

**RASTREIO ORGANIZADO DO  
CANCRO DO COLO DO ÚTERO NOS AÇORES**



**rocca**

Prevenir é uma opção de amor

**Prevenir é uma opção de amor**

**é uma opção de amor**

# MANUAL EXECUTIVO DO ROCCA

(março 2021)

## **GRUPO DE TRABALHO DO COA**

- Coordenação Geral dos Rastreios  
Dr. Raul Rego
- Coordenação Técnica do ROCCA  
Dr.ª Paula Bettencourt
- Coordenação Operacional do ROCCA  
Enfermeira Conceição Branco  
Enfermeira Luisa Pires  
Enfermeiro Francisco Sousa
- Gestão da Plataforma Informática/ROCCA  
Dr. Filipe Rocha  
Eng. Carlos Rosa
- Operacionais  
Assistente Técnica Isabel Fernandes  
Assistente Técnica Filomena Machado

## **ASSESSORIA:**

Prof. Doutor Vitor Rodrigues  
Dr. Luís Brito de Azevedo

## **COLABORAÇÃO:**

- Unidades de Saúde de Ilha (USI) da Região Autónoma dos Açores (RAA)
- Hospitais da RAA
  - Serviços de Ginecologia
  - Serviço de Anatomia Patológica do Hospital do Divino Espírito Santo (HDES)
  - Serviços de Oncologia Médica
  - Outros serviços hospitalares com intervenções pontuais

## ÍNDICE

1. PREÂMBULO .....	3
2. INTRODUÇÃO .....	4
3. OBJETIVOS GERAIS .....	6
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
5. POPULAÇÃO ALVO .....	7
6. INDICADORES (Histórico) .....	8
7. METODOLOGIA .....	10
8. ESCOLHA DO TESTE HPV .....	11
9. PLATAFORMA INFORMÁTICA – PI ROCCA .....	13
10. PROGRAMAÇÃO E METAS ANUAIS DA 4.ª VOLTA .....	14
11. PROCEDIMENTOS E CIRCUITOS DE REFERÊNCIAÇÃO .....	16
11.1. Procedimentos nas USI/CS .....	17
11.2. Procedimentos no HH, HSEIT e HDES – Aferição .....	18
11.3. Procedimentos Laboratoriais .....	20
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
13. ANEXOS .....	22
13.1 Protocolo de Colaboração Único .....	22
13.2 Despacho n.º 508/2021, de 11 de março do Secretário Regional da Saúde e Desporto (Programas de Rastreio Oncológico) .....	29
13.3 Relatório, em números, da 1.ª década de vida do ROCCA .....	35
13.4 Despacho n.º 278/2021, de 5 de janeiro, do Secretário Regional da Saúde e do Desporto (Tempos Máximos de Resposta Garantida no rastreio oncológico).....	49
13.5 Modelos ROCCA.....	53
13.5.1 Carta Convite/Convocatória .....	53
13.5.2 Ficha de Rastreio na PI.....	54
13.5.3 Cartas Resultado .....	55
13.5.3.1 Resultado Negativo .....	55
13.5.3.2 Repetição de Colheita .....	56
13.5.3.3 Resultado para Avaliação .....	57
13.5.3.4 Reavaliação/Repetição do Teste HPV (1 ano) .....	58

## 1. PREÂMBULO

O Programa Organizado de Rastreio de Cancro do Colo do Útero nos Açores (ROCCA) terminou a sua 3.<sup>a</sup> volta a 31 de dezembro de 2019.

À semelhança do que aconteceu com homólogos programas nacionais e internacionais, após fundados estudos epidemiológicos e clínicos, este rastreio sofreu uma alteração significativa na sua metodologia no que respeita ao teste de referência – passa para o teste de genotipagem de serotipos oncogénicos do HPV de 5 em 5 anos, em vez da citologia morfológica do colo uterino de 3 em 3 anos.

Dadas as condicionantes da nossa diversidade arquipelágica e dado o volume de Serviços Públicos intervenientes e de interdependências sempre presentes no universo de etapas do ROCCA houve a cautela, desde o início, de formalizar e subscrever Protocolos de Colaboração entre o COA, cada USI e cada hospital regional, onde se definiram as respetivas competências. Porém, esses compromissos nem sempre foram devidamente assimilados, pese embora terem sido aprovados, mediante homologação governamental. Mas, finda a 3.<sup>a</sup> volta, foi assinado em 4 de dezembro de 2019, em cerimónia pública, um novo Protocolo de Colaboração Único (anexo 1), mais abrangente, subscrito por todos os responsáveis (DRS; COA; USIs; HH; HSEIT e HDES) que definiu, de forma clara e precisa, o que cabe a quem, também homologado pelo titular governamental da pasta da Saúde, vindo reforçar, consideravelmente, o compromisso institucional para o desenvolvimento deste importante programa de saúde pública e de medicina preventiva.

Foi nesse documento que se plasmou, formalmente, a aprovação da mudança de paradigma no ROCCA, bem como o precioso envolvimento do Serviço de Anatomia Patológica do HDES para o processamento laboratorial dos seus testes que, anteriormente, eram processados em entidade privada. Com este novo compromisso a execução deste programa de saúde pública passa a ser assumida, na íntegra, pelo serviço público, à semelhança do que acontece com todos os programas homólogos nacionais e em harmonia com os propósitos da equipa coordenadora, desde sempre preconizados.

Pelo despacho n.º 508/2021, de 11 de março do Secretário Regional da Saúde e Desporto (anexo 2), ficou formalmente reforçado a aludida mudança de paradigma (tabela 2 a que alude o n.º 5) e o compromisso para o processamento laboratorial em serviço público no HDES (n.º 13).

Neste novo contexto tornou-se imperativo proceder a uma reavaliação e redefinição das principais linhas de força do ROCCA, quer do ponto de vista concetual quer operacional, atualizando e adequando o seu Manual Executivo, como principal instrumento orientador do desenvolvimento deste programa.

De igual modo foram introduzidas várias alterações/adequações na plataforma informática (PI ROCCA), como principal instrumento operacional no desenvolvimento, avaliação e monitorização do programa.

O novo Manual Executivo, que ora se edita, pretende ser um documento de consulta para todas as entidades colaborantes e respetivos interlocutores/colaboradores. Dado o seu carácter dinâmico está, sempre, sujeito e aberto a observações e sugestões.

Entretanto considerou-se ser oportuno apurar e juntar a este Manual os principais resultados obtidos ao longo das primeiras três voltas do ROCCA, tendo em conta que essa informação se revela pertinente para identificar o seu histórico e alicerçar o seu futuro. Apresentam-se então os principais indicadores do programa (págs. 8 e 9) e o documento que designámos “Relatório, em números, da primeira década de vida do ROCCA” (anexo 3.)

Uma das maiores preocupações identificadas na 1.ª fase da vida do ROCCA (2010/2019) foi a demora média registada entre as suas etapas, sobretudo no processo de aferição hospitalar. Pretende-se, para a 2.ª fase, minimizar essas dificuldades, ora pelo reforço dos compromissos, ora pela readequação do modelo operacional ora pela mobilização de mais recursos. A este propósito foi publicado o despacho n.º 278/2021, de 5 de fevereiro, do Secretário Regional da Saúde e Desporto que vem fixar para o ROCCA e demais programas de rastreio oncológico os Tempos Máximos de Resposta Garantida (TMRG) por etapas (anexo 4).

Com este significativo universo de alterações, quer no quadro legal, quer nas opções técnicas, quer no modelo operacional, ficaram reunidas as condições para uma substancial melhoria qualitativa (em termos clínicos) e quantitativa (aumento da adesão e da taxa de participação populacional) do ROCCA.

## **2. INTRODUÇÃO**

O cancro do colo do útero é, atualmente, o segundo cancro mais comum nas mulheres em idade jovem com menos de 45 anos.

Trata-se de uma doença sexualmente transmissível devido à infeção pelo papilomavirus (HPV), considerado o segundo carcinogéneo a seguir ao tabaco, sendo responsável por cerca de 5% dos cancros na mulher.

É o único cancro que apresenta uma prevenção primária com recurso a uma vacina. A vacinação do HPV em Portugal foi integrada no Plano Nacional de Vacinação (PNV) em 2008. As adolescentes tiveram então acesso à vacina quadrivalente (HPV4) e, posteriormente, desde 2017 à vacina nonavalente (HPV9). Em Portugal foi aprovado no PNV o início da vacinação dos rapazes a partir janeiro de 2021.

O cancro do colo uterino pela sua história natural com um longo período de latência, desde a integração de genótipo(s) oncogénico(s) do(s) HPV(s) nas células do colo uterino à evolução de infeção persistente desenvolvendo lesões pré-malignas antes da fase invasiva, torna o cancro do colo útero elegível ao rastreio/prevenção secundária.

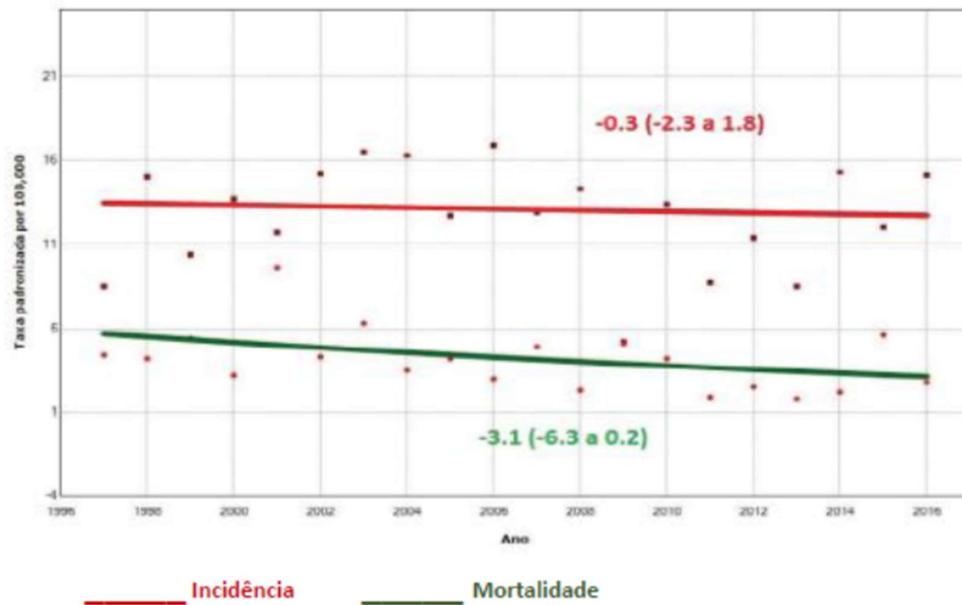
Integrado em programas de rastreio organizado, de base populacional, com eficiência e efetividade comprovadas podemos assegurar os princípios de universalidade, equidade e garantia de qualidade, com redução eficaz desta neoplasia.

Qualquer programa de rastreio organizado está dependente de uma sequência de intervenções que vão desde a identificação da população alvo, convocação da população elegível, escolha do teste de rastreio, referenciação para diagnóstico precoce e tratamento/acompanhamento hospitalar, permitindo a sua monitorização e controlo de qualidade.

Com o recurso à vacinação do HPV e à implementação de rastreios organizados a taxa de incidência e mortalidade do cancro do colo do útero tem vindo a diminuir.

Utilizando o método de padronização direta, tendo por base a população padrão Europeia, em Portugal, em 2020, o cancro do colo do útero regista uma taxa de incidência padronizada de 13,4 por 100 000 mulheres sendo a da União Europeia de 11,4 (estimativas da OMS/IARC através do *ECIS – European Cancer Information System*). Na RAA e de acordo com os registos do RORA no quinquénio 2012/2016 a taxa homóloga é de 12,4 por 100 000 mulheres (Registo Oncológico nos Açores 20 anos, páginas 30 e 42) conforme gráfico seguinte:

### C53 COLO DO ÚTERO MULHER



Realçamos que na RAA ocorreu uma ligeira diminuição da incidência e uma diminuição da mortalidade de 3.6%/ano. As repercussões do ROCCA nestes indicadores ocorrem, sempre, a longo prazo.

### 3. OBJETIVOS GERAIS

- Detetar, precocemente, o cancro do colo do útero reduzindo, a longo prazo, a sua incidência;
- Detetar lesões pré-malignas;
- Garantir o diagnóstico e tratamento adequado dos cancros e lesões pré-malignas;
- Minorar o impacto na fertilidade e nas repercussões psicológicas, familiares e sociais destas mulheres mediante um diagnóstico precoce e tratamentos menos invasivos;
- Diminuir a mortalidade por cancro invasivo do colo do útero na RAA;
- Reduzir os custos em saúde na RAA.

#### **4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Obter uma taxa de participação populacional  $\geq 60\%$ ;
- Reduzir a proporção de cancros diagnosticados em fase clínica relativamente ao total de casos diagnosticados;
- Diagnosticar as lesões pré-malignas do colo do útero: lesões de baixo e alto grau CIN2/3 e CIS/AIS;
- Garantir o tratamento das lesões detetadas em tempo útil;
- Preencher, atempadamente, a PI ROCCA;
- Monitorizar/Controlar a qualidade;
- Interagir com o Registo Oncológico para identificação dos cancros de intervalo e monitorização/avaliação do programa de rastreio.

#### **5. POPULAÇÃO ALVO**

A população alvo do ROCCA são todas as mulheres residentes na RAA, inscritas nas USI, dentro da faixa etária 25/64 anos, que subscrevam o seu consentimento informado.

A elegibilidade considera-se a partir do 1.º dia do ano em que a utente faz 25 anos e o último dia do ano em que faz 64 anos.

A população elegível determina-se depois de aplicados os critérios de exclusão temporária e/ou definitiva à população alvo. Esses critérios estão identificados na tabela 1 a que alude o n.º 3 do Despacho n.º 508/2021, de 11 de março do Senhor Secretário Regional da Saúde e Desporto (anexo 2).

Tratando-se de um rastreio populacional mantem-se desde o seu início totalmente gratuito e isento de taxas moderadoras, tal como as deslocações inter-ilhas para as consultas de aferição (alínea f do n.º 8 do despacho atrás referido).

## 6. INDICADORES (Histórico)

Identificam-se abaixo os indicadores mais relevantes no ROCCA, bem como a sua evolução nos seus primeiros 10 anos de vida.

INDICADORES	1ª VOLTA 2010/2013 a)	2ª VOLTA 2014/2016	3ª VOLTA 2017/2019
<b>(1) Utentes Convocáveis</b>	<b>57 411</b>	<b>68 318</b>	<b>64 095</b>
<b>(2) Utentes Rastreadas</b>	<b>24 032</b>	<b>24 572</b>	<b>27 714</b>
<b>(3)=(2)/(1) Taxa Participação Populacional</b>	<b>41,86%</b>	<b>35,97%</b>	<b>43,24%</b>
<b>(4) Consultas de Aferição</b>	<b>619</b>	<b>602</b>	<b>667</b>
<b>(5)=(4)/(2) Taxa de Aferição</b>	<b>2,58%</b>	<b>2,45%</b>	<b>2,41%</b>
<b>(6) Lesões Pré-malignas de Baixo Grau</b> - CIN 1/HPV	<b>230</b>	<b>217</b>	<b>286</b>
<b>(7) Lesões Pré-malignas de Alto Grau</b> - CIN 2/3 - Carcinomas in situ (CIS) - AIS	<b>128</b> <b>109</b> <b>18</b> <b>1</b>	<b>152</b> <b>137</b> <b>15</b> <b>0</b>	<b>131</b> <b>121</b> <b>10</b> <b>1</b>
<b>(8) (7)/(4) Lesões Pré-malignas de Alto Grau/utentes rastreadas</b>	<b>20,67%</b>	<b>25,25%</b>	<b>19,64%</b>
<b>(9) Carcinomas</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>11</b>
<b>(10)=(9)/(4) Taxa Detecção Carcinomas</b>	<b>1,29%</b>	<b>1,83%</b>	<b>1,65%</b>
<b>(11)=(9)/(2) Carcinomas/Utentes rastreadas</b>	<b>0,33‰</b>	<b>0,45‰</b>	<b>0,40‰</b>

a) A 1.ª volta durou 4 anos porque alguns Serviços a iniciaram só em finais de 2010 e outros em princípio de 2011.

Realça-se a importância da contínua sensibilização da população para o rastreio, cabendo às USI/CS um papel relevante na dinamização do programa aumentando convocatórias e garantindo uma maior taxa de adesão.

Entre meados de 2010 e finais de 2019, foram efetuados pelo ROCCA 76 318 rastreios. Realça-se que 47 243 destes rastreios correspondem a mulheres que se rastrearam, pela primeira vez, o que corresponde a 73,7% das mulheres rastreáveis nos Açores à data de 31 de dezembro de 2019.

Os carcinomas invasivos têm vindo a ser diagnosticados em estadios mais precoces, sendo maioritariamente microinvasivos (gráficos pág. 49).

Detetou-se um total de 411 casos de lesões pré-malignas de alto grau (CIN2+ e carcinomas *in situ*) que foram devidamente tratadas e vigiadas evitando a sua provável progressão para carcinomas invasivos. De realçar, também, no ROCCA o diagnóstico de 733 lesões pré-malignas de baixo grau (CIN1/HPV) que foram devidamente seguidas e/ou tratadas impedindo a sua eventual progressão.

Foi efetuada a monitorização/controlo qualidade do programa ao longo das 3 voltas:

➤ **Colheita/qualidade da amostra**

1ª volta	2ª volta	3ª volta
1,7%	2,1%	1,1%

➤ **Correlação cito-histológica em relação às lesões de alto grau (VPP)**

1ª volta	2ª volta	3ª volta
61,6%	64,8%	70,83%

➤ **Conizações por volta**

1ª volta	2ª volta	3ª volta
120	196	151

➤ **Cancros de intervalo (2009/2016).**

Foram detetados 5 cancros de intervalo nas primeiras 3 voltas do ROCCA

## 7. METODOLOGIA

O teste de referência, a partir do início da 4.<sup>a</sup> volta, passa a ser a pesquisa de ácidos nucleicos dos serotipos oncogénicos, do vírus do papiloma humano (HPV) com periodicidade quinquenal (tabela 2 do n.º 5 do despacho 508/2021, de 11 de março, anexo 2).

Se o resultado dessa pesquisa for positivo para os serotipos 16, 18 e 45, as mulheres serão referenciadas para consulta em unidade de Patologia Cervical (consulta de aferição ROCCA). Se for positivo para os restantes serotipos de alto risco é de imediato realizada citologia reflexa. Se nesta for identificada presença de células atípicas de significado indeterminado, lesão intra-epitelial de baixo, alto grau ou carcinoma, a PI ROCCA referencia automaticamente para consulta de aferição. Se a citologia for negativa, com teste prévio positivo para HPV, repetir-se-á a colheita dentro de 1 ano.

A eficácia deste rastreio baseia-se na prevalência da infeção HPV e sensibilidade do teste de referência (teste primário).

Está bem estabelecido que a infeção pelos serotipos oncogénicos do HPV - HPV de alto risco é condição necessária para a génese do cancro do colo uterino e a sua prevalência é de 75-80% da população sexualmente ativa.

Com a elevada cobertura da vacinação para HPV no Continente Português e sobretudo na RAA (superior a 90%) é previsível que nestas mulheres vacinadas a sensibilidade e o VPP da citologia baixem significativamente, com aumento dos falsos positivos citológicos e consequente referenciação hospitalar desnecessária levando a exames e tratamentos evitáveis em mulheres jovens com implicações psicológicas e na sua fertilidade.

O Teste HPV em relação à citologia passou a apresentar uma sensibilidade superior sobretudo em idades acima dos 30 anos e um VPP de 99-100% para a deteção de lesões pré-malignas de alto grau (CIN2+). Permite, também, uma maior identificação dos adenocarcinomas do endocolo, cuja incidência tem vindo a aumentar na mulher jovem.

O problema do teste HPV é a sua especificidade devido a infeções transitórias com potencial mínimo de progressão sobretudo nas mulheres com menos de 30 anos. Dai a importância de um mecanismo de triagem adequado para proteger a mulher do sobrediagnóstico e tratamento com recurso à citologia reflexa e outros biomarcadores.

Estabelecido consenso internacional/nacional em que o teste HPV com genotipagem para os serotipos oncogénicos é o melhor método de rastreio primário, permitindo uma proteção para carcinoma invasivo superior à citologia com valor preditivo negativo (VPN) próximo dos 100%.

Por outro lado, urge uma consciencialização e uniformização, a nível nacional, dos programas de rastreio organizados ao cancro do colo do útero (despacho n.º 8254, de 21/09/2017, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde).

Em Portugal a Administração Regional de Saúde (ARS) Norte já tinha rastreio organizado com o teste primário de HPV-DNA e a ARS de Lisboa e Vale do Tejo iniciou o rastreio organizado do cancro ao colo do útero em julho de 2017 implementando, o teste HPV mRNM como rastreio primário. As ARS Centro, Alentejo e Algarve estão em processo de mudança do teste primário de rastreio da citologia para teste HPV.

A mudança do teste primário de rastreio colocou múltiplos desafios e novas adaptações ao programa ROCCA. Ditou a necessidade de serem criadas estratégias para aumentar a adesão aos rastreios e a formação dos profissionais envolvidos, sugerindo o diálogo com as USI/CS para articular a implementação do novo modelo de rastreio.

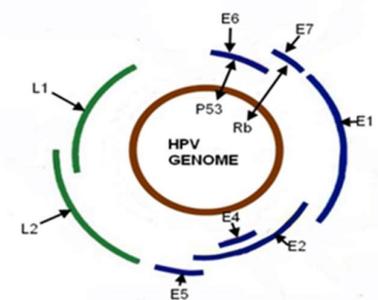
## 8. ESCOLHA DO TESTE HPV

Existem vários testes de HPV com estudos prospetivos randomizados que provaram a sua eficácia como testes primários no rastreio do cancro do colo do útero.

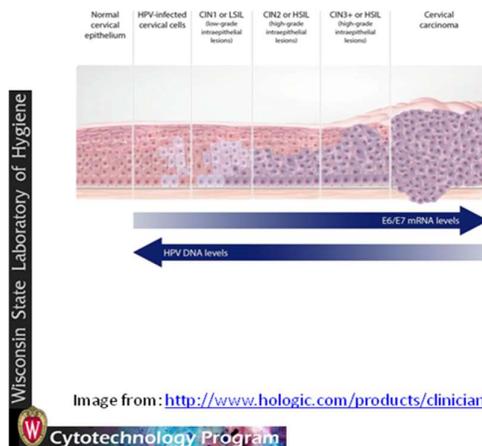
Os testes de HPV DNA com genotipagem para os serotipos oncogénicos surgiram em primeiro lugar e são, ainda, os mais utilizados nos rastreios organizados e oportunistas.

Devido à alta taxa de regressão espontânea da infeção por HPV será de primordial importância diagnosticar as situações que irão progredir para a doença invasiva.

Neste âmbito o teste HPV-mRNA apresenta uma melhor especificidade pois envolve as proteínas E6/E7 do mRNA dos HPV de alto risco que são oncoproteínas envolvidas no processo carcinogénico e a sua expressão persistente é um indicador de progressão de neoplasia intra-epitelial para cancro invasivo.



## Hologic: Aptima



- 14 HR HPV types
  - 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68
- Targets HR HPV mRNA from the E6/E7 oncogenes
- Able to specifically test
  - 16, 18, and 45
  - Remainder in cocktail

Image from: <http://www.hologic.com/products/clinician-diagnostic-solutions/cervical-health/aptima-hpv-tests>

Wisconsin State Laboratory of Hygiene  
Cytotechnology Program

21

Sob proposta da Comissão Coordenadora do ROCCA submetida a parecer do Conselho Consultivo de Combate à Doença Oncológica nos Açores (CCDOA), foi unanimemente aprovada esta mudança para o teste primário de HPV a partir do início da 4.ª volta.

Posteriormente em Reunião no HDES, com a presença do Diretor Regional da Saúde e Diretor Clínico do daquele hospital, foi acordado entre a Diretora Técnica do ROCCA, o Serviço de Ginecologia do HDES, representado pela Dr.ª Andreia Pereira e o Diretor de Serviço de Anatomia Patológica, recair a escolha do teste de HPV no HPV mRNA. Posteriormente foi apresentado o fluxograma organizacional para 4ª volta do rastreio (pág. 17).

O teste de HPV mRNA é considerado uma tecnologia custo efetivo:

- Um teste com melhor especificidade diminuindo os custos com a realização de testes adicionais de triagem, reduzindo o número de casos para referenciação hospitalar e respetivas consultas de aferição com colposcopias, biópsias e tratamentos desnecessários.
- A diminuição da referenciação hospitalar também evitará que as utentes tenham que se deslocar inter-ilhas para consulta de aferição em caso de falso positivo, evitando os custos associados.
- Ser uma tecnologia totalmente automatizada evitando um número elevado de recursos Humanos.

A 4.<sup>a</sup> volta do ROCCA, de acordo com o acima descrito, tem como exame primário o teste de HPV-mRNA a realizar de 5 em 5 anos. Na presença de HPV 16/18/45 a referência para consulta hospitalar será imediata e na presença de outros tipos de HPV de alto risco será efetuada a triagem com a citologia reflexa para posterior orientação para aferição hospitalar, no caso de alteração citológica.

Sendo o teste primário de rastreio a genotipagem de HPV de alto risco e dada a sua maior sensibilidade, perante a sua negatividade a citologia reflexa não será realizada em contexto de rastreio.

O meio de colheita, à semelhança dos outros rastreios em Portugal e de acordo com a opção feita nas primeiras voltas do ROCCA será mantido. A citologia em meio líquido -*Thin-Prep* foi aprovada pela FDA para efetuar testes de biologia molecular (testes de HPV). Tem que se ter em atenção que o meio de transporte e preservação das amostras influencia o *cut off* dos respetivos testes de HPV e existe, também, vantagem neste método de colheita da possibilidade de armazenamento à temperatura ambiente sem necessidade de gastos adicionais com frigoríficos para armazenar amostras.

## 9. PLATAFORMA INFORMÁTICA – PI ROCCA

Dada a mudança de paradigma do rastreio a partir da 4.<sup>a</sup> volta tornou-se necessário reformular a plataforma informática, em todas as etapas, nomeadamente no processamento laboratorial.

Esta está disponível para todos os intervenientes no programa para ser devidamente preenchida nos seus vários passos, permitindo a avaliação e monitorização do mesmo.

Cada utilizador terá a faculdade de obter diretamente da PI a informação de que necessita e de registar os seus procedimentos e respetivos resultados.

O carregamento dos atos e resultados, em todas as etapas é um procedimento essencial e obrigatório sob pena de inviabilizar a etapa seguinte do programa e, por consequência, todo o processo de desenvolvimento do rastreio, pondo em causa o cumprimento dos TMRG estabelecidos no despacho n.º 278/2021, de 5 de fevereiro (anexo 4).

A gestão corrente da PI ROCCA é assegurada pelo COA, a quem qualquer utilizador poderá recorrer no horário normal de serviço, perante qualquer dúvida ou dificuldade.

## 10. PROGRAMAÇÃO E METAS ANUAIS DA 4.ª VOLTA

A mudança de paradigma do programa e os impactos da inesperada conjuntura sanitária, forçaram um atraso no ROCCA em cerca de um ano.

Tal situação obriga-nos a programar a 4.ª volta em 4 anos em vez dos 5 anos tal como previsto em contexto de normalidade.

No mapa seguinte apresenta-se essa programação, repartida por ilha e por anos:

### ROCCA. PROGRAMAÇÃO DA 4.ª VOLTA (2021/2024)

UNIDADE SAÚDE DE ILHA	POPULAÇÃO ALVO ELEGÍVEL						
	4.ª VOLTA (4 ANOS)	VALOR ANUAL	METAS PARA A 4.ª VOLTA				TOTAL (60%)
			2021 (57%)	2022 (59%)	2023 (61%)	2024 (63%)	
CORVO	69	17	10	10	10	11	41
FLORES	997	249	142	147	152	157	598
FAIAL	4005	1001	571	591	611	631	2402
PICO	3561	890	507	525	543	561	2136
SÃO JORGE	2364	591	337	349	361	372	1418
GRACIOSA	1023	256	146	151	156	161	614
TERCEIRA	15622	3906	2226	2305	2383	2461	9374
SÃO MIGUEL	39431	9858	5619	5816	6013	6211	23659
SANTA MARIA	1382	345	197	204	210	217	828
<b>TOTAL</b>	<b>68454</b>	<b>17113</b>	<b>9754</b>	<b>10097</b>	<b>10439</b>	<b>10781</b>	<b>41071</b>

COA

A meta para a 4.ª volta aponta para uma taxa de participação populacional de 60%. Será a maior participação de sempre (na 1.ª volta foi de 41,8%, na 2.ª de 36% e na 3.ª de 43,2%). As taxas anuais de participação populacional programadas (57% em 2021; 59% em 2022; 61% em 2023 e 63% em 2024), serão as taxas que o COA proporá à DRS para a celebração dos respetivos contratos programa com cada USI, porventura sujeitas a ligeiros ajustamentos.

A capacidade de resposta laboratorial está assegurada conforme avaliação efetuada pelo Sr. Diretor do Serviço de Anatomia Patológica do HDES, com quem foi partilhada esta programação, sobrando, ainda, uma margem de crescimento.

A resposta a montante está, também, em termos genéricos, de acordo com o histórico de cada USI.

O COA promoverá uma nova campanha publicitária para o ROCCA, tendo em conta a melhoria qualitativa que se avizinha (reforço da eficácia do novo teste primário; novos equipamentos processadores com tecnologia de ponta; total gratuitidade; etc.), nomeadamente com um novo *spot* televisivo a lançar no 2.º trimestre de 2021. Apela-se a que, em simultâneo, cada USI, desenvolva iniciativas de informação/divulgação, pois o n.º de mulheres a rastrear terá um aumento significativo.

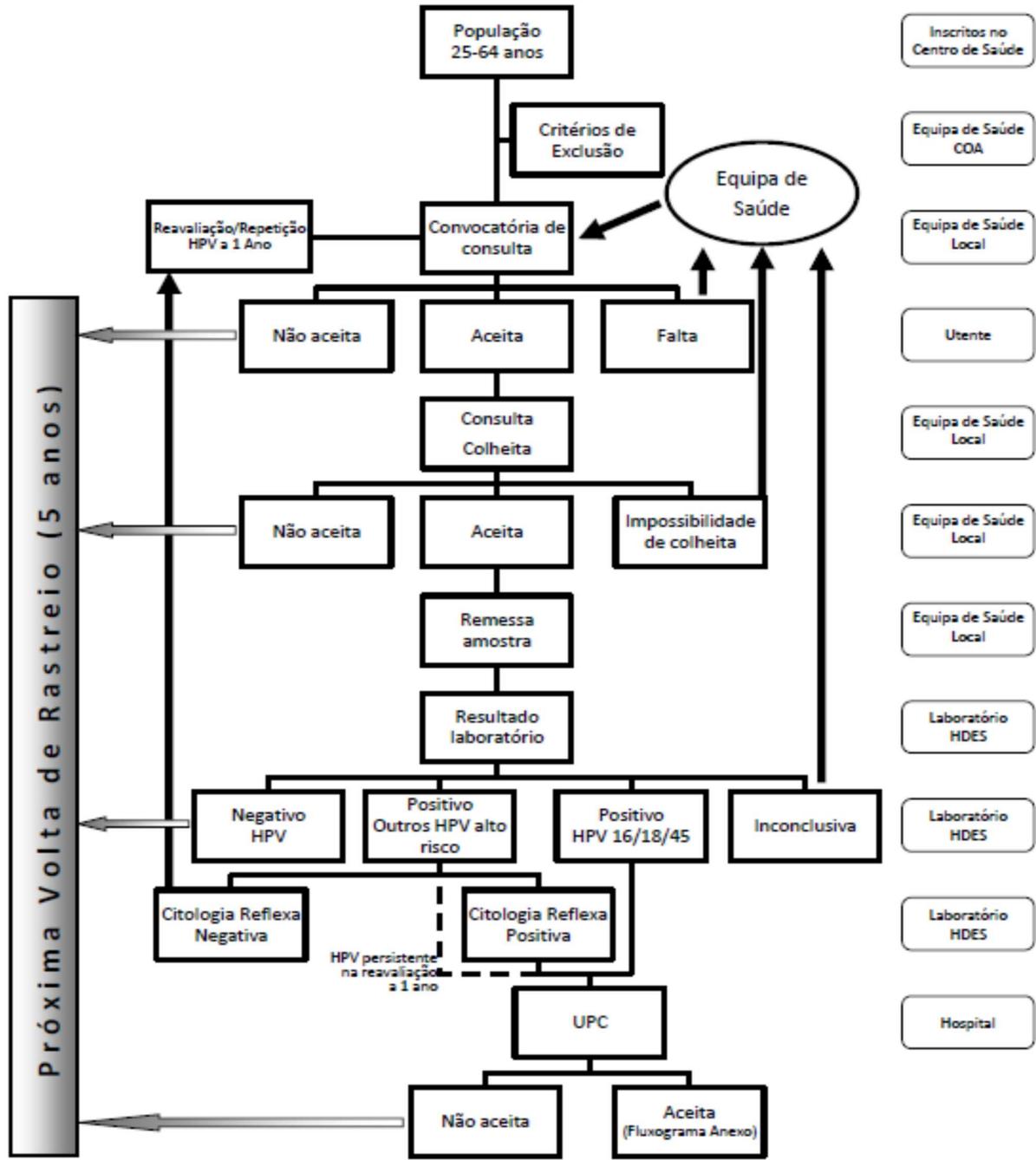
No que respeita aos consumíveis a adquirir pelas USI (alínea g do n.º 9, do despacho n.º 508/2021, de 11 de março), deverão as encomendas ser efetuadas tendo por referência base a programação ora apresentada tendo em conta os prazos de validade e a salvaguarda de eventuais ruturas, quer no que respeita ao processo de colheitas quer no processamento laboratorial. Para as colheitas os consumíveis devem ser endereçados diretamente para cada USI. Os consumíveis destinados ao laboratório deverão ser endereçados diretamente para o Serviço de Anatomia Patológica do HDES.

Por razões de controlo as notas de encomenda/requisições deverão ser feitas em separado para um e outro endereço.

Salienta-se, por fim, que os valores indicados no mapa de programação estão sujeitos a alguma flexibilidade sobretudo nas USI com menor n.º de colheitas.

## 11. PROCEDIMENTOS E CIRCUITOS DE REFERENCIAÇÃO

Fluxograma  
Rastreio Organizado do Cancro do Colo do Útero



### 11.1 PROCEDIMENTOS NAS USI/CS

As USI/CS são essenciais ao Programa de Rastreio, dado que:

- Colaboram na divulgação do Programa, sobretudo pelo contato personalizado com a sua população alvo;
- Selecionam a população a rastrear, tendo por base os critérios de exclusão previamente estabelecidos;
- Convocam, prioritariamente, as mulheres por grupo etário, em ordem decrescente, desde os 64 anos ou com citologia do colo realizada há mais de três anos, na 4.<sup>a</sup> volta;
- Procedem às convocatórias recebidas do COA, personalizando a data e hora da consulta, onde será realizada a colheita do teste HPV, modelos ROCCA (Anexo 5);
- Preenchem os dados identificativos e clínicos na PI ROCCA (Anexo 5);
- Remetem as amostras para o Laboratório de anatomia patológica, num prazo máximo de 5 dias após a colheita;
- No caso de teste positivo para outros tipos de HPV é realizada a citologia reflexa. Se o seu resultado for negativo deve repetir-se HPV ao fim de 1 ano. Nesta situação ficará informação disponível na plataforma informática, no estado de reavaliação/repetição HPV. As utentes ficarão disponíveis para convocatória 10 meses após a colheita. Se o resultado da citologia reflexa for positivo é referenciada, automaticamente, pela PI, para consulta hospitalar de patologia cervical, conforme fluxograma;
- Nas ilhas sem hospital cabe à respetiva USI assegurar os processos de deslocação para as consultas de aferição.

Cada Centro de Saúde determina a sua metodologia de trabalho, constituindo as equipas de saúde, definindo horários e assegurando resposta às mulheres inscritas sem médico de família ou cujo médico de família não esteja integrado no rastreio. Ressalva-se a importância da nomeação formal dos interlocutores para otimizar o diálogo interno e com a coordenação do programa no COA.

## 11.2 PROCEDIMENTOS NO HH, HSEIT E HDES – AFERIÇÃO

- Serão referenciadas aos três Hospitais da RAA para consulta de aferição/patologia do colo, todas as mulheres com teste de HPV positivo para os tipos de HPV 16/18/45, assim como as mulheres com outros tipos de HPV de alto risco que apresentem alterações citológicas ou nos casos de persistência do teste HPV positivo ao fim de um ano. Cabe aos hospitais proceder às convocatórias para estas consultas.
- A avaliação ginecológica destas mulheres baseia-se no exame ginecológico com a realização de colposcopia e eventual biópsia dirigida/curetagem do endocolo.

Consoante os resultados e com base nos Consensos Internacionais e da Sociedade Portuguesa de Ginecologia de Patologia Cervical procede-se ao seguimento e/ou tratamento das lesões detetadas.

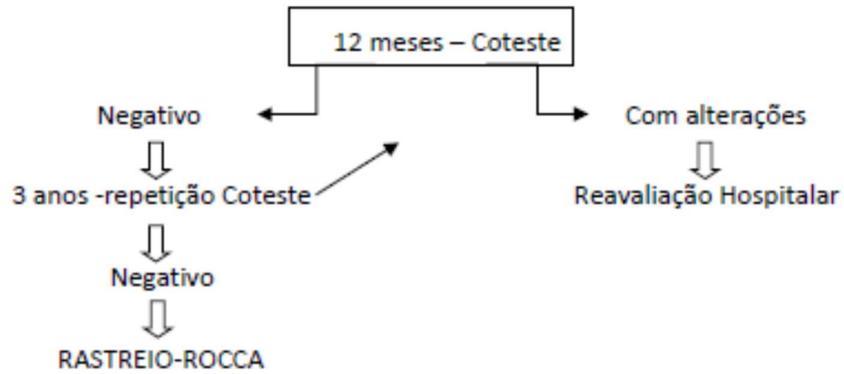
Urge a atualização do Consenso sobre Infecção por HPV e Neoplasia Intraepitelial do Colo, Vulva e Vagina de 22/2/2014 - Sociedade Portuguesa de Ginecologia para uniformização do seguimento perante um rastreio primário com HPV+.

A abordagem e seguimento das lesões pré-malignas baseia-se no risco de progressão para carcinoma.

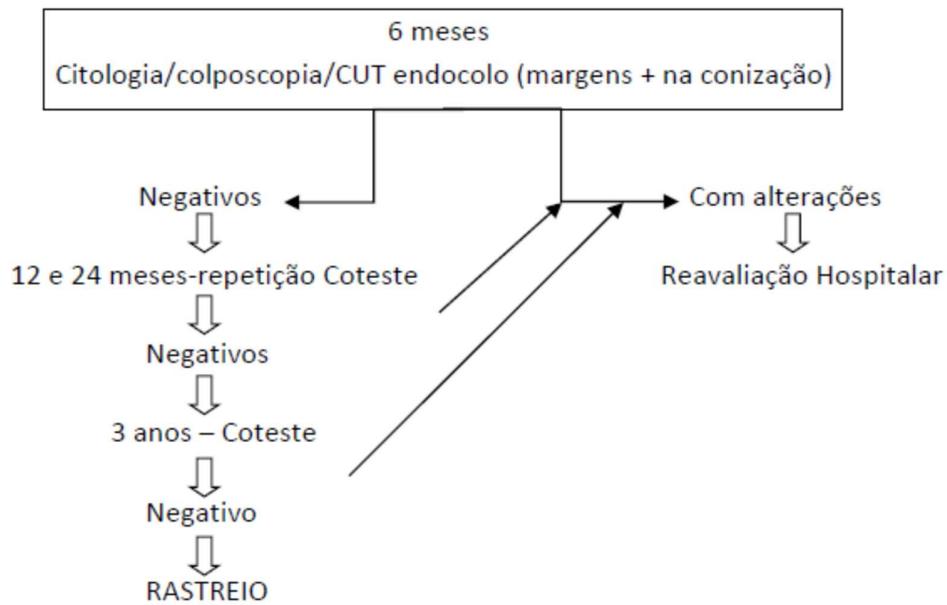
Nas lesões precursoras de baixo grau será decidida vigilância versus tratamento destrutivo e nas lesões de alto grau tratamento excisional/conização.

O risco de persistência ou recorrência das lesões é maior nos primeiros anos pelo que será fundamental uma vigilância mais apertada consoante se trate de lesões de baixo ou alto grau.

**Seguimento após vigilância /tratamento de lesões de baixo grau – HPV /CIN1**



**Seguimento após tratamento de Lesões de alto grau – CIN2/3 e CIS**



**Fonte:**

Consenso sobre Infecção por HPV e Neoplasia Intraepitelial do Colo, Vulva e Vagina de 22/02/2014 - Sociedade Portuguesa de Ginecologia

As consultas de ginecologia diagnosticam e tratam lesões. Nas lesões não invasivas após vigilância e/ou tratamento adequado as mulheres serão encaminhadas para as USI.

Considerando que o exame ginecológico com colheita para o Coteste pode ser efetuado nas USI, evitando sobretudo deslocações inter-ilhas desnecessárias, será de extrema importância a colaboração dos médicos de Medicina Geral e Familiar.

Para além do registo na PI ROCCA, a utente aquando da alta hospitalar para a USI deverá ser portadora de relatório clínico e do respetivo seguimento.

Salienta-se como abordagem acessória a recomendação da vacinação HPV- *Gardasil 9*, dado reduzir o risco de reinfeção e recorrência das infeções por HPV oncogénicos com conseqüente desenvolvimento de novas lesões.

Nas situações de diagnóstico de carcinoma invasivo, os cuidados de saúde posteriores à consulta de aferição, serão assumidos pelos três hospitais regionais. Nestes casos as doentes saem do programa de rastreio, sem prejuízo de se manter a necessária articulação com o CS respetivo (informação e orientação clínica) e o COA (monitorização e registo oncológico).

### 11.3 PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS

- A resposta laboratorial será da responsabilidade do Laboratório de Anatomia Patológica do HDES (Avenida D. Manuel 1º 9500-370 Ponta Delgada);
- O Laboratório processa a amostra e inscreve o resultado do teste de HPV e/ou citologia reflexa na plataforma informática, num prazo máximo de 10 dias após receção da colheita;
- Constituição dos *stocks* de consumíveis remetidos pelas USI.

### 12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Portugal e em particular na RAA ainda existe um número elevado de casos de cancro do colo do útero/ano, com particular incidência na RAA.

Reafirma-se ser fundamental a adesão aos programas de rastreio organizado e a deteção e tratamento atempado das lesões pré-malignas evitando a progressão para carcinoma invasivo.

Trata-se de um carcinoma prevenível que surge em idades jovens com graves implicações psicológicas, reprodutivas, familiares e sociais.

O rastreio, o diagnóstico precoce e o tratamento destas situações clínicas é o reflexo da verdadeira medicina preventiva com inequívoco impacto, a médio/longo prazo, na redução do carcinoma invasivo do colo do útero, com inerente melhoria das repercussões da doença na mulher, diminuição de custos na saúde em tratamentos oncológicos dispendiosos e internamentos hospitalares.

Embora o diagnóstico nos estadios iniciais apresente uma elevada percentagem de cura, a morbilidade associada assim como os custos, são significativos.

Nesta época conturbada e com as atenções e recursos voltados para combate imediato à atual pandemia por SARS-Cov2, houve atrasos nos rastreios, processos de diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença oncológica.

Embora exigindo um esforço acrescido a todos os profissionais e salvaguardando sempre a maior segurança é imperioso recomendar este programa de rastreio oncológico para minimizar a curto, médio e longo prazo as consequências com o aumento da morbilidade/ mortalidade da doença oncológica.

O cancro do colo do útero é uma doença evitável quer através da vacinação, quer através do rastreio e esse facto não pode ser negligenciado.

**Angra do Heroísmo 16 de abril de 2021**

A Equipa Coordenadora do ROCCA

---

(Conceição Branco)

---

(Paula Bettencourt)

---

(Raúl Rego)

### 13. ANEXOS

#### 13.1 ANEXO 1 – PROTOCOLO DE COLABORAÇÃO ÚNICO



*handwritten:*  
Laudólogo  
4 Det 2015  
Cens. P. de Saúde

### PROGRAMA ORGANIZADO DE RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO NOS AÇORES (ROCCA)

PROTOCOLO DE COLABORAÇÃO ENTRE A DIREÇÃO REGIONAL DE SAÚDE (DRS); O CENTRO DE ONCOLOGIA DOS AÇORES, PROF. DOUTOR JOSÉ CONDE (COA); HOSPITAL DA HORTA (HH); HOSPITAL DE SANTO ESPÍRITO DA ILHA TERCEIRA (HSEIT); HOSPITAL DO DIVINO ESPÍRITO SANTO (HDES); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DO CORVO (USIC); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DAS FLORES (USI FLORES); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DO FAIAL (USI FAIAL); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DO PICO (USIP); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DE SÃO JORGE (USISJ); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA GRACIOSA (USIG); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA TERCEIRA (USIT); UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DE SÃO MIGUEL (USIS MIGUEL) E UNIDADE DE SAÚDE DE ILHA DE SANTA MARIA (USIS MARIA)

*Handwritten signatures and initials on the right margin:*  
[Illegible signatures]

**Considerando:**

- Os protocolos de colaboração para o ROCCA, celebrados em 2010, que necessitam de atualização;
- As alterações jurídicas introduzidas na lei orgânica dos Centros de Saúde e consequente integração em Unidades de Saúde de Ilha;
- A necessidade e importância de um efetivo envolvimento da DRS no acompanhamento e desenvolvimento do ROCCA e no reforço do seu poder institucional;
- O despacho n.º 129/2015, de 21 de janeiro, do Exmo. Secretário Regional da Saúde, que se refere à etapa das consultas de aferição hospitalar;
- E, finalmente, a programada mudança do teste base do ROCCA (de citologia ginecológica, com HPV reflexo nos ASCUS de 3 em 3 anos, para o teste de HPV com citologia reflexa, de 5 em 5 anos), aquando do início da sua 4.ª volta, prevista para 1 de janeiro de 2020.

Ficaram reunidas as condições para se proceder à atualização do protocolo de colaboração institucional para o desenvolvimento deste importante programa de saúde pública, de rastreio de cancro do colo do útero nos Açores, optando-se por um documento único, subscrito por todos, onde se identifique, de forma clara, o que cabe a cada entidade colaborante.



Assim, ao abrigo do Estatuto do Serviço Regional de Saúde (SRS) - DLR n.º 28/99/A, de 31 de julho, alterado pelos Decreto Legislativo Regional n.º 2/2007/A, de 24 de janeiro e 1/2010/A, de 4 de janeiro, entre a DRS, pessoa coletiva n.º 600087174, representada pelo Sr. Diretor Regional da Saúde, Tiago Alexandre dos Santos Lopes; o COA, pessoa coletiva n.º 672002027, representado pelo presidente do seu Conselho de Administração (CA), Raul Aguiar do Rego; o HH, pessoa coletiva n.º 512103070, representado pelo presidente do seu CA João Luís da Rosa Morais; o HSEIT, pessoa coletiva n.º 512105030, representado pela presidente do seu CA, Luísa Maria da Silveira e Sousa Melo Alves; o HDES, pessoa coletiva n.º 512103097, representado pela presidente do seu CA, Margarida Ourique Fernandes Martins; a USIC, pessoa coletiva n.º 510189881, representada pelo presidente do seu CA, Carlos Alberto Maia Teixeira; a USI Flores, pessoa coletiva n.º 510167098, representada pela presidente do seu CA, Carla Alexandra Avelar Noia; a USI Faial, pessoa coletiva n.º 510183085, representada pela presidente do seu CA, Helena Maria Valente Reis; a USIP, pessoa coletiva n.º 512084726, representada pela presidente do seu CA, Cláudia Sofia Viegas Cabrita; a USISJ, pessoa coletiva n.º 512100640, representada pelo presidente do seu CA, Paulo Jorge Medeiros de Sousa; a USIG, pessoa coletiva n.º 509871070, representada pela presidente do seu CA Cláudia Raquel Lourenço Vieira da Silva; a USIT, pessoa coletiva n.º 510170811, representada pelo presidente do seu CA, Pedro Gonçalo Soares da Costa; a USIS Miguel pessoa coletiva n.º 510148921, representada pelo presidente do seu CA, Pedro Miguel Lourenço Santos e a USIS Maria, pessoa coletiva n.º 510161502, representada pelo presidente do seu CA, João Paulo Serôdeo Melo, celebra-se o presente protocolo de colaboração para o desenvolvimento do ROCCA, que se rege pelas cláusulas seguintes:

#### **Clausula 1ª**

#### **Desenvolvimento do ROCCA**

1. O ROCCA é um programa de saúde pública, organizado e de base populacional, de rastreio de cancro do colo do útero nos Açores;
2. O exame teste de rastreio é a citologia ginecológica repetida de 3 em 3 anos, processada em meio líquido e classificada de acordo com a terminologia *Bethesda*, até à conclusão da 3.ª volta (31/12/2019);

Handwritten signatures and initials on the right margin of the document.

	Região Autónoma dos Açores Secretaria Regional da Saúde Direção Regional da Saúde
---	---

3. A partir da 4.ª volta (01/01/2020) o teste primário passará a ser um teste de biologia molecular detetando serotipos oncogénicos do HPV, cuja colheita é realizada para o meio líquido proposto para a colheita da citologia ginecológica (HPV);
4. As mulheres na faixa etária 25/64 anos, inscritas nas USI, constituem a população alvo;
5. A 1.ª colheita para o teste de HPV ocorrerá em qualquer altura da vida da mulher, dentro da faixa etária e, a segunda e seguintes ocorrerá de 5 em 5 anos, se o resultado da última for negativo;
6. Se o resultado do teste primário do HPV for positivo para HPV 16; 18; 45, a utente será referenciada para consulta de patologia cervical no hospital da respetiva área geográfica, nos termos do despacho n.º 129/2015, de 21 de janeiro, do Exmo. Secretário Regional da Saúde;
7. Se o resultado da aferição detetar neoplasia intraepitelial do colo do útero ou carcinoma invasivo, a utente sairá do rastreio e será registada, tratada, vigiada e acompanhada em ambiente hospitalar. Se não for detetada patologia oncológica, a utente prosseguirá no programa de rastreio;
8. A colheita será realizada na USI e a pesquisa do HPV e citologias reflexas no Serviço de Anatomia Patológica (SAP) do HDES. As metodologias e especificações técnicas para a determinação do HPV e das citologias serão definidas pela Direção Técnica do ROCCA em articulação com o Diretor do SAP do HDES.

#### Clausula 2ª

#### Responsabilidade da DRS

##### À DRS, cabe:

1. Assegurar que o desenvolvimento do ROCCA, ocorra em harmonia com o Plano Regional de Saúde;
2. Assegurar o reforço do compromisso e articulação entre o COA e todas as instituições do SRS – USI e Hospitais Regionais, tendo em conta o âmbito geográfico e operacional do ROCCA;
3. Assegurar a inclusão do ROCCA no processo de contratualização com as instituições do SRS – contratos programa, definindo as metas anuais a atingir;
4. Pugnar pela dotação dos recursos humanos, materiais e tecnológicos imprescindíveis à desejada eficiência e efetividade do ROCCA;

	Região Autónoma dos Açores Secretaria Regional da Saúde Direção Regional da Saúde
---	---

5. Acompanhar e avaliar, periodicamente, a execução do ROCCA, nomeadamente os seus principais indicadores quantitativos e qualitativos.

**Clausula 3ª**  
**Responsabilidade do COA**

**Ao COA, cabe:**

1. Assegurar a coordenação geral do ROCCA, promovendo a partilha/articulação com a DRS, Hospitais Regionais e as USI e validando orientações e especificações técnicas relativas aos meios a utilizar;
2. Assegurar a coordenação técnica do ROCCA através, nomeadamente, da interação com os interlocutores envolvidos e das tarefas de acompanhamento, avaliação/controlo e monitorização;
3. Assegurar a coordenação operacional do ROCCA, concebendo e mantendo dinâmico um manual executivo e pugnando pelo seu cumprimento;
4. Assegurar a elaboração/atualização e remessa para homologação do presente protocolo de colaboração;
5. Instalar nas USI e nos Hospitais a plataforma informática (PI ROCCA) e prestar formação e apoio técnico sempre que necessário;
6. Referenciar para o Hospital da sua área geográfica, os casos indiciadores de patologia – consulta de aferição;
7. Garantir o controlo de qualidade e a avaliação, periódica, do programa;
8. Emitir cartas resultado às utentes rastreadas e informação aos respetivos médicos de família, através da PI ROCCA;
9. Publicitar e divulgar o ROCCA;
10. Elaborar e divulgar o relatório, por volta, do ROCCA;
11. Apurar e facultar, de forma atempada e rigorosa, todos os indicadores pré-definidos para o ROCCA;
12. Cumprir e pugnar pelo cumprimento das metas definidas pela DRS.



#### Clausula 4ª Responsabilidade das USI

**A cada USI, cabe:**

1. Identificar e atualizar a lista de utentes que constitui a população alvo da respetiva ilha;
2. Proceder à convocação da população-alvo, depois de expurgar da lista as situações de exclusão, temporária ou definitiva;
3. Utilizar a PI ROCCA e contribuir para o seu gradual aperfeiçoamento;
4. Adquirir os consumíveis necessários à colheita ginecológica bem como ao processamento laboratorial do HPV e citologia de acordo com as especificações técnicas referidas no n.º 8 da clausula 1ª;
5. Os consumíveis relativos ao processamento laboratorial deverão ser entregues no SAP do HDES no prazo e na quantidade que garanta o normal desempenho daquele Serviço;  
Deverá constituir-se um stock inicial por USI, a repor semestral e/ou anualmente, conforme o volume de rastreios com resultado laboratorial inserido na PI ROCCA, acrescido de eventuais repetições;
6. Proceder à colheita da amostra colpocitológica, rotular o recipiente com a etiqueta em que conste a identificação da utente e o código de barras e remetê-la, no prazo máximo de 5 dias úteis, para o SAP do HDES e preencher/atualizar a ficha de anamnese;
7. Assegurar, quando for o caso, a organização do processo de deslocação para a consulta de aferição hospitalar;
8. Receber, trimestralmente e/ou sempre que solicitada, da coordenação do ROCCA, informação sistematizada e pertinente relativa à execução do programa;
9. Propor à coordenação do ROCCA, sempre que entender, medidas de alteração/aditamento ao manual executivo do ROCCA;
10. Colaborar na publicitação e divulgação do ROCCA;
11. Constituir uma equipe local gestora do ROCCA, interlocutora da equipa coordenadora do programa;
12. Pugnar pelo alcance das metas definidas pela DRS.

*[Handwritten signatures and initials in blue ink, including names like 'J. Conde', 'J. Silva', and 'J. Costa', along with various initials and dates.]*

**Clausula 5ª**

**Responsabilidade dos Hospitais**

**Ao HH, HSEIT e HDES, cabe:**

1. Executar, semanalmente, as consultas de aferição referenciadas pelo ROCCA, tal como estabelece o despacho n.º 129/2015, de 21 de janeiro do Exmo. Secretário Regional da Saúde;
2. São referenciados para consulta de aferição hospitalar as mulheres que:
  - Apresentem teste primário de HPV positivo para os serotipos oncogénicos 16; 18; 45;
  - Tenham teste HPV positivo para outros serotipos oncogénicos com citologia reflexa positiva;
  - Tenham teste HPV positivo persistente ao fim de um ano.
3. Assegurar o acompanhamento/vigilância das mulheres em controlo até ao resultado/diagnóstico;
4. Inserir, obrigatoriamente, na PI ROCCA, de forma rigorosa e atempada, as etapas executadas e o resultado/diagnóstico;
5. Manter em consulta/acompanhamento hospitalar os casos com patologia diagnosticada;
6. Participar nas tarefas de controlo de qualidade, avaliação e monitorização do ROCCA;
7. Obter, da coordenação do ROCCA, toda a informação oficial produzida periodicamente divulgada e/ou outra, sempre que solicitada;
8. Pugar, junto da coordenação operacional do ROCCA, pelo aperfeiçoamento da PI ROCCA.

**Clausula 6ª**

**Responsabilidade Específica do HDES**

**Cabe, ainda, ao HDES**

1. Assegurar, em articulação com a DRS que o SAP do HDES seja dotado dos recursos materiais (instalações), humanas (2 TSDT) e tecnológicas (um equipamento para coloração e outro para processamento), atualização da aplicação informática, bem como dos equipamentos para realizar a deteção do HPV em amostras citológicas que assegurem a adequada e atempada resposta qualitativa e quantitativa do ROCCA;
2. Receber os consumíveis necessários ao processamento dos exames, fornecidos pelas USI;

	Região Autónoma dos Açores Secretaria Regional da Saúde Direção Regional da Saúde
---	---

3. Seguir as especificações técnicas e metodológicas de processamento, para os dois tipos de exame, consensualizadas entre a Direção Técnica do ROCCA e a Direção do SAP;
4. Executar, através do seu SAP, os exames laboratoriais requeridos pelo ROCCA, designadamente a receção das amostras, o processamento das citologias ginecológicas e dos HPV;
5. Inserir, através do SAP, o resultado dos exames realizados diretamente na PI ROCCA.

Velas, 4 de dezembro de 2019

Diretor Regional de Saúde

*Luís Alexandre dos Santos Lopes*

Presidente do Conselho de Administração:  
COA

*Paul Afonso do Lago*

HH

HSEIT

*Luís Santa Maria*

HDES

*Paulo Henrique Fernandes Martins*

USI Corvo

*François P. Largo Pimenta*

USI Flores

*Carla Alexandra Avler N. M.*

USI Faial

*Helena*

USI Pico

*Stangia Neves*

USI São Jorge

*Paulo*

USI Graciosa

*Cláudia Almeida*

USI Terceira

*R*

USI São Miguel

*Paulo*

USI Santa Maria

*Paulo*

## 13.2 ANEXO 2 – DESPACHO N.º 508/2021 DE 11 DE MARÇO (PROGRAMAS DE RASTREIO ONCOLÓGICO)

### Secretaria Regional da Saúde e Desporto

#### Despacho n.º 508/2021 de 11 de março de 2021

Considerando que os programas de rastreio oncológico de base populacional na Região Autónoma dos Açores têm por missão a deteção precoce do cancro e o diagnóstico de lesões pré-malignas.

Considerando os significativos ganhos humanos que podem ocorrer com o desenvolvimento destes programas de saúde pública, bem como a diminuição dos gastos com os tratamentos e seguimento dos sobreviventes.

Considerando que estes programas envolvem toda a população alvo açoriana dentro das faixas etárias definidas para cada programa de rastreio e que todas as instituições do Serviço Regional de Saúde estão formalmente comprometidas com a sua execução.

Considerando que o Programa do Governo dos Açores valoriza e prioriza a prevenção secundária da patologia oncológica através dos programas de rastreio de base populacional, ora pela reorganização e mobilização dos recursos disponíveis, ora pela dotação de novos recursos que se revelem imprescindíveis ao gradual desenvolvimento deste objetivo.

Considerando a diversidade das instituições envolvidas com modelos operacionais e critérios técnicos próprios, a diversidade geográfica, as particularidades de cada programa e as diferentes capacidades de resposta instaladas.

Considerando, finalmente, que se torna necessário e conveniente reunir, num só instrumento, as principais linhas de força orientadoras dos rastreios oncológicos na Região, visando melhorias ao nível da sua execução, uniformização de critérios e procedimentos e respetiva avaliação e monitorização.

Assim, nos termos do disposto nas alíneas *a)* e *d)* do artigo 11.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 28/2020, de 10 de dezembro, determino o seguinte:

1. Na Região Autónoma dos Açores desenvolvem-se os seguintes rastreios oncológicos, organizados e de base populacional:

- a)* ROCMA - Rastreio organizado de cancro de mama;
- b)* ROCCA - Rastreio organizado de cancro do colo do útero;
- c)* ROCCRA - Rastreio organizado de cancro do colón e reto;
- d)* PICCOA - Programa de intervenção de cancro na cavidade oral nos Açores.

2. Os rastreios oncológicos referidos no número anterior são totalmente gratuitos e isentos de taxas moderadoras, aplicando-se a todo o território da Região em condições de acesso equitativo para a população elegível.

3. Considera-se população alvo elegível toda a população assintomática, inscrita nas listas de utentes das unidades de saúde de ilha, dentro das faixas etárias estabelecidas para cada programa, depois de aplicados os critérios de exclusão temporária ou definitiva, descritos no Anexo I ao presente despacho, que dele faz parte integrante.

4. A participação nos programas de rastreio oncológico da população alvo rastreável só poderá ocorrer após o utente dar, formalmente, o seu consentimento informado.

5. Os testes de referência para cada programa e a periodicidade da sua execução constam do Anexo II ao presente despacho, que dele faz parte integrante.

6. Todas as instituições e serviços do Serviço Regional de Saúde devem colaborar no desenvolvimento da estratégia de prevenção e combate à doença oncológica na Região Autónoma dos Açores.

7. Compete à Direção Regional da Saúde no âmbito dos programas de rastreio oncológico:
- Superintender os rastreios oncológicos em harmonia com o Plano Regional de Saúde;
  - Assegurar e fortalecer o compromisso institucional com todos os intervenientes;
  - Incluir os quatro programas de rastreio no processo anual de contratação com as instituições e serviços do Serviço Regional de Saúde, com metas quantificadas;
  - Pugnar pela dotação dos recursos necessários ao desenvolvimento da prevenção secundária da patologia oncológica.
8. Compete ao Centro de Oncologia dos Açores, Prof. Doutor José Conde no âmbito dos programas de rastreio oncológico:
- Assegurar a coordenação geral, técnica e operacional de cada programa;
  - Conceber e atualizar os manuais executivos onde constem todos os conceitos, procedimentos e indicadores quantitativos e qualitativos;
  - Propor o aperfeiçoamento e a atualização dos dispositivos legais que se revelem necessários tendo em consideração o caráter dinâmico destes programas;
  - Conceber e desenvolver plataformas informáticas que permitam a cada interveniente a obtenção dos outputs necessários e o registo dos *inputs* que produz, bem como a extração, a todo o momento, da informação que sustenta o universo dos indicadores pré-definidos, assegurando a sua gestão corrente e a formação aos utilizadores;
  - Assegurar o controlo de qualidade dos equipamentos utilizados no ROCMA, bem como de todos os atos técnicos nos rastreios;
  - Publicitar e divulgar os programas de rastreio e responder às solicitações dos utentes, da tutela, da comunicação social e das instituições colaborantes;
  - Emitir convocatórias, formais e informais, à população alvo rastreável do ROCMA e do ROCCRA, bem como emitir as cartas resultado do ROCMA, ROCCA e ROCCRA;
  - Acompanhar a execução de cada etapa de cada programa e acionar os dispositivos de alerta relativos a incumprimentos, irregularidades e discrepâncias;
  - Elaborar relatórios trimestrais e anuais de cada programa e facultá-los à tutela e a todas as entidades colaborantes.
9. Compete às unidades de saúde de ilha no âmbito dos programas de rastreio oncológico:
- Manter as listas de utentes atualizadas, identificando a população alvo para cada programa de rastreio e expurgando todos os casos de exclusão temporária e/ou definitiva, nos termos do n.º 3 do presente despacho;
  - Designar um interlocutor local, individual ou equipa, em cada Centro de Saúde, para cada programa de rastreio que assegurará articulação com a coordenação do Centro de Oncologia dos Açores, Prof. Doutor José Conde e o Hospital de referência, bem como a dinamização interna.
  - Assegurar as convocatórias para o ROCCA e para o PICCOA e colaborar no processo de convocação para o ROCMA e ROCCRA.
  - Obter formação e utilizar a plataforma informática de cada rastreio, contribuindo para o seu aperfeiçoamento.
  - Assegurar apoio logístico às Unidades Móveis de rastreio ao cancro de mama feminina, em cada concelho.
  - Organizar e custear o processo de deslocação dos seus utentes referenciados pelos rastreios para consulta de aferição hospitalar.

g) Proceder à aquisição dos consumíveis necessários ao desenvolvimento de cada programa, nomeadamente de colheita e processamento laboratorial no ROCCA, de colheita e preparação para a anestesia e colonoscopia no ROCCRA e na consulta por médico dentista no PICCOA.

h) Obter do Centro de Oncologia dos Açores, Prof. Doutor José Conde toda a informação do circuito institucionalizado ou sempre que solicitada, relativa à execução de cada rastreio.

i) Assegurar o controlo de qualidade dos equipamentos utilizados no PICCOA, bem como em todos os atos técnicos nos rastreios.

j) Pugnar pelo cumprimento das metas estabelecidas nos contratos-programa celebrados com a Direção Regional da Saúde, para cada rastreio.

10. Ao Hospital da Horta, EPER ao Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER e ao Hospital do Divino Espírito Santo, EPER compete no âmbito dos programas de rastreio oncológico:

a) Executar, em circuitos próprios e prioritários de atendimento, as consultas de aferição dos programas de rastreio, constituindo, para o efeito, quatro centros de aferição nas seguintes áreas, sem prejuízo do envolvimento de outras áreas como a Anatomia Patológica, a Cirurgia e a Oncologia médica:

- i. ROCMA – Imagiologia com eventual envolvimento simultâneo da cirurgia;
- ii. ROCCA – Ginecologia;
- iii. ROCCRA – Gastroenterologia e Anestesiologia;
- iv. PICCOA – Estomatologia.

b) No que respeita ao ROCCRA, executar a análise, por leitura automatizada, da colheita destinada à pesquisa de sangue oculta nas fezes, nos Serviços de Patologia Clínica;

c) Assegurar o controlo de qualidade dos equipamentos utilizados no ROCCA e no ROCCRA, bem como em todos os atos técnicos nos rastreios;

d) Registrar, obrigatoriamente, na plataforma informática de cada programa de rastreio, de forma rigorosa e atempada, os procedimentos e o resultado/diagnóstico provisório e definitivo.

e) Designar, em cada centro de aferição, um interlocutor local, individual ou equipa, que assegurará a articulação com a coordenação do Centro de Oncologia dos Açores, Prof. Doutor José Conde e as unidades de saúde de ilha, bem como a dinamização interna;

f) Obter formação e utilizar a plataforma informática de cada rastreio, contribuindo para o seu aperfeiçoamento.

g) Obter do Centro de Oncologia dos Açores, Prof. Doutor José Conde toda a informação do circuito institucionalizado ou sempre que solicitada, relativa à execução de cada rastreio.

11. Todos os utentes que tenham um resultado positivo na consulta de aferição finalizam o procedimento operacional do programa de rastreio, devendo ser inscritos na instituição hospitalar de referência, que será responsável pelos subseqüentes exames complementares de diagnóstico, tratamentos e acompanhamento.

12. Para efeitos do disposto no número 10, considera-se que:

a) A área geográfica dos centros de aferição do Hospital da Horta, EPER são as ilhas de Flores, Corvo, Faial e Pico;

b) A área geográfica dos centros de aferição do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER as ilhas de São Jorge, Graciosa e Terceira;

c) A área geográfica dos centros de aferição do Hospital do Divino Espírito Santo são as ilhas de São Miguel e Santa Maria.

13. Os serviços laboratoriais para o ROCCA serão assegurados, para todas as ilhas, pelo Serviço de Anatomia Patológica do Hospital do Divino Espírito Santo, EPER.

14. Os programas de rastreio oncológico, enquanto programas de saúde pública e medicina preventiva, deverão ser integralmente executados no âmbito da capacidade de resposta do Serviço Regional de Saúde, em todas as suas etapas.

15. Sempre que uma instituição do Serviço Regional de Saúde não disponha da necessária capacidade de resposta inequivocamente comprovada, ao nível das instalações, equipamentos e recursos tecnológicos, deverá reportar essa situação ao Centro de Oncologia dos Açores, Prof. Doutor José Conde na qualidade de entidade coordenadora, a quem compete compilar todas as informações e submete-las à Direção Regional da Saúde em proposta ou parecer para eventual integração no Plano de Investimentos do Setor da Saúde.

16. Sempre que uma instituição do Serviço Regional de Saúde não disponha da necessária capacidade de resposta às exigências dos programas de rastreio, ao nível dos recursos humanos, devidamente demonstrada através dos indicadores de rendimento dos serviços, dever-se-á recorrer a programas de produção acrescida para a equipa de profissionais envolvida.

17. Perante a impossibilidade, inequivocamente demonstrada com a estatística dos serviços, de obtenção dos recursos necessários, designadamente materiais, tecnológicos, financeiros e humanos, dever-se-á recorrer à contratualização de serviços ao sector privado, preferencialmente através do regime de convenções.

18. O recurso ao regime de produção acrescida ou ao regime de convenções deverá ser aprovado pelo Secretário Regional da Saúde e Desporto, mediante proposta do Centro de Oncologia dos Açores, Prof. Doutor José Conde e parecer da Direção Regional de Saúde

19. Perante a aprovação de qualquer dos regimes deverá a DRS, em articulação com o COA, emitir normativos que identifiquem as condições, os serviços a prestar e a renumeração das equipas envolvidas, salvaguardando a uniformização dos critérios técnicos e remuneratórios.

20. Especificamente no que respeita ao ROCCRA e por razões de segurança clínica, as colonoscopias de rastreio deverão ser executadas num dos três hospitais regionais ou, se em regime de convenção, com entidades sediadas nas ilhas do Faial, Terceira ou São Miguel.

21. A fim de salvaguardar uma atempada resposta em cada etapa e um gradual desenvolvimento de cada programa de rastreio, todos os serviços envolvidos deverão pugnar pelo integral cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantida, estabelecidos no Despacho n.º 278/2021, de 5 de fevereiro de 2021.

22. O disposto no presente despacho deverá ser contemplado aquando da elaboração ou da atualização dos Protocolos de Colaboração Únicos, a que alude o n.º 3 do Despacho n.º 278/2021, de 5 de fevereiro.

23. É revogado o Despacho n.º 129/2015, de 21 de janeiro.

4 de março de 2021. - O Secretário Regional da Saúde e Desporto, *Clélio Ribeiro Parreira Toste de Menezes*.

**TABELA 1. RASTREIOS ONCOLÓGICOS. POPULAÇÃO ALVO**

RASTREIOS	FAIXA ETÁRIA	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO TEMPORÁRIA	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DEFINITIVA
<b>ROCMA</b>	Mulheres com idade $\geq 45$ anos e $\leq 74$ anos inscritas na USI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesão ulcerada ou processo inflamatório da mama</li> <li>• Gravidez ou em aleitamento</li> <li>• Próteses mamárias</li> <li>• Mamografia nos últimos 6 meses</li> <li>• Em regime de controlo/tratamento</li> <li>• Incapacidade física/mental, temporariamente limitadora</li> <li>• Autoexclusão temporária, através de comunicação formal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de neoplasia maligna da mama</li> <li>• Mulheres submetidas a mastectomia</li> <li>• Autoexclusão definitiva, através de comunicação formal</li> <li>• Incapacidade física/mental definitivamente limitadora</li> </ul>
<b>ROCCA</b>	Mulheres com idade $\geq 25$ anos e $\leq 64$ anos inscritas na USI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de sinais e/ou sintomas de doença ginecológica</li> <li>• Mulher que não iniciou atividade sexual</li> <li>• Autoexclusão temporária através de comunicação formal</li> <li>• Incapacidade física/mental, temporariamente limitadora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulheres com cancro de colo uterino diagnosticado</li> <li>• Mulheres submetidas a histerectomia total</li> <li>• Autoexclusão definitiva, através de comunicação formal</li> <li>• Incapacidade física/mental, definitivamente limitadora</li> </ul>
<b>ROCCRA</b>	Homens e Mulheres com idade $\geq 50$ anos e $\leq 74$ anos inscritos na USI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com alterações significativas no trânsito gastrointestinal nos últimos 6 meses</li> <li>• Com retorragias nos últimos 6 meses</li> <li>• Realização de colonoscopia total nos últimos 2 anos ou colonografia por tomografia computadorizada</li> <li>• Incapacidade física/mental temporariamente limitadora</li> <li>• Autoexclusão temporária, através de declaração formal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de cancro coloretal</li> <li>• Antecedentes pessoais de pólipos do cólon e reto</li> <li>• Doença inflamatória intestinal</li> <li>• Síndromes heredofamiliares relacionados com o cancro coloretal</li> <li>• Incapacidade física/mental, definitivamente limitadora</li> <li>• Autoexclusão definitiva, através de declaração formal</li> </ul>
<b>PICCOA</b>	Homens e Mulheres com idade $\geq 40$ anos e $\leq 75$ anos inscritos na USI (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidade física/mental, temporariamente limitadora</li> <li>• Autoexclusão temporária, através de comunicação formal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico anterior de cancro na cavidade oral</li> <li>• Incapacidade física/mental, definitivamente limitadora</li> <li>• Autoexclusão definitiva através de comunicação formal</li> </ul>

(1) inclui, também, referenciação de população de risco de qualquer idade.

**TABELA 2**

<b>RASTREIOS</b>	<b>TESTE DE REFERÊNCIA</b>	<b>PERIODICIDADE</b>
<b>ROCMA</b>	Mamografia com dupla leitura e eventual desempate	2 em 2 anos
<b>ROCCA</b>	Pesquisa de ácidos nucleicos dos serotipos oncogénicos, do vírus do papiloma humano (HPV)	5 em 5 anos
<b>ROCCRA</b>	Pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) pelo método imunoquímico	2 em 2 anos
<b>PICCOA</b>	Consulta por Médico Dentista	5 em 5 anos

### 13.3 ANEXO 3 – “RELATÓRIO, EM NÚMEROS, DA 1.ª DÉCADA DE VIDA DO ROCCA”

#### INDICADORES QUANTITATIVOS – TAXA DE PARTICIPAÇÃO POPULACIONAL (Tpp)

##### 1.ª VOLTA (2010/2013)

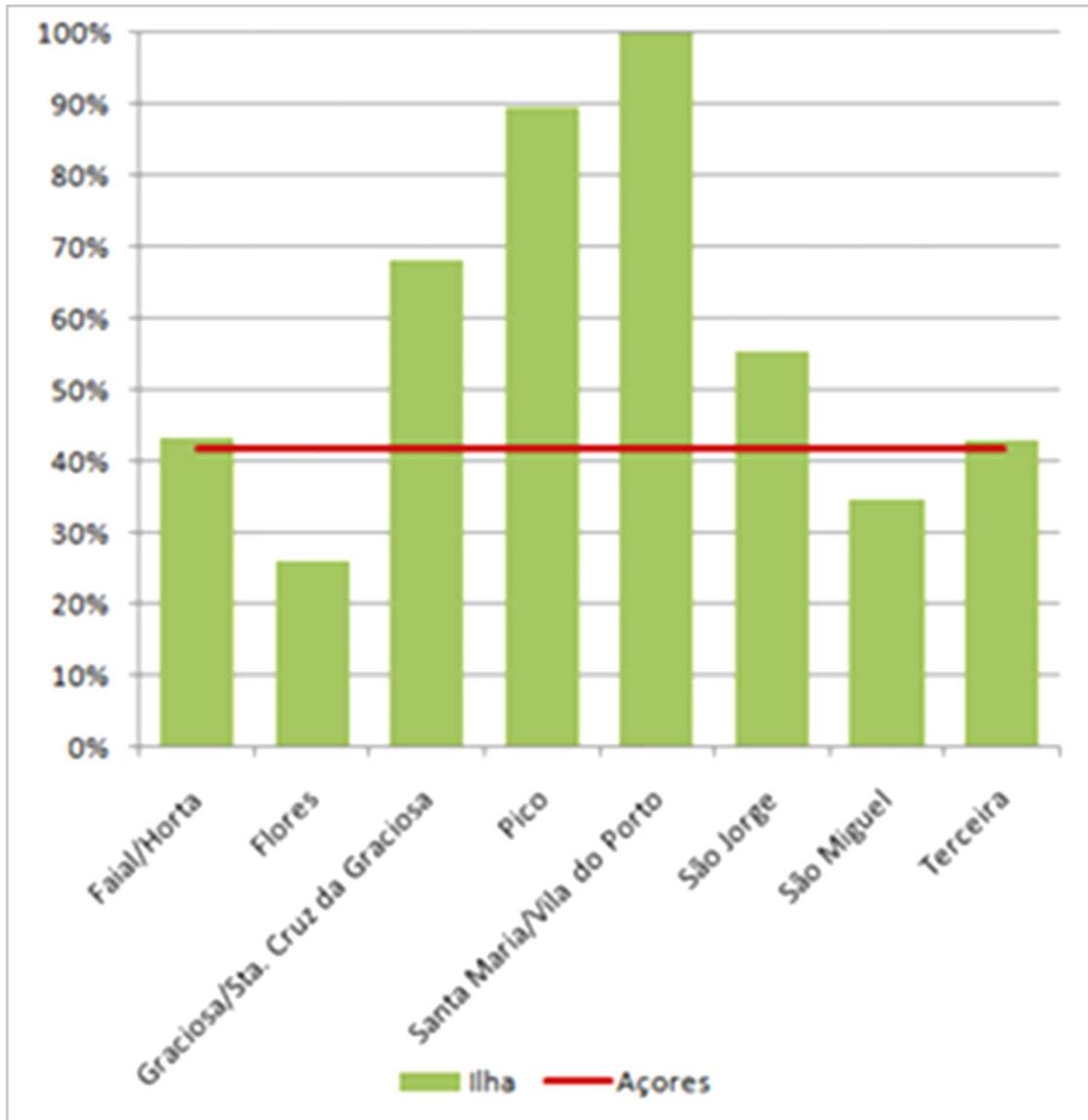
USI/CS	Mulheres Rastreáveis a)	Mulheres Rastreadas	Tpp b)
<b>USI Corvo/CS Vila do Corvo</b>	-	-	-
<b>USI Faial/CS Horta</b>	3 758	1 632	43,4%
<b>USI Flores</b>	1 016	266	26,2%
CS Lajes das Flores	391	122	31,2%
CS Santa Cruz das Flores	625	144	23,0%
<b>USI Graciosa/CS Santa Cruz da Graciosa</b>	905	618	68,3%
<b>USI Pico</b>	2 787	2 492	89,4%
CS Lajes do Pico	1 087	870	80,0%
CS Madalena	966	962	99,6%
CS São Roque	734	660	89,9%
<b>USI Santa Maria/CS Vila do Porto</b>	815	815	100,0%
<b>USI São Jorge</b>	2 069	1 148	55,5%
CS Calheta	877	516	58,8%
CS Velas	1 192	632	53,0%
<b>USI São Miguel</b>	33 150	11 503	34,7%
Lagoa	3 413	1 000	29,3%
CS Nordeste	1 079	743	68,9%
CS Ponta Delgada	16 146	6 024	37,3%
CS Povoação	1 486	775	52,2%
CS Ribeira Grande	8 059	1 907	23,7%
CS Vila Franca do Campo	2 967	1 054	35,5%
<b>USI Terceira</b>	12 928	5 558	43,0%
CS Angra do Heroísmo	9 262	2 540	27,4%
CS Praia da Vitória	3 666	3 018	82,3%
<b>Total Açores</b>	<b>57 428</b>	<b>24 032</b>	<b>41,8%</b>

a) Diferença entre a população alvo dentro da faixa etária 25/64 anos e a população expurgada de acordo com os critérios de exclusão.

b) Quociente rastreadas/rastreáveis.

O ROCCA teve início a meados de 2010 tendo alguns CS iniciado nos primeiros meses de 2011. Foi por isso que se consideraram 4 anos (em vez dos 3 concetualmente programados) – 2010/2013, na 1.ª volta.

**1.ª VOLTA (Tpp)**

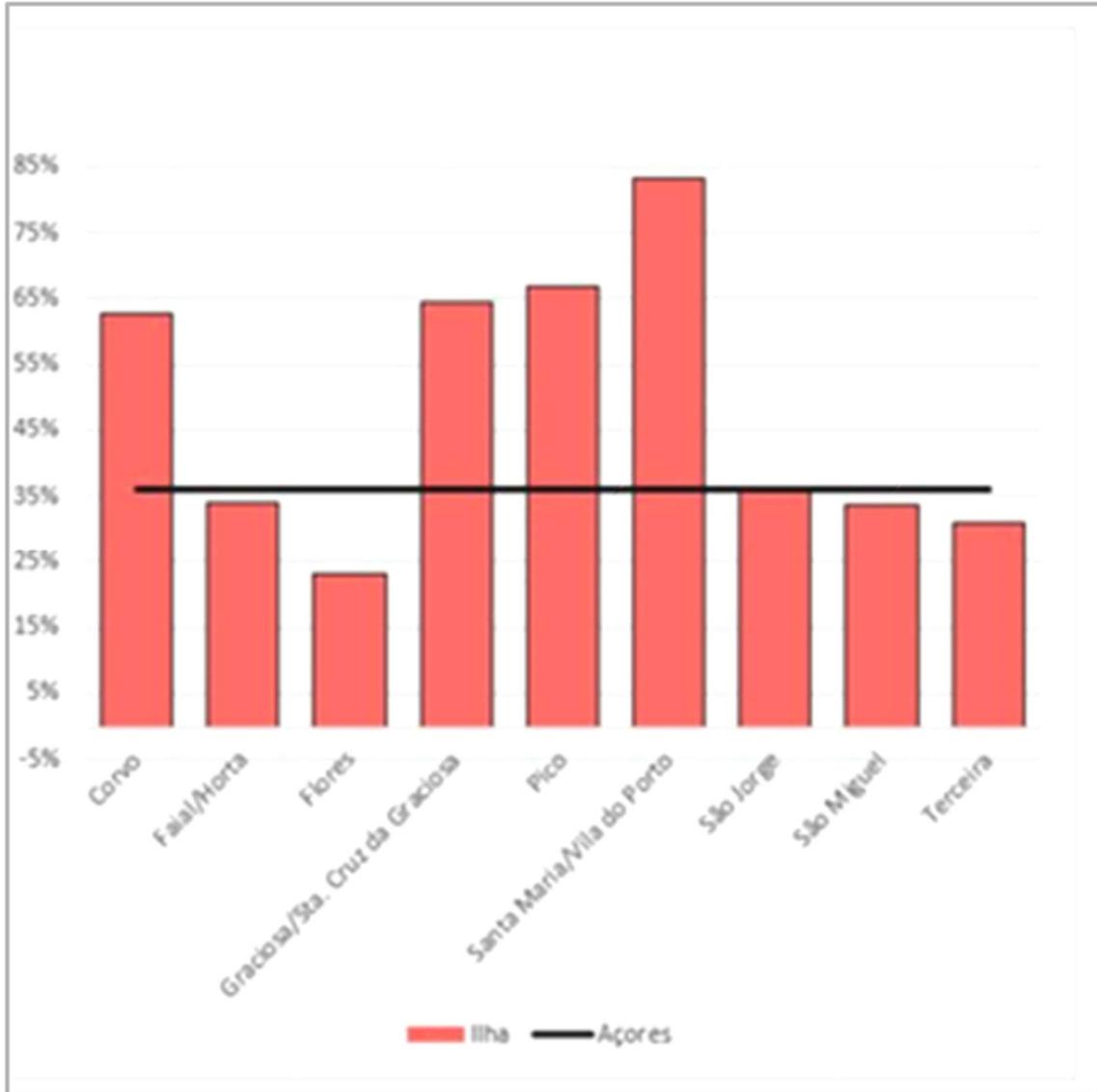


**2ª VOLTA (2014/2016)**

<b>USI/CS</b>	<b>Mulheres Rastreáveis</b>	<b>Mulheres Rastreadas</b>	<b>Tpp</b>
<b>USI Corvo/CS Vila do Corvo</b>	<b>48</b>	<b>30</b>	<b>62,5%</b>
<b>USI Faial/CS Horta</b>	<b>4 234</b>	<b>1 427</b>	<b>33,7%</b>
<b>USI Flores/CS St.ª Cruz das Flores</b>	<b>932</b>	<b>213</b>	<b>22,9%</b>
<b>USI Graciosa/CS Santa Cruz da Gra</b>	<b>975</b>	<b>627</b>	<b>64,3%</b>
<b>USI Pico</b>	<b>3 505</b>	<b>2 343</b>	<b>66,8%</b>
CS Lajes do Pico	1 071	632	59,0%
CS Madalena	1 488	933	62,7%
CS São Roque	946	778	82,2%
<b>USI Santa Maria/CS Vila do Porto</b>	<b>1 250</b>	<b>1 039</b>	<b>83,1%</b>
<b>USI São Jorge</b>	<b>2 760</b>	<b>982</b>	<b>35,6%</b>
CS Calheta	1 209	405	33,5%
CS Velas	1 551	577	37,2%
<b>USI São Miguel</b>	<b>38 336</b>	<b>12 883</b>	<b>33,6%</b>
CS Nordeste	1 198	802	66,9%
CS Ponta Delgada	23 899	8 153	34,1%
CS Povoação	1 825	562	30,8%
CS Ribeira Grande	8 114	2 594	32,0%
CS Vila Franca do Campo	3 300	772	23,4%
<b>USI Terceira</b>	<b>16 304</b>	<b>5 028</b>	<b>30,8%</b>
CS Angra do Heroísmo	10 321	2 616	25,3%
CS Praia da Vitória	5 983	2 412	40,3%
<b>Total Açores</b>	<b>68 344</b>	<b>24 572</b>	<b>36,0%</b>

Da 1.ª para a 2.ª volta verifica-se um acréscimo da população rastreável de 57.428 para 68.344, devido a uma atualização das listagens de utentes. Foi por isso que a tpp baixou para 36%, pese embora o n.º de mulheres rastreadas ter registado um ligeiro crescimento (de 24.032 para 24.572 mulheres).

2.ª VOLTA (Tpp)

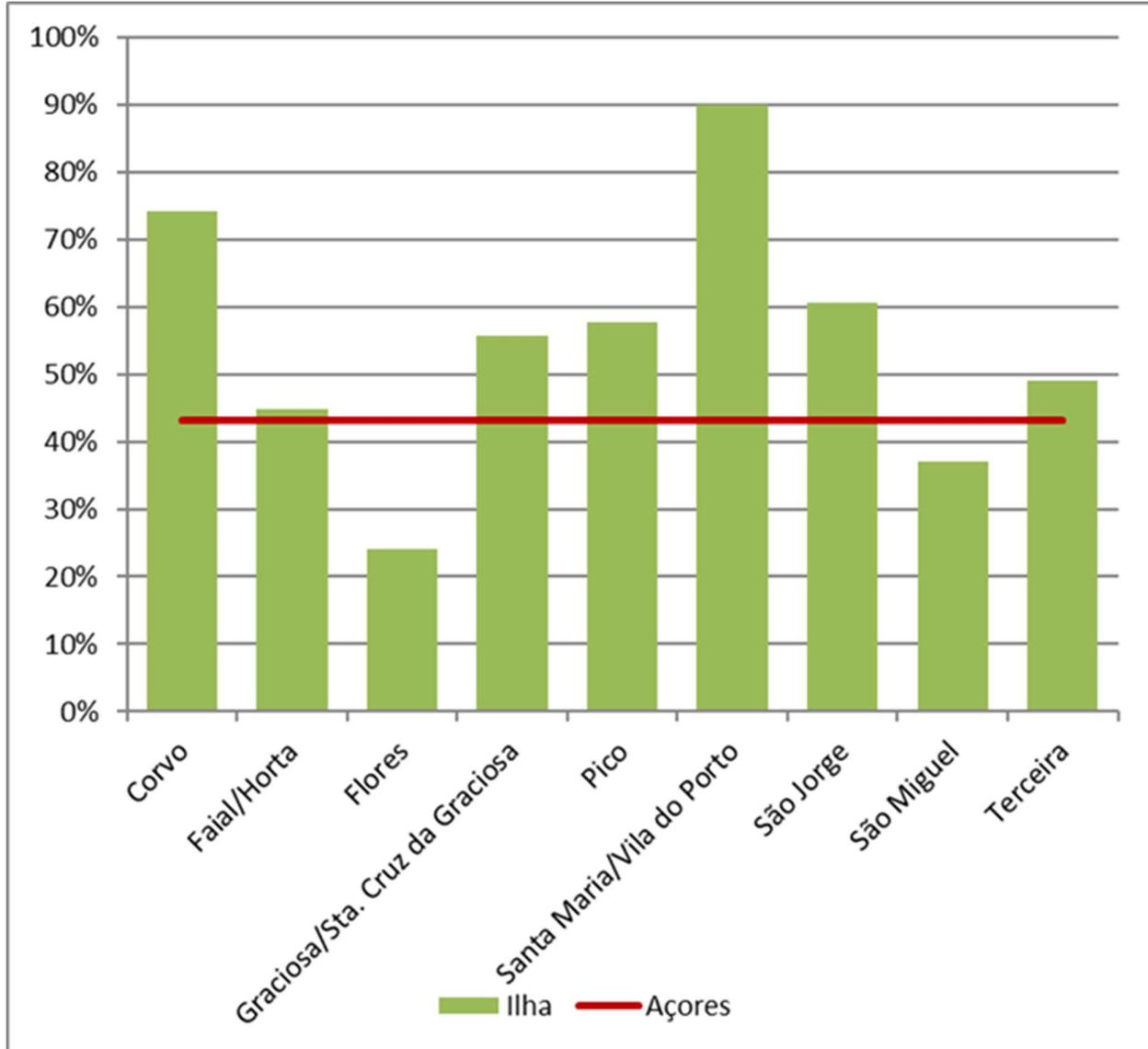


### 3.ª VOLTA (2017/2019)

USI/CS	Mulheres Rastreáveis	Mulheres Rastreadas	Tpp
<b>USI Corvo/CS Vila do Corvo</b>	70	52	74,3%
<b>USI Faial/CS Horta</b>	3 713	1 670	45,0%
<b>USI Flores/CS St.ª Cruz das Flores</b>	957	231	24,1%
<b>USI Graciosa/CS Santa Cruz da Graciosa</b>	904	505	55,9%
<b>USI Pico</b>	3 450	1 994	57,8%
CS Lajes do Pico	870	774	89,0%
CS Madalena	1 651	516	31,3%
CS São Roque	929	704	75,8%
<b>USI Santa Maria/CS Vila do Porto</b>	1 154	1 038	89,9%
<b>USI São Jorge</b>	2 202	1 334	60,6%
CS Calheta	906	657	72,5%
CS Velas	1 296	677	52,2%
<b>USI São Miguel</b>	37 356	13 872	37,1%
CS Nordeste	1 159	784	67,6%
CS Ponta Delgada	23 964	8 766	36,6%
CS Povoação	1 668	554	33,2%
CS Ribeira Grande	7 470	2 807	37,6%
CS Vila Franca do Campo	3 095	961	31,1%
<b>USI Terceira</b>	14 289	7 018	49,1%
CS Angra do Heroísmo	9 276	3 419	36,9%
CS Praia da Vitória	5 013	3 599	71,8%
<b>Total Açores</b>	<b>64 095</b>	<b>27 714</b>	<b>43,2%</b>

Na 3.ª volta conseguiu-se rastrear mais 3.142 mulheres do que na 2.ª.

3.<sup>a</sup> VOLTA (Tpp)



## INDICADORES QUALITATIVOS - RESULTADOS CITOLÓGICOS

### 1ª VOLTA (2010/2013)

USI/CS	Resultado Citológico						Total	Repetições
	Normal		Recomendação		Aferição			
<b>USI Faial/CS Horta</b>	<b>1 106</b>	<b>68%</b>	<b>473</b>	<b>29%</b>	<b>53</b>	<b>3%</b>	<b>1 633</b>	<b>8</b>
<b>USI Flores</b>	<b>197</b>	<b>74%</b>	<b>60</b>	<b>22%</b>	<b>9</b>	<b>3%</b>	<b>266</b>	<b>2</b>
CS Lajes das Flores	95	77%	22	18%	5	4%	122	1
CS Santa Cruz das Flores	102	70%	38	26%	4	3%	144	1
<b>USI Graciosa/CS Santa Cruz da Graciosa</b>	<b>457</b>	<b>74%</b>	<b>143</b>	<b>23%</b>	<b>18</b>	<b>3%</b>	<b>618</b>	<b>5</b>
<b>USI Pico</b>	<b>1 884</b>	<b>76%</b>	<b>561</b>	<b>23%</b>	<b>47</b>	<b>2%</b>	<b>2 492</b>	<b>8</b>
CS Lajes do Pico	677	78%	179	21%	14	2%	870	2
CS Madalena	709	74%	236	25%	17	2%	962	4
CS São Roque	498	75%	146	22%	16	2%	660	2
<b>USI Santa Maria/CS Vila do Porto</b>	<b>597</b>	<b>73%</b>	<b>197</b>	<b>24%</b>	<b>21</b>	<b>3%</b>	<b>815</b>	<b>3</b>
<b>USI São Jorge</b>	<b>827</b>	<b>72%</b>	<b>287</b>	<b>25%</b>	<b>34</b>	<b>3%</b>	<b>1 148</b>	<b>6</b>
CS Calheta	380	74%	119	23%	17	3%	516	2
CS Velas	447	71%	168	27%	17	3%	632	4
<b>USI São Miguel</b>	<b>8 147</b>	<b>71%</b>	<b>3 080</b>	<b>27%</b>	<b>276</b>	<b>2%</b>	<b>11 503</b>	<b>135</b>
Lagoa	685	69%	294	29%	21	2%	1 000	22
CS Nordeste	561	76%	161	22%	21	3%	743	2
CS Ponta Delgada	4 220	70%	1 651	27%	153	3%	6 024	53
CS Povoação	578	75%	180	23%	17	2%	775	8
CS Ribeira Grande	1 329	70%	528	28%	50	3%	1 907	32
CS Vila Franca do Campo	774	73%	266	25%	14	1%	1 054	18
<b>USI Terceira</b>	<b>3 994</b>	<b>72%</b>	<b>1 403</b>	<b>25%</b>	<b>161</b>	<b>3%</b>	<b>5 558</b>	<b>33</b>
CS Angra do Heroísmo	1 816	71%	648	26%	76	3%	2 540	16
CS Praia da Vitória	2 178	68%	755	25%	85	3%	3 018	17
<b>Total Açores</b>	<b>17 209</b>	<b>72%</b>	<b>6 204</b>	<b>26%</b>	<b>619</b>	<b>3%</b>	<b>24 032</b>	<b>200</b>

## 2.ª VOLTA (2014/2016)

USI/CS	Resultado Citológico					Repetições b)
	Normal	Recomendação	Aferição	Inconclusivo a)	Total Rastreadas	
USI Corvo/CS Vila do Corvo	20 67%	8 27%	2 7%	-	30	
USI Faial/CS Horta	1 012 71%	365 26%	36 3%	7	1 420	27
USI Flores/CS St.ª Cruz Flores	148 70%	57 27%	6 3%	1	212	2
USI Graciosa/CS St.ª Cruz Graciosa	432 69%	173 28%	14 2%	4	623	13
USI Pico	1 696 72%	580 25%	57 2%	5	2 343	39
CS Lajes do Pico	469 74%	153 24%	6 1%	2	630	26
CS Madalena	678 73%	224 24%	27 3%	2	931	7
CS São Roque	554 71%	203 26%	24 3%	1	782	6
USI Santa Maria/CS Vila do Porto	768 74%	247 24%	20 2%	2	1 037	10
USI São Jorge	731 75%	204 21%	27 3%	10	973	20
CS Calheta	314 77%	84 21%	8 2%	-	406	3
CS Velas	418 74%	120 21%	19 3%	10	567	17
USI São Miguel	9 303 73%	3 155 25%	281 2%	72	12 811	250
CS Nordeste	610 76%	165 21%	23 3%	2	800	10
CS Ponta Delgada	5 836 72%	2 047 25%	186 2%	42	8 111	152
CS Povoação	424 76%	123 22%	11 2%	2	560	11
CS Ribeira Grande	1 843 72%	661 26%	48 2%	21	2 573	63
CS Vila Franca do Campo	590 77%	159 21%	13 2%	5	767	14
USI Terceira	3 679 73%	1 172 23%	159 3%	18	5 010	52
CS Angra do Heroísmo	1 890 72%	621 24%	87 3%	9	2 607	34
CS Praia da Vitória	1 771 74%	551 23%	72 3%	9	2 403	18
<b>Total Açores</b>	<b>17 789 73%</b>	<b>5 961 24%</b>	<b>602 2%</b>	<b>119</b>	<b>24 459</b>	<b>413</b>

- a) Os resultados inconclusivos das citologias correspondem às mulheres que não compareceram à convocatória para repetição. Nesta 2.ª volta representam 0,5% das mulheres rastreadas.
- b) As citologias repetidas (413), representam 1,65% das rastreadas.

### 3.ª VOLTA (2017/2019)

USI/CS	Resultado Citológico								Repetições a)	
	Normal		Recomendação		Aferição		Inconclusivo			Total Rastreadas
USI Corvo/CS Vila do Convo	39	75%	12	23%	1	2%	-		52	-
USI Faial/CS Horta	1 251	75%	354	21%	48	3%	17	1%	1 670	54
USI Flores/CS St.ª Cruz Flores	174	75%	43	19%	14	6%	-		231	1
USI Graciosa/CS St.ª Cruz Graciosa	395	78%	92	18%	7	1%	11	2%	505	5
USI Pico	1 539	77%	397	20%	39	2%	19	1%	1 994	131
CS Lajes do Pico	620	80%	132	17%	11	1%	11	1%	774	106
CS Madalena	372	72%	125	24%	14	3%	5	1%	516	10
CS São Roque	547	78%	140	20%	14	2%	3	0%	704	15
USI Santa Maria/CS Vila do Porto	813	78%	212	20%	10	1%	3	0%	1 038	24
USI São Jorge	1 041	78%	239	18%	40	3%	14	1%	1 334	38
CS Calheta	501	76%	129	20%	25	4%	2	0%	657	15
CS Velas	540	80%	110	16%	15	2%	12	2%	677	23
USI São Miguel	10 568	76%	2 797	20%	315	2%	192	1%	13 872	364
CS Nordeste	640	82%	129	16%	13	2%	2	0%	784	18
CS Ponta Delgada	6 650	76%	1 790	20%	196	2%	130	1%	8 766	242
CS Povoação	434	78%	98	18%	5	1%	17	3%	554	6
CS Ribeira Grande	2 120	76%	572	20%	76	3%	39	1%	2 807	68
CS Vila Franca do Campo	724	75%	208	22%	25	3%	4	0%	961	30
USI Terceira	5 343	76%	1 447	21%	193	3%	35	0%	7 018	140
CS Angra do Heroísmo	2 569	75%	722	21%	104	3%	24	1%	3 419	74
CS Praia da Vitória	2 774	77%	725	20%	89	2%	11	0%	3 599	66
<b>Total Açores</b>	<b>21 163</b>	<b>76%</b>	<b>5 593</b>	<b>20%</b>	<b>667</b>	<b>2%</b>	<b>291</b>	<b>1%</b>	<b>27 714</b>	<b>757</b>

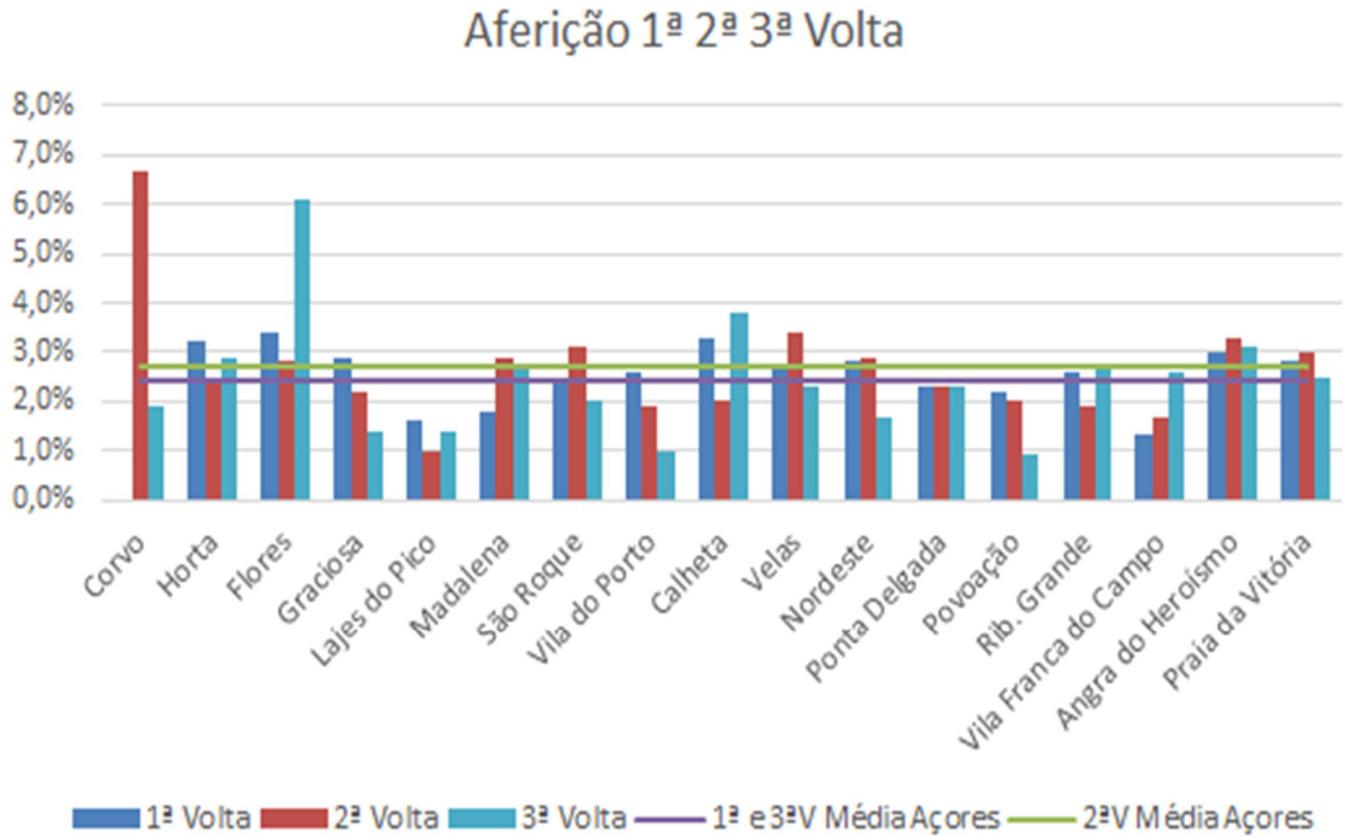
a) Na 3.ª volta as citologias repetidas (757) representam 2,73% das rastreadas.

Ao longo da década registou-se uma evolução corrente.

O n.º total de citologias negativas (resultado normal mais resultado com recomendação) representou 96,4% das rastreadas na 1.ª volta, de 97,3% na 2.ª volta e de 97,6% na 3.ª volta.

## INDICADORES QUALITATIVOS - RESULTADOS CITOLÓGICOS ANORMAIS

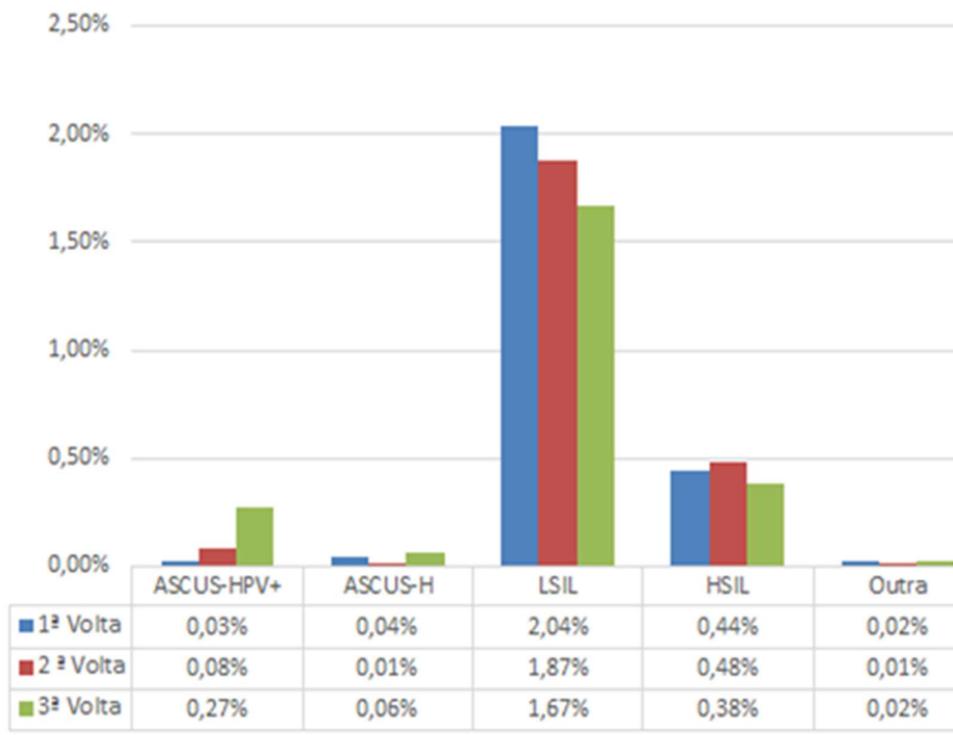
1.<sup>a</sup> Volta – 2,4% / 2.<sup>a</sup> Volta – 2,5% / 3.<sup>a</sup> Volta – 2,4%



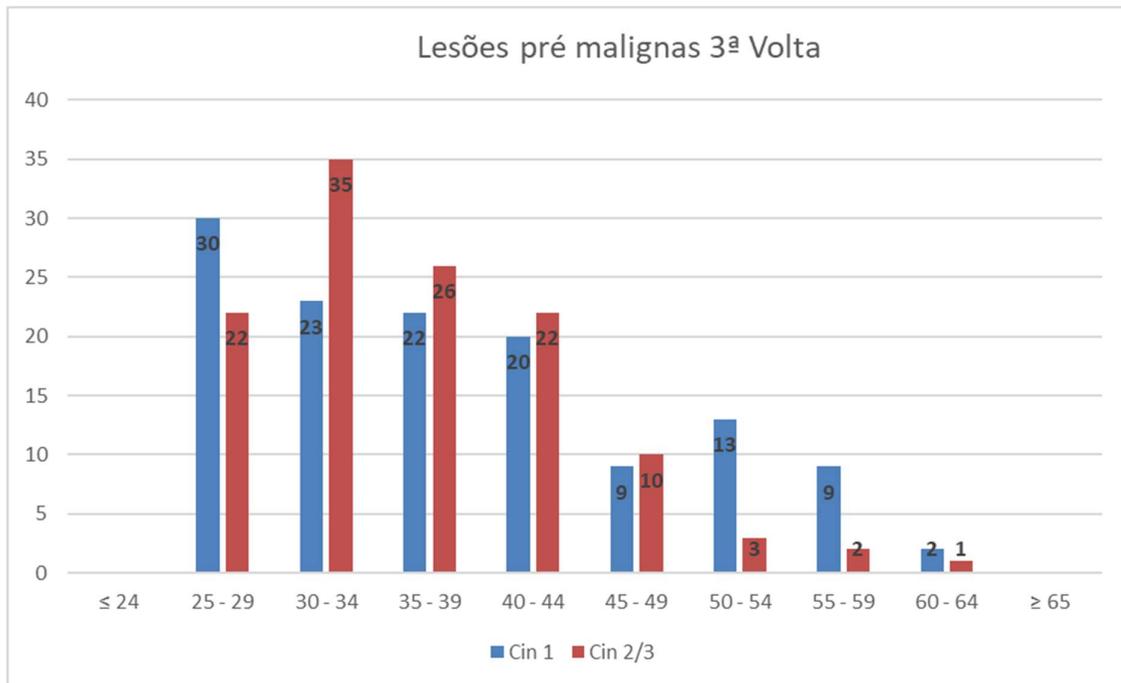
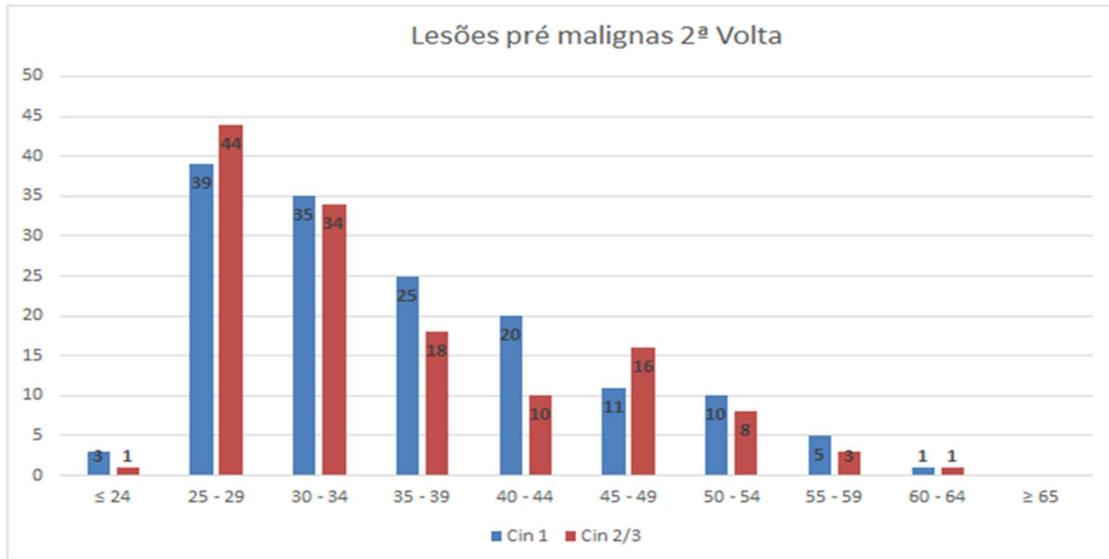
## INDICADORES QUALITATIVOS - RESULTADOS CITOLÓGICOS ANORMAIS POR GRUPO ETÁRIO

Grupo Etário	1ª Volta					2ª Volta					3ª Volta				
	ASCUS-HPV +	ASCUS-H	LSIL	HSIL	Outra	ASCUS-HPV +	ASCUS-H	LSIL	HSIL	Outra	ASCUS-HPV +	ASCUS-H	LSIL	HSIL	Outra
≤ 24			7					14					1		
25 - 29	2		144	14		3		131	25		7	5	116	20	
30 - 34	1	3	121	19		8		104	29	1	15	3	85	25	1
35 - 39	2	1	82	24	1	2		73	17	1	17	4	82	20	2
40 - 44			56	21	1	4	1	58	13		10		73	17	3
45 - 49	1	2	44	16	1			38	16		12	1	47	7	
50 - 54		2	19	6	1	1		25	10		4	3	36	7	
55 - 59	1	1	12	4	2	1		11	7		6	1	19	6	
60 - 64		1	5	2			1	6	1		3	1	5	2	
≥ 65						1									
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>490</b>	<b>106</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>460</b>	<b>118</b>	<b>2</b>	<b>74</b>	<b>18</b>	<b>464</b>	<b>104</b>	<b>6</b>

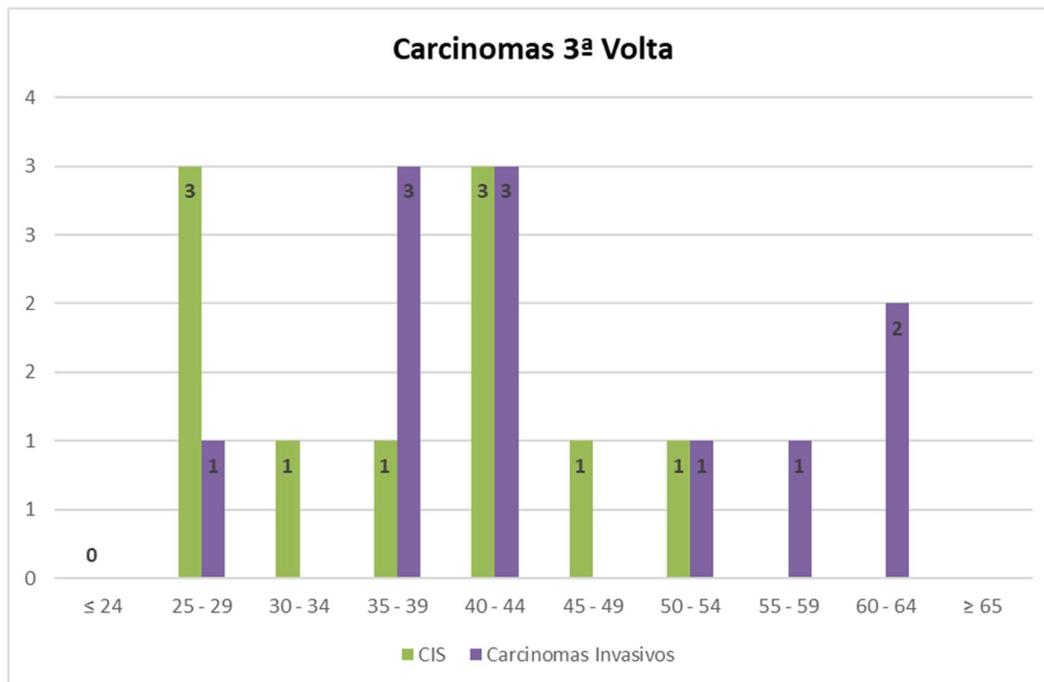
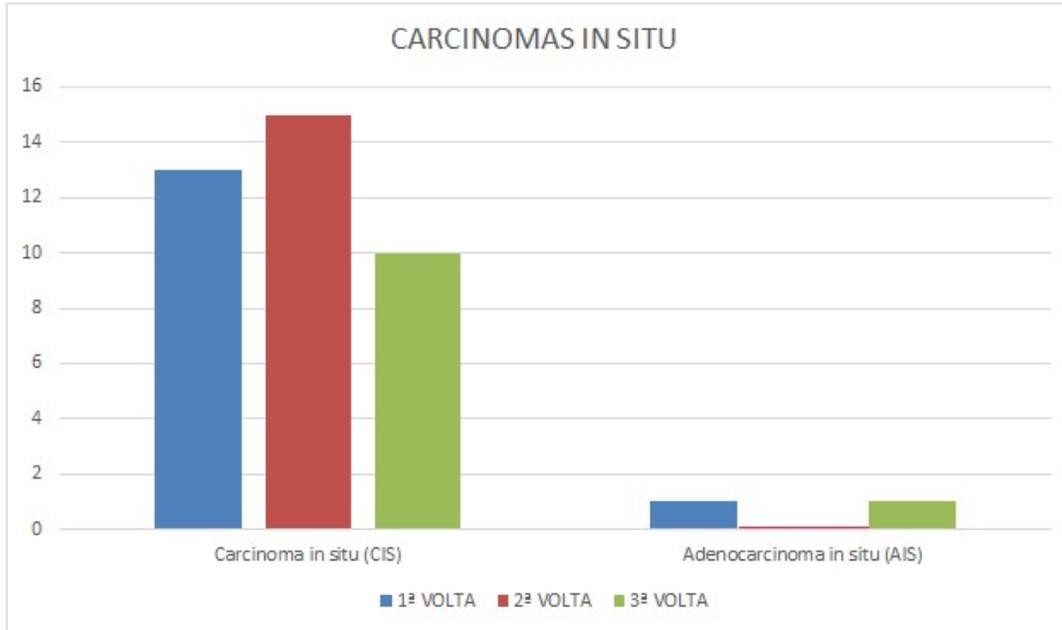
Percentagem de citologias anormais 1ª 2ª e 3ª Volta

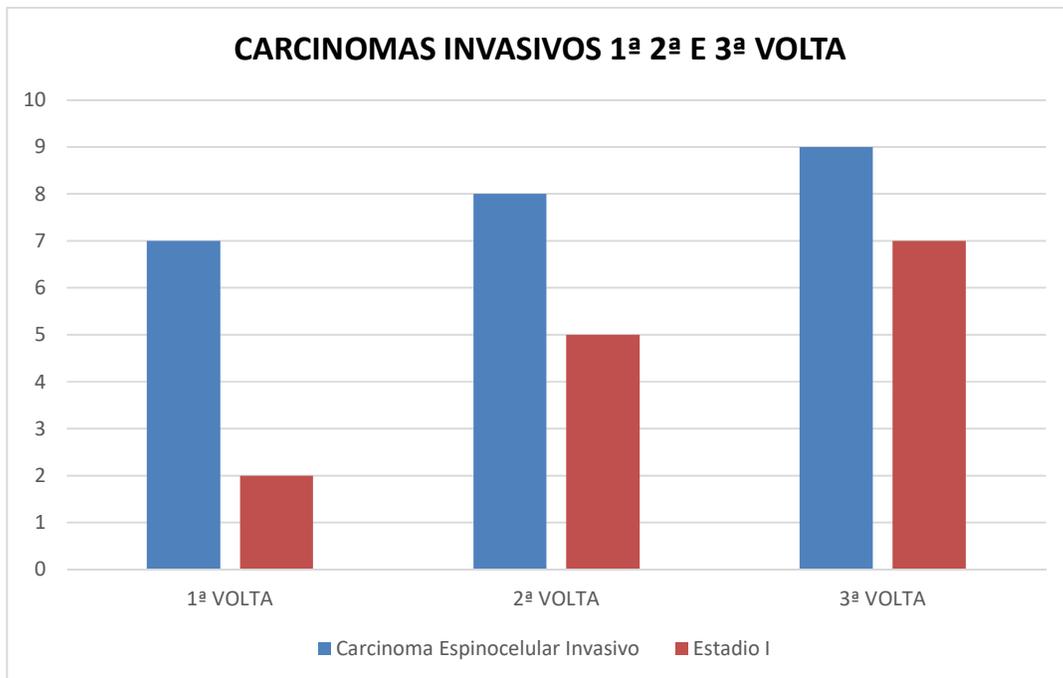
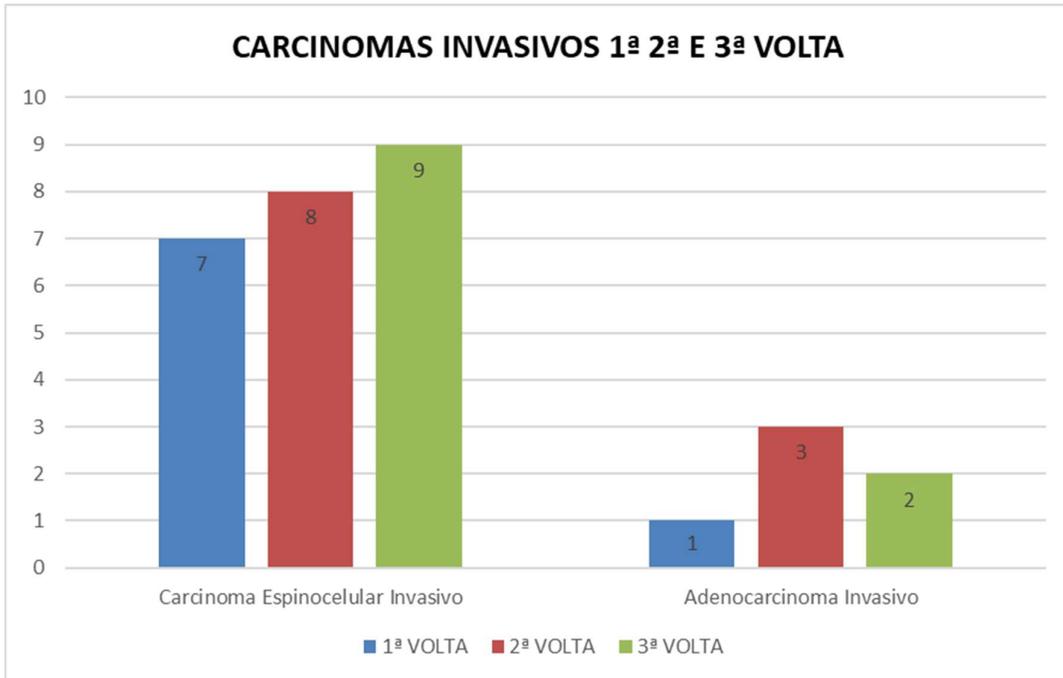


## INDICADORES QUALITATIVOS – SEGUIMENTO



## INDICADORES QUALITATIVOS – SEGUIMENTO





## 13.4 ANEXO 4 – DESPACHO N.º 278/2021 DE 5 DE FEVEREIRO DE 2021

### (TEMPOS MÁXIMOS DE RESPOSTA GARANTIDA)

#### Secretaria Regional da Saúde e Desporto

#### Despacho n.º 278/2021 de 5 de fevereiro de 2021

Os programas organizados e de base populacional de rastreio oncológico nos Açores, são programas de saúde pública e de medicina preventiva de relevante importância na deteção precoce do cancro e de situações pré-malignas, com ganhos humanos incalculáveis e ganhos económicos consideráveis.

São programas de âmbito regional que envolvem todas as Unidades de Saúde do Serviço Regional de Saúde (SRS) nomeadamente o Centro de Oncologia dos Açores Prof. Doutor José Conde (COA) como entidade promotora e coordenadora e as Unidades de Saúde de Ilha (USI) e os Hospitais Regionais como entidades colaboradoras, devendo respeitar a equidade de acesso a todos os cidadãos que integram a população alvo elegível.

Nos Açores temos quatro programas ativos de rastreio oncológico, todos com taxa de cobertura geográfica a 100%. O ROCMA (rastreio ao cancro de mama feminina); o ROCCA (rastreio ao cancro do colo do útero); o ROCCRA (rastreio ao cancro do colón e reto) e o PICCOA (rastreio ao cancro da cavidade oral).

O seu bom desenvolvimento, gradual, sustentado e obedecendo a critérios técnicos e operacionais uniformizados, requer respostas adequadas e atempadas em todas as suas etapas, nomeadamente nas etapas que medeiam entre a referenciação para a consulta de aferição hospitalar e a sua realização e entre esta e o tratamento/acompanhamento hospitalar.

Quer a referenciação para a aferição hospitalar (que configura suspeita de patologia oncológica) quer o diagnóstico final positivo, exigem uma resposta específica (em circuito próprio) e prioritária.

Assim, ao abrigo do disposto na alínea l), do n.º 1 do artigo 90.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores e da alínea a), do n.º 1 do artigo 3.º da Orgânica da Secretaria Regional da Saúde, aprovada pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 1/2020/A, de 23 de janeiro, determino a aprovação do programa de rastreio oncológico na Região Autónoma dos Açores, proposto pelo Centro de Oncologia dos Açores Prof. Doutor José Conde, nos termos seguintes:

1. Os Tempos Máximos de Resposta Garantida (TMRG) para cada etapa de cada programa de rastreio oncológico em desenvolvimento no SRS, são os que constam nas tabelas anexas a este despacho.

2. Cabe à Direção Regional da Saúde (DRS), como entidade que superintende, ao COA como entidade de coordenação geral, técnica e operacional, às Unidades de Saúde de Ilha como entidades colaborantes a montante e aos Hospitais regionais como entidades colaborantes a jusante, pugnam pelo cumprimento dos TMRG referidos no n.º 1, ora através do envolvimento efetivo dos respetivos Conselhos de Administração ora através dos seus Serviços e profissionais envolvidos.

3. Para efeitos do n.º anterior deverá o COA proceder à elaboração de um protocolo de colaboração único, atualizado, para cada programa de rastreio oncológico, a submeter a homologação do Secretário Regional de Saúde e Desporto, no prazo de 30 dias após a data da publicação do presente despacho.

4. A fim de auditar o cumprimento dos TMRG estabelecidos no n.º 1, deverá o COA adaptar a plataforma informática de cada programa de rastreio de forma a assegurar o registo dos dias úteis que mediarem entre cada etapa e informar, trimestralmente, a DRS e todas as entidades colaborantes.

5. Perante incapacidade para o cumprimento dos TMRG deverá o Conselho de Administração da respetiva USI ou Hospital reportar, de forma fundamentada com a estatística do Serviço, à equipa coordenadora do programa, as razões que a justifica e propor soluções. Ao COA caberá compilar essas informações e submetê-las à DRS, emitindo a sua apreciação/proposta de solução.

3 de fevereiro de 2021. - O Secretário Regional da Saúde e Desporto, *Clélio Ribeiro Parreira Toste de Meneses*.

ANEXO

**TABELA 1 - RASTREIO ORGANIZADO DE CANCRO DE MAMA NOS AÇORES (ROCMA)  
TEMPO MÁXIMO DE RESPOSTA GARANTIDA POR ETAPAS**

ETAPAS	N.º DIAS ÚTEIS
1.ª - Mamografia → Leitura	5
2.ª - Leitura Positiva → Consulta de Aferição	15
3.ª - Consulta de Aferição → Resultado da Aferição e Encaminhamento	10
4.ª - Mamografia → 1.ª Consulta Hospitalar Pós Aferição	40
5.ª - Consulta de Aferição → 1.ª Consulta Hospitalar Pós aferição	20

**TABELA 2 - RASTREIO ORGANIZADO DE CANCRO DO COLO DO ÚTERO NOS AÇORES (ROCCA)  
TEMPO MÁXIMO DE RESPOSTA GARANTIDA POR ETAPAS**

ETAPAS	N.º DIAS ÚTEIS
1.ª - Colheita → Remessa para Laboratório	4
2.ª - Receção da Colheita → HPV	10
3.ª - HPV → Citologia Reflexa	7
4.ª - Resultado Positivo (HPV ou Citologia Reflexa) → Aferição (UPC)	15
5.ª - Aferição → Resultado da 1.ª Consulta de Aferição e/ou Encaminhamento	10
6.ª - Colheita → Resultado da 1.ª Consulta de Aferição e/ou Encaminhamento	40

**TABELA 3 - RASTREIO ORGANIZADO DE CANCRO DO CÓLON E RETO NOS AÇORES (ROCCRA)  
TEMPO MÁXIMO DE RESPOSTA GARANTIDA POR ETAPAS**

ETAPAS	N.º DIAS
	ÚTEIS
1.ª - Receção da colheita → Resultado da PSOF	5
2.ª - Psóf Positiva → Consulta de Anamnese	10
3.ª - Consulta de Anamnese → Validação e Agendamento da Colonoscopia	3
4.ª - Validação/Consulta de Preparação	7
5.ª - Consulta Preparação → Execução da Colonoscopia	5
6.ª - Colonoscopia → Resultado da Colonoscopia e Encaminhamento Hospitalar	10
7.ª - Receção da Colheita → Resultado da Colonoscopia e Encaminhamento Hospitalar	40

**TABELA 4 - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NO CANCRO DA CAVIDADE ORAL NOS AÇORES (PICCOA)  
TEMPO MÁXIMO DE RESPOSTA GARANTIDA POR ETAPAS**

ETAPAS	N.º DIAS ÚTEIS
1.ª - Consulta de Rastreio → Aferição Hospitalar	10
2.ª - Aferição → Resultado 1.ª Consulta Hospitalar e Encaminhamento	10
3.ª - Consulta de Rastreio → Resultado 1.ª Consulta e Encaminhamento	20

### 13.5 ANEXO 5 – MODELOS ROCCA

#### 13.5.1 Cartas convite/convocatória

Centro de Saúde de \_\_\_\_\_

Exma. Senhora  
(nome do utente)  
(Morada)  
(Freguesia)  
(Cod. Postal)

Nº Utente  
000000000

Nº Processo  
00000/0V

Data  
00-00-0000

**Assunto: CONVOCATÓRIA - RASTREIO ORGANIZADO DE CANCRO DO COLO DO ÚTERO NOS AÇORES (ROCCA).**

O Centro de Oncologia dos Açores Prof. Doutor José Conde, está a realizar um Programa Organizado de Rastreio de Cancro do Colo do Útero nos Açores (ROCCA), que abrange todas as mulheres com idade entre 25 e 64 anos.

Convidamo-la a participar neste Programa, comparecendo no Centro de Saúde de \_\_\_\_\_ no dia \_\_\_\_\_, pelas \_\_\_\_\_ horas, a fim de efetuar a colheita ginecológica para teste do papilomavirus (HPV). Este exame é gratuito, de fácil execução e indolor.

Será repetido de 5 em 5 anos.

Caso tenha feito recentemente uma colheita para citologia ginecológica e/ou um teste de HPV deverá, mesmo assim, comparecer ou contatar o seu Centro de Saúde.

Caso tenha realizado uma histerectomia total ou tratamento para o cancro do colo do útero, não deverá comparecer, mas solicita-se, contudo, que informe o Centro de Saúde pelo telefone n.º \_\_\_\_\_.

Quando diagnosticado a tempo, o cancro do colo do útero é curável.

Não deixe de fazer o teste, mesmo que se sinta saudável. Compareça e divulgue.

**Obrigada pela sua colaboração.**

**Prevenir é uma opção de amor.**

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor Clínico do Centro de Saúde

Dr.....

### 13.5.2 Ficha de Rastreio na P.I.

<b>Nº Utente</b>				<a href="#">+ info</a>	
<b>Nome</b>					
<input type="radio"/> O utente está na consulta <input type="radio"/> O utente faltou à consulta ou impossibilidade de colheita					
<b>Data da Consulta</b>	<input type="text"/>	<b>Data da Última Menstruação</b>	<input type="text"/>		
<b>Menopausa</b>	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim				
<b>Contraceção</b>	<input type="text" value="v"/>	<b>Parto Últimos 6 meses</b>	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		
<b>Metrorragias</b>	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim				
<b>Leucorreia</b>	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim				
<b>Exame Ginecológico</b>	<input type="radio"/> Colo sem lesões	<input type="radio"/> Colo com lesões	<b>Outra</b>	<input type="text"/>	
<b>Observações</b>	<input type="text"/>				

### 13.5.3 Cartas resultado

#### 13.5.3.1 Resultado Negativo

Exma. Senhora

(nome do utente)  
(Morada)  
(Freguesia)  
(Cod. Postal)

Nº Utente	Nº Processo	Data Colheita	Data
000000000	00000/0V	00-00-0000	00-00-0000

#### **Assunto: PROGRAMA DE RASTREIO ROCCA. RESULTADO NEGATIVO.**

Na sequência da sua participação no programa de rastreio de cancro do colo do útero nos Açores (ROCCA), vimos informar que, a sua colheita ginecológica para teste de HPV foi negativa

Mesmo assim, deverá manter-se atenta procurando o seu médico caso apareçam alguns dos seguintes sinais:

- Perda de sangue vaginal anormal ou durante as relações sexuais;
- Dores abdominais ou dores nas relações sexuais;
- Perda de peso sem causa conhecida;
- Fadiga e cansaço permanentes.

Dentro de 5 anos, aproximadamente, receberá convocatória caso a sua idade seja igual ou inferior a 64 anos.

Caso mude de residência, de n.º de telefone, ou tenha alguma dúvida, por favor, ligue para o seu Centro de Saúde n.º \_\_\_\_\_.

**Obrigada pela sua colaboração.**

**Prevenir é uma opção de amor.**

Com os nossos cumprimentos,

A Diretora Técnica do ROCCA

Paula Bettencourt

### 13.5.3.2 Repetição de Colheita

Exma. Senhora

(nome do utente)  
(Morada)  
(Freguesia)  
(Cod. Postal)

Nº Utente	Nº Processo	Data Colheita	Data
000000000	00000/0V	00-00-0000	00-00-0000

**Assunto: PROGRAMA DE RASTREIO ROCCA. REPETIÇÃO DE COLHEITA.**

Na sequência da sua participação no programa de rastreio de cancro do colo do útero nos Açores, vimos informar que, o exame laboratorial à sua colheita ginecológica, não foi possível ser efetuado, por a amostra ser insuficiente para avaliação.

Assim, vimos recomendar a repetição da colheita, convocando-a para nova consulta no Centro de Saúde.

Caso mude de residência, de n.º de telefone, ou tenha alguma dúvida, por favor, ligue para o seu Centro de Saúde n.º \_\_\_\_\_.

**Obrigada pela sua colaboração.**

**Prevenir é uma opção de amor.**

Com os nossos cumprimentos,

O Centro de Saúde

---

### 13.5.3.3 Resultado para Avaliação

Exma. Senhora

(nome do utente)  
(Morada)  
(Freguesia)  
(Cod. Postal)

Nº Utente	Nº Processo	Data Colheita	Data
000000000	00000/0V	00-00-0000	00-00-0000

#### **Assunto: PROGRAMA DE RASTREIO ROCCA. RESULTADO PARA AVALIAÇÃO.**

Na sequência da sua participação no programa de rastreio de cancro do colo do útero nos Açores (ROCCA), vimos informar que o resultado laboratorial da sua colheita ginecológica, tem alterações pelo que deve ser avaliada em consulta de ginecologia.

Por isso, vimos convoca-la para a realização dessa consulta, neste hospital:

Data:

Local:

Perante qualquer dúvida ligue para o seu Centro de Saúde nº \_\_\_\_\_ ou para o Hospital n.º \_\_\_\_\_.

**Obrigada pela sua colaboração.**

**Prevenir é uma opção de amor.**

Com os nossos cumprimentos,

Diretora Técnica do ROCCA

O Hospital

\_\_\_\_\_  
(Paula Bettencourt)

\_\_\_\_\_  
(Paula Bettencourt)

#### 13.5.3.4 Reavaliação/Repetição do Teste HPV (1 ano)

Exma. Senhora

(Morada)  
(Freguesia)  
(Cod. Postal)

Nº Utente	Nº Processo	Data Colheita	Data
000000000	00000/0V	00-00-0000	00-00-0000

**Assunto: PROGRAMA DE RASTREIO ROCCA. REAVALIAÇÃO/REPETIÇÃO DO TESTE HPV 1 ANO.**

Na sequência da sua participação no programa de rastreio de cancro do colo do útero nos Açores (ROCCA), vimos informar que, o resultado do Teste de HPV foi positivo, porém foi realizado estudo citológico do colo do útero que se revelou negativo para alterações celulares suspeitas de cancro pelo que, será convocada para nova colheita no CS, dentro de 1 ano.

Caso mude de residência, de n.º de telefone, ou tenha alguma dúvida, por favor, ligue para o seu Centro de Saúde n.º \_\_\_\_\_.

**Obrigada pela sua colaboração.**  
**Prevenir é uma opção de amor.**

Com os nossos cumprimentos,

A Diretora Técnica do ROCCA

Paula Bettencourt