruções que lhe serão entregues.



## ANEXO 3 – CARTA DE RESULTADO

### Hipótese 1 – Resultado normal

Estimado (a) Utente,

Na sequência da sua participação no PROGRAMA DE RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RETO, vimos informá-lo (a) que o teste que realizou revelou-se normal, isto é, não foi detetado sangue nas fezes.

Assim, será novamente convidado, por carta, para a realização do rastreio, dentro de dois anos. Caso altere a sua residência ou contactos queira por favor informar o seu Centro de Saúde.

Caso tenha alguma dúvida, ou pretenda mais esclarecimentos, contacte por favor o seu Centro de Saúde.

Com os melhores cumprimentos,

---

(Pela coordenação local do rastreio da Região de Lisboa e Vale do Tejo)



## Hipótese 2 – Resultado com anomalias

Estimado (a) Utente,

Na sequência da sua participação no PROGRAMA DE RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RETO, vimos informá-lo (a) que o teste que realizou deu um resultado positivo, o que significa que foram encontrados vestígios de sangue nas fezes.

Estes vestígios não significam a existência de cancro do cólon e reto, mas apontam para a necessidade de ser efetuada uma avaliação mais pormenorizada da situação.

Para efetuar esta avaliação, propõe-se a realização de uma consulta com o seu médico de família.

Local:

Data:

Com os melhores cumprimentos,

---

(Pela coordenação local do rastreio da Região de Lisboa e Vale do Tejo)

### **Hipótese 3 – Resultado insatisfatório para avaliação**

Estimado (a) Utente,

No âmbito do PROGRAMA DE RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RETO, vimos informá-lo (a) que o teste que realizou foi inconclusivo, não permitindo uma leitura e interpretação adequadas.

Assim, convidamo-lo (a) à realização de uma nova consulta na sua Unidade de Saúde, para repetição do teste.

Com os melhores cumprimentos,

---

(Pela coordenação local do rastreio da Região de Lisboa e Vale do Tejo)

## ANEXO 4 – CARTA DE MARCAÇÃO DE COLONOSCOPIA

No âmbito do programa de rastreio do cancro do cólon e reto, enviamos-lhe a sua marcação de colonoscopia:

Local:

Data:

Deve levar um acompanhante.

Para além dos esclarecimentos que já recebeu, deve ler atentamente as instruções de preparação para o exame.

Deve levar os exames realizados anteriormente e para este exame, deve informar de eventuais alergias e outros problemas de saúde. Leve o nome ou as caixas de todos os medicamentos que está a tomar.

A qualidade do exame depende muito de uma boa preparação do intestino. Para tal cumpra as instruções de preparação.


Com os melhores cumprimentos,

---

(Pela coordenação local do rastreio da Região de Lisboa e Vale do Tejo)



# ANEXO 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



**DGS** desde 1899  
Direção Geral da Saúde

000002

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA ATOS/INTERVENÇÕES DE SAÚDE  
NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**

1. Objéctivos e ou descrição da situação clínica;

2. Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objectivo;

3. Benefícios;

4. Riscos, danos e efeitos frequentes;

5. Outras intervenções alternativas favoráveis e devidamente reconhecidas;

6. Riscos de não tratamento.

Confirma que explicou à pessoa acima indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondei a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: \_\_\_\_\_  
Resposta Numérica

Data:  Número de identificação profissional de número manuscrito (para uso opcional e próximo do paciente)

Assinatura: \_\_\_\_\_

Contacto institucional do profissional de saúde:

**À Pessoa/representante**  
 Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objectivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora; ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta intervenção; e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Não autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Local:  Data:

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR ENDE OU INCAPACIDADE (e o menor tiver o seu assentimento deve também assinar em cima)

Nome: \_\_\_\_\_

Doc. identificação N.º:  Data ou validade:

Grau de parentesco ou tipo de representação: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Nota: Este documento é feito em duas vias - uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.**



## ANEXO 6 - CARTAZ

# RASTREIO ORGANIZADO DO CANCRO DO CÓLON E RETO

FAÇA O RASTREIO GRATUITO

---

PARA MAIS INFORMAÇÕES CONTACTE O SEU  
MÉDICO OU ENFERMEIRO

---



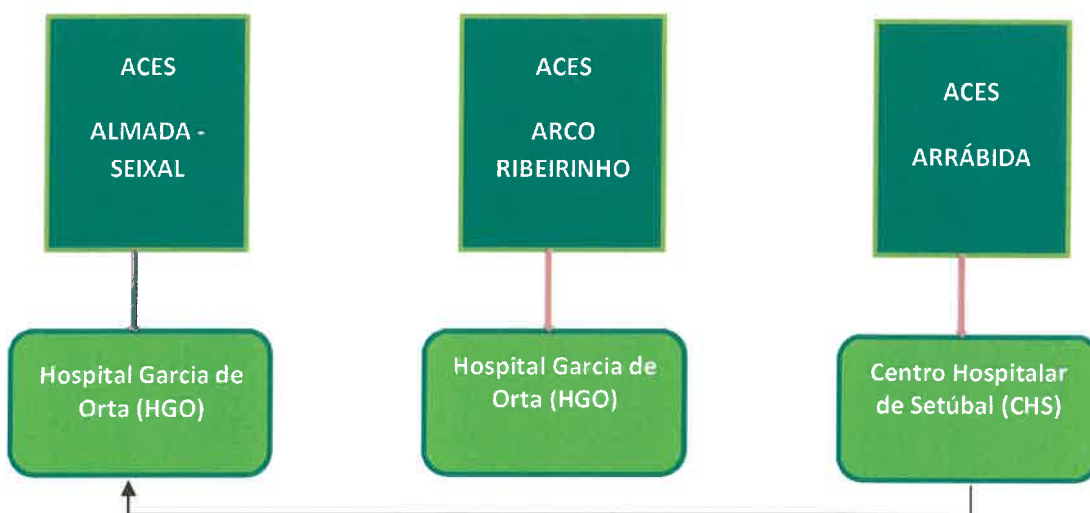
**LEMBRE-SE:  
PREVENIR É CORRER CONTRA O TEMPO  
A FAVOR DA VIDA.**

## ANEXO 7 – REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DOS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE NO PRCCR

### A. LEITURA DO TESTE PRIMÁRIO (teste de PSOF)



### B. COLONOSCOPIAS, SEGUIMENTO E TRATAMENTO DOS UTENTES COM TESTE PRIMÁRIO POSITIVO (teste de PSOF)



**Nota:** O HGO iniciará o rastreio em junho de 2017 com os ACES da Península.

A prestação de cuidados aos utentes oncológicos deve seguir a rede de referenciação de oncologia médica e os centros de referência para tratamento do cancro do reto (IPOLFG)