

## 4º WORKSHOP NOVA/DGS de EPIDEMIOLOGIA: CANCRO (II)

21 outubro 2016 • 14h00—18h00

Escola Nacional de Saúde Pública

### PROGRAMA

14h00 - 14h30 – Receção de participantes

14h30 – 14h45 – Sessão de abertura

João Pereira (Diretor da Escola Nacional de Saúde)

Francisco George (Diretor Geral da Saúde)

Pedro Pita Barros (Vice-Reitor da Universidade NOVA de Lisboa)

14h45 – 15h15 – Sessão I

14h45 – 15h00 - Nuno Miranda (Diretor Nacional do Programa para as Doenças Oncológicas)

15h00 – 15h15 Discussão aberta

15h15 – 16h30 – Sessão II

Moderador: Luísa Glória (Registo Oncológico Regional)

15h15 – 15h30 - Privação paterna antes da adolescência e vulnerabilidade a adenomas hipofisários / Luís Sobrinho (Instituto Português de Oncologia, Lisboa)

15h30 – 15h45 – Comparação da sobrevivência dos doentes com cancro da próstata diagnosticado no período de 2000 até 2009 entre os concelhos da área de abrangência do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul / Halyna Karuna (Escola Nacional de Saúde Pública)

15h45 – 16h00 - Caracterização da progressão para leucemia mieloide aguda em doentes diagnosticados com neoplasias mieloproliferativas bcr-abl negativas: Estudo retrospectivo num centro de referência de Lisboa / Andreia Curto (Nova Medical School)

16h00 – 16h30 – Discussão aberta

16h30 – 17h00 – Coffee-break

17h00 – 18h00 Sessão II

Moderador: Membro da Comissão Organizadora

17h00 – 17h15 - Epidemiologia dos cancros colo-rectal e do estômago no sul de Portugal: um contributo da modelação estatística em dados oncológicos / Ricardo São João (Centro de Estatística e Aplicações da Universidade de Lisboa/ Escola Superior de Gestão e Tecnologia, Instituto Politécnico de Santarém)

17h15 – 17h30 – A articulação de cuidados em oncologia (Hospital e Cuidados de Saúde Primários) em doentes com cancro coloretal e o seu impacto económico-financeiro e assistência / Margarida Ferreira (Escola Nacional de Saúde Pública)

17h30 – 18h00 – Discussão aberta

18h00 – Sessão de encerramento

**Comissão Organizadora:** Cátia Sousa Pinto, Célia Cristina Gaspar, Carlota Louro, Inês Fronteira, Pedro Aguiar, Pedro Pita Barros

## COMUNICAÇÕES ORAIS

### Paternal deprivation prior to adolescence and vulnerability to pituitary adenomas

Sobrinho LG<sup>1</sup>, Duarte JS<sup>2</sup>, Paiva I<sup>3</sup>, Gomes L<sup>3</sup>, Vicente V<sup>4</sup>, Aguiar P<sup>4,5</sup>, for the Grupo de Estudos de Tumores da Hipófise (GETH).

<sup>1</sup> Instituto Português de Oncologia, Lisboa; <sup>2</sup> Hospital Egas Moniz, Lisboa; <sup>3</sup> University Hospitais da Universidade de Coimbra, <sup>4</sup> Eurotrials, Lisboa, <sup>5</sup>Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

**Objective:** It has been reported that women with prolactinoma were exposed, early in life, to an environment characterized by an absent or violent father. The present study was designed to evaluate whether paternal absence or violent paternal behavior were more prevalent in patients with pituitary adenomas (prolactinoma, acromegaly, non-secreting adenoma and Cushing's disease) compared to a control population.

**Design:** We conducted an observational case-control multicenter study.

**Patients:** We interviewed 395 patients with prolactinoma (296 females and 99 males), 130 with acromegaly (87 females and 43 males), 237 with non-secreting adenoma (144 females and 93 males) and 68 with Cushing's disease (61 females and 7 males) and 365 patients from the same clinics with nodular thyroid disease or lymphocytic thyroiditis with euthyroidism as controls. A second control group of 230 people interviewed on the street was also used.

**Results:** Violent or absent fathers were significantly more prevalent in patients with prolactinoma or acromegaly than in controls ( $p = 0.001$  and  $p = 0.002$ , respectively) but not in patients with non-secreting adenoma or corticotrophinoma. Absent fathers in prolactinoma and acromegaly vs. controls:  $p = 0.001$  and  $p = 0.119$ . Violent fathers in prolactinoma and acromegaly vs. controls:  $p = 0.069$  and  $p = 0.001$ . The prevalence of absent or violent fathers was also significantly higher in prolactinoma and acromegaly when compared to non-secreting adenoma ( $p = 0.039$  and  $p = 0.033$ , respectively).

**Conclusions:** Paternal deprivation before adolescence may be a risk factor for prolactinoma and acromegaly but not for non-secreting pituitary adenomas or Cushing's disease.

### Comparação da sobrevivência dos doentes com cancro da próstata diagnosticado no período de 2000 até 2009 entre os concelhos da área de abrangência do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul

Halyna Karuna, Escola Nacional de Saúde Pública

O cancro da próstata constitui um problema de Saúde Pública, com uma magnitude e transcendência importantes. É uma das grandes preocupações médicas da atualidade dada a sua elevada incidência e prevalência. Este projeto de investigação pretende colmatar a lacuna de conhecimento sobre as diferenças na sobrevivência dos doentes diagnosticados com cancro da próstata entre os concelhos do Agrupamento dos Centros de Saúde Oeste Sul.

A população em estudo foi constituída pelos 1068 casos registados no Registo Oncológico Regional do Sul (RORSUL), no período de 2000 até 2009, residentes dos 5 concelhos do Agrupamento dos Centros de Saúde Oeste Sul (Cadaval, Lourinhã, Mafra, Sobral de Monte Agraço e Torres Vedras).

Efetou-se a análise estatística descritiva das variáveis, bem como a análise de sobrevivência de Kaplan-Meier e Log Rank e Regressão de Cox.

Dos 1068 casos, cinco anos após o diagnóstico, sobreviveram 725 casos (68%) e faleceram 343 casos (32%). Sobrevivência em cada concelho: Mafra – 74% Lourinhã – 72%; Cadaval – 66%; Torres Vedras – 64%; Sobral de Monte Agraço – 62%.

Há diferenças significativas na sobrevivência dos doentes relativamente às seguintes variáveis, pelo método de Kaplan-Meier e Log Rank: Concelho de Residência ( $p = 0,037$ ); Idade ( $p = 0,000$ ); Tempo de evolução ( $p = 0,000$ ); Estádio T ( $p = 0,000$ ); Metastização a distância ( $p = 0,000$ ); Tratamento efectuado (Sim/Não), ( $p = 0,000$ ); Classificação de Gleason, ( $p = 0,000$ ); Quimioterapia efectuada (Sim/Não), ( $p = 0,001$ ); Cirurgia (Sim/Não), ( $p = 0,000$ ); Radioterapia (Sim/Não), ( $p = 0,000$ ); Hormonoterapia (Sim/Não), ( $p = 0,000$ ).

No Método Regressão de Cox, existe Risco Relativo em: Idade; Metastização à distância; Tratamento (Sim/Não); Hormonoterapia (Sim/Não) e Quimioterapia (Sim/Não).

São pertinentes novos estudos, com maior abrangência populacional para obter resultados mais fidedignos sobre a existência de desigualdades na sobrevivência dos doentes com cancro da próstata.

### **Caracterização da progressão para leucemia mieloide aguda em doentes diagnosticados com neoplasias mieloproliferativas bcr-abl negativas: Estudo retrospectivo num centro de referência de Lisboa**

Andreia Curto<sup>1</sup>, Catarina Cortesão<sup>1</sup>, Fernando Pessoa<sup>1</sup>, Inês Monteiro<sup>1</sup>, Maria Helena Almeida<sup>2</sup>, Sara Dias<sup>2</sup>, Catalina Barrientos<sup>3</sup>, Diana Viegas<sup>3</sup>, António Medina Almeida<sup>3,1</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa; <sup>2</sup> Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa; <sup>3</sup> Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE, Serviço de Hematologia

**Motivação.** A progressão de neoplasias mieloproliferativas (NMPs) bcr-abl negativas (trombocitemia essencial (TE), policitemia vera (PV) e mielofibrose primária (MFP)) para leucemia aguda ocorre em menos de 10% dos doentes, mas tem uma mortalidade extremamente elevada. A recolha de dados epidemiológicos de doentes com NMPs bcr-abl negativas no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPOLFG) permite comparar as taxas de sobrevivência destes doentes com outras séries publicadas na literatura e possivelmente identificar fatores de risco para progressão.

**Metodologia.** Estudo descritivo, longitudinal e retrospectivo. Os dados recolhidos de processos clínicos do IPOLFG reportam-se ao período compreendido entre 1 de janeiro de 2004 e 31 de dezembro de 2014. Foram considerados critérios de inclusão: ter 18 ou mais anos à data de diagnóstico de uma das NMPs bcr-abl negativas (PV, TE ou MFP); ter sido diagnosticado com uma NMP bcr-abl negativa entre 1 de janeiro de 2004 e 31 de dezembro de 2014; possuir número de processo no IPOLFG; ter pelo menos um registo (laboratorial ou de anatomia patológica) associado ao processo do doente.

Foram considerados critérios de exclusão: ter diagnóstico de leucemia mieloide crónica (translocação bcr-abl positiva) ou de LMA primária; ter tido diagnóstico de neoplasia maligna anterior ao diagnóstico da NMP bcr-abl negativa ou o processo clínico não estar disponível para consulta no Arquivo Clínico do IPOFG. Calcularam-se curvas de Kaplan-Meier de sobrevivência em função dos seguintes fatores de prognóstico: idade ao diagnóstico, sexo, subtipo de NMP e progressão.

**Resultados e implicações para a prática clínica.** As taxas de sobrevivência a 10 anos observadas foram de 21%, 64% e 73% para os doentes com MFP, PV e TE, respetivamente. As taxas de progressão para LMA foram de 15% em doentes com MFP e 4% em doentes com TE com taxa de sobrevivência a 1 ano de 11%. Não se observou progressão para LMA nos doentes com PV. O subtipo MFP tem menor sobrevivência em relação aos restantes ( $p < 0,001$ ) e a idade ao diagnóstico não parece influenciar a sobrevivência a 10 anos, embora a 6 anos seja superior para os doentes com menos de 60 anos ( $p < 0,01$ ). A 10 anos, as mulheres têm sobrevivência superior ( $p < 0,05$ ) tal como os doentes que não sofreram progressão ( $p < 0,001$ ).

Os resultados obtidos neste estudo relativamente às características dos doentes, progressão e mortalidade foram sobreponíveis aos encontrados em outros estudos internacionais, podendo afirmar-se que a abordagem efetuada ao doente no IPOFG de Lisboa está em linha com as melhores práticas de vários centros europeus e americanos de referência. De uma forma geral, o conhecimento do perfil dos doentes com NMPs bcr-abl negativas seguidos no IPOFG poderá contribuir para otimizar o tratamento e a qualidade de vida na população seguida noutros centros que ainda não estejam a praticar as mesmas estratégias ou a oferecer aos doentes uma base de comparação dos resultados do centro com outros, em vista ao exercício individual de escolha do centro de tratamento.

Este estudo, ao conhecimento dos autores, foi o primeiro a descrever a mortalidade de doentes diagnosticados com NMPs bcr-abl negativas em Portugal num período de 11 anos bem como as taxas de progressão para LMA e mielofibrose secundária.

### **Epidemiologia dos cancros colorectal e do estômago no sul de Portugal: um contributo da modelação estatística em dados oncológicos.**

Ricardo São João, Centro de Estatística e Aplicações da Universidade de Lisboa/ Escola Superior de Gestão e Tecnologia, Instituto Politécnico de Santarém

**Introdução:** A estrutura demográfica portuguesa é marcada por baixas taxas de natalidade e mortalidade, onde a população idosa representa uma fatia cada vez mais representativa, fruto de uma maior longevidade. A incidência do cancro, na sua generalidade, é maior precisamente nessa classe etária. A par de outras doenças igualmente lesivas (e.g. cardiovasculares, degenerativas) cuja incidência aumenta com a idade, o cancro merece relevo. Estudos epidemiológicos apresentam o cancro como líder mundial na mortalidade. Em países desenvolvidos, o seu peso representa 25% do número total de óbitos, percentagem essa que mais que duplica noutros países. A obesidade, a baixa ingestão de frutas e vegetais, o sedentarismo, o consumo de tabaco e a ingestão de álcool, configuram-se como cinco dos fatores de risco presentes em 30% das mortes diagnosticadas por cancro. A nível mundial e, em particular no Sul de Portugal, os cancros do estômago, reto e cólon apresentam elevadas taxas de incidência e de mortalidade. Do ponto de vista estritamente económico, o cancro é a doença que mais recursos consome enquanto que do ponto de vista físico e psicológico é uma doença que não limita o seu raio de ação ao doente. O cancro é, portanto, uma doença sempre atual e cada vez mais presente, pois reflete os hábitos e o ambiente de uma sociedade, não obstante as características intrínsecas a cada indivíduo. A adoção de metodologia estatística aplicada à modelação de dados oncológicos é, sobretudo, valiosa e pertinente quando a informação é oriunda de Registos de Cancro de Base Populacional (RCBP). A pertinência é justificada pelo fato destes registos permitirem aferir numa população específica, o risco desta sofrer e/ou vir a sofrer de uma dada neoplasia.

**Motivação:** O peso que as neoplasias do estômago, cólon e reto assumem na sociedade portuguesa, em particular na região sul de Portugal, foi um dos elementos que motivou o presente estudo que tem por objetivo analisar tendências, projeções, sobrevivências relativas e a distribuição espacial destas neoplasias.

**Metodologia:** Foram considerados neste estudo todos os casos diagnosticados no período 1998–2006 (32813) pelo RCBP da região sul de Portugal (ROR-Sul), para as neoplasias do estômago (9779), cólon (15617) e reto (7417). O estudo descritivo inicial das taxas de incidência e da tendência em cada uma das referidas neoplasias teve como base uma única variável temporal - o ano de diagnóstico - também designada por período. Todavia, uma metodologia que contemple apenas uma única variável temporal é limitativa. No cancro, para além do período, a idade à data do diagnóstico e a coorte de nascimento, são variáveis temporais que poderão prestar um contributo adicional na caracterização das taxas de incidência. A relevância assumida por estas variáveis temporais justificou a sua inclusão numa classe de modelos designada por *Age-Period-Cohort models* (APC) utilizada na modelação das taxas de incidência para as neoplasias em estudo. Os referidos modelos permitem ultrapassar o problema de relações não lineares e/ou de mudanças súbitas na tendência linear das taxas. Conhecido o comportamento das taxas de incidência, uma questão subsequente prende-se com a sua projeção em períodos futuros. O desconhecimento de projeções da taxa de incidência destas neoplasias na área abrangida pelo ROR-Sul, levou à utilização de modelos de projeção. Foi feita a projeção das taxas de incidência para os anos de 2007 a 2010 tendo em conta o género, idade e neoplasia. Outra questão pertinente e habitual no contexto clínico e a que o presente estudo pretende dar resposta, reside em saber qual a contribuição da neoplasia em si para a sobrevivência do doente. Para tal, foi determinada a sobrevivência relativa para cada uma das neoplasias em estudo, para um período de *follow-up* de 5 anos, tendo em conta o sexo, a idade e cada uma das regiões que constituem o registo. No término deste estudo, com recurso aos Modelos Bayesianos Hierárquicos Espaço-Temporais (MBHET), procurou-se aferir se as variações nas taxas de incidência observadas entre os concelhos inseridos na área do registo ROR-Sul poderiam ser explicadas quer pela variabilidade temporal e geográfica quer por fatores socioeconómicos ou ainda pelos desiguais estilos de vida.

**Resultados:** No período em análise, no registo ROR-Sul, o cancro do estômago foi responsável por cerca de 10% dos óbitos por cancro, sendo o terceiro mais frequente no âmbito da mortalidade. As taxas de incidência, apesar de elevadas, apresentaram um comportamento decrescente, sendo mais pronunciado no género masculino. Em oposição, o cancro do cólon apresenta taxas de incidência com comportamento crescente, sendo mais elevadas no género feminino. Esta neoplasia foi responsável por 10,5% das mortes por cancro sendo o segundo tumor mais letal. No que diz respeito ao tumor do reto, este pautou-se por um comportamento estável, sendo contudo o género masculino a apresentar as taxas mais elevadas.

Nos modelos APC, o fator biológico idade provou ter o impacto principal na incidência de todos os cancros enquanto que o efeito período não foi significativo, provavelmente devido à curta série histórica. No que diz respeito aos modelos de projeção, verificou-se que: neoplasias com comportamento estável/decrescente subestimam (10%) enquanto que em neoplasias com comportamento crescente sobrestimam (2%).

A neoplasia do reto apresentou o melhor prognóstico de sobrevivência no término do *follow-up* a cinco anos (SR acumulada=59.3%), seguida das neoplasias do cólon (SR acumulada=55.2%) e reto (SR acumulada=34.5%).

Nos MBHET verificou-se que o efeito espacial é ténue, sendo superior na neoplasia do estômago.

Implicações para a prática clínica: A incidência é a medida mais importante em epidemiologia por ter em conta o número de novos casos enquanto que a prevalência refere-se apenas ao número de casos existentes. Comparativamente, a incidência é como se fosse um filme relativo à ocorrência da doença, enquanto que a prevalência produz apenas uma fotografia da doença. Nessa medida a incidência é dinâmica ao passo que a prevalência é estática. Face ao exposto, o conhecimento das taxas de incidência oncológica permitem identificar a frequência com que surgem novos casos com cancro. O conhecimento do comportamento das taxas e sua tendência permitem a utilização de modelos de projeção. Os resultados das projeções da incidência de cancro constituem um instrumento de auxílio ao processo de tomada de decisão em vários contextos. No campo administrativo, decisões tomadas com base em projeções veem o seu sucesso potenciado em vários domínios como, por exemplo, na otimização da afetação de recursos ao nível do diagnóstico, no tratamento e reabilitação e no controlo e previsão de custos. As projeções são também alvo de interesse na avaliação de intervenções ou de programas de rastreio, sendo o seu sucesso quantificado por comparação dos valores observados com os estimados. Uma projeção de casos superior ao observado poderá refletir o impacto de uma campanha de prevenção; caso contrário, poderá significar o aparecimento de fatores de risco ainda não contemplados no modelo. Por seu turno, os modelos de sobrevivência relativa permitem aferir a percentagem de doentes que sobreviverão a um dado cancro após o seu diagnóstico num dado período de *follow-up* comparativamente à percentagem de sobreviventes esperada numa população com iguais características e livre de cancro. Com esta informação, o clínico poderá por exemplo gerir a melhor terapêutica para o tempo expectável de sobrevivência do doente. Finalmente os MBHET permitem igualmente identificar fatores de risco associados à neoplasia em estudo acrescido da identificação do efeito espacial nas taxas.

Como epílogo, o autor deseja que a leitura desta temática possa servir de estímulo na constante batalha contra o cancro e simultaneamente possa ser mais um contributo para o conhecimento destas neoplasias em Portugal.

### **A articulação de cuidados em oncologia (Hospital e Cuidados de Saúde Primários) em doentes com cancro coloretal e o seu impacto económico-financeiro e assistencial.**

Margarida Ferreira<sup>1</sup>; Ana Escoval<sup>1</sup>; Luís Costa<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública; <sup>2</sup> Serviço de Oncologia do Hospital de Santa Maria. Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: Em Portugal o cancro coloretal é o segundo cancro mais frequente. Com o aumento do número de sobreviventes de cancro, o *follow-up* acaba por ser encarado como uma condição crónica, com impacto significativo nos cuidados assistenciais Hospitalares.

Objetivo: Avaliar a viabilidade dos Cuidados de Saúde Primários poderem assegurar o *follow-up* de doentes com cancro coloretal. Como objetivos específicos pretendeu-se determinar que doentes com cancro coloretal poderão ser encaminhados para os cuidados de saúde primários no seu *follow-up* (características clínicas, sociodemográficas e outras), qual o modelo de *follow-up* preferencial na nossa realidade e que condições devem ser garantidas para assegurar o *follow-up* destes doentes no modelo selecionado, caracterizar os doentes com cancro coloretal atualmente em *follow-up* hospitalar no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE e estimar o impacto económico-financeiro e assistencial gerado com esses doentes.

Material e Métodos: A determinação dos doentes com cancro coloretal que poderão ser encaminhados para os Cuidados de Saúde Primários, o modelo de *follow-up* preferencial e as condições para assegurar o *follow-up* no modelo selecionado foi realizada por Técnica de Grupo Nominal envolvendo representantes do hospital (oncologia, cirurgia, gastroenterologia), cuidados de saúde primários, registo oncológico e associação de doentes (Europacolón). Procedeu-se à caracterização dos doentes com cancro coloretal em *follow-up* no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE. registados de 2008 a 2013 e perfil de recursos consumidos.

Resultados: A definição de um processo assistencial clínico integrado e identificação dos critérios do Sistema organizacional e familiar são críticos. Devem ser esclarecidos os objetivos do follow-up, o qual deve estar centrado no doente e sobrevivente, com ponderação entre risco associado à doença e tempo decorrido desde o início da doença, sendo que no caso de risco elevado de recidiva (neoplasia do reto, cirurgia R1 e R2 e risco familiar de cancro coloretal), os doentes devem manter a ligação ao hospital por exigir um programa de vigilância muito específico. A definição do cut-off do follow-up e o que deve acontecer ao doente surge em terceiro lugar. Adicionalmente foi colocada a questão da gestão profissional da informação e do acesso próprio ao meio hospitalar e a especialização do follow-up que atualmente não tem muito foco no survivorship. Foram considerados elegíveis para vigilância intensiva em cuidados partilhados todos os doentes com adenocarcinoma do colon tratados com intenção curativa, estádios I, II, III, sem sequelas terapêuticas incapacitantes e expectativa de vida superior a cinco anos e com estado funcional que lhes permita ser submetido a uma cirurgia de ressecção de metástases no caso de recidiva. As recomendações relativas aos critérios do Sistema organizacional e familiar centram-se essencialmente na existência de canais muito organizados de ligação entre o médico de família e a equipa hospitalar para além da transmissão da história clínica, no shared-care com protocolo de cuidados aceite por ambos, em que Cuidados de Saúde Primários asseguram exames regulares periódicos que obrigam a vindas múltiplas ao hospital e o hospital assegura exames que requerem acesso fácil a tecnologia e exames 2 comparativos. O ter médico de família ou equipa de inter-substituição e apoio familiar e estruturas de proximidade foi considerado fundamentais.

O painel recomendou preferencialmente o Modelo partilhado (shared-care), o qual visa essencialmente proporcionar aos doentes cuidados de follow-up de maior proximidade, para tal são fundamentais a existência de um plano definido para a patologia e partilhado por todos desde o início, a gestão de informação partilhada eficaz e circuitos de acesso eficazes, a literacia, a criação para os diferentes níveis de conhecimento de um quadro referencial de um processo assistencial integrado para a patologia e partilhado entre todos e a adequação das expectativas relativamente ao follow-up.

A oncologia é responsável pelo follow-up em 56,2% dos doentes com cancro coloretal. O custo anual ajustado por doente é em média 539,09 €. Para este custo contribui o exame físico (45%), os testes laboratoriais (23%), a imagiologia (26%) e a endoscopia (6%). Foi verificada uma associação positiva entre o custo do follow-up e a recidiva ( $p=0,003$ ). Os doentes vivos a 31 Janeiro 2014 geraram 2930 consultas de follow-up por ano, equivalentes a 12% das consultas reportadas em 2013 pela Oncologia Médica, 25% pela Unidade de Cirurgia Geral, 35% pela Cirurgia I e 37% pela Cirurgia II.

Discussão e Conclusão: O cancro coloretal encontra-se entre os três tipos de cancro mais prevalentes. Cerca de dois terços dos doentes oncológicos presentemente diagnosticados serão sobreviventes de cancro pelo menos para além dos cinco anos e destes, cerca de dois terços têm uma idade superior a 65 anos, pelo que a probabilidade de um médico de família ter um utente com mais de 65 anos sobrevivente de cancro é de um em cada seis 36, o que coloca sérios desafios aos profissionais e gestores de saúde, com um leque variado de necessidades a serem respondidas - físicas, psicossociais e económicas. O follow-up dos doentes oncológicos passa então a focar-se na deteção da recidiva, na monitorização dos efeitos adversos tardios, na identificação de novos cancros primários e no apoio psicológico. O follow-up em contexto hospitalar está a ser equacionado e a introduzir uma variante assente no papel dos Cuidados de Saúde Primários 37. A evidência disponível sustenta a hipótese de que o follow-up assegurado pelo médico de família se apresenta como uma alternativa válida e da vontade destes em assumirem esse papel. A partilha da prestação dos cuidados de follow-up entre o hospital e os Cuidados de Saúde Primários deve assumir um carácter multidisciplinar tendo em conta a preferência do doente e garantindo a partilha de informação e comunicação intersectorial que pressuponha a partilha e acesso à informação clínica do doente desde o diagnóstico ao tratamento e follow-up, com definição clara de responsabilidades, elaboração de um plano de cuidados a prestar e mecanismos de referenciação futura sempre que justificado. É fundamental existirem canais muito organizados de ligação entre o médico de família e a equipa hospitalar que não se esgotem na transmissão da história clínica e onde conste um protocolo de cuidados aceite por todos. Para a realidade nacional, o Modelo que parece melhor responder é o follow-up partilhado. É recomendável que médicos hospitalares, médicos de medicina geral e familiar e representantes de sobreviventes com cancro em multidisciplinaridade definam um plano de follow-up por patologia e um processo assistencial adequado centrado no doente e, que contemple a adequação das expectativas relativas ao follow-up, bem como materiais educacionais consentâneos para sobreviventes e familiares. Para que um ciclo virtuoso se gere, reguladores e financiadores têm um papel a desempenhar, adequando o modelo de funcionamento, organizacional e financiamento dos CSP, com a criação de indicadores específicos para o follow-up em conjunto com os profissionais de saúde, que

simultaneamente os premeiem e representem um ganho em saúde para os sobreviventes de cancro traduzindo-se em mais e melhores cuidados, onde respeitando a noção de custo-efetividade, a qualidade e os resultados obtidos são a pedra basilar.