

**DIMENSÃO DOS CUSTOS DO CANCRO DO COLO DO  
ÚTERO NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO**

Georgete Ginga Dinis Estêvão

Novembro, 2011

**DIMENSÃO DOS CUSTOS DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO  
NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO**

Autor

Georgete Ginga Dinis Estêvão

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientadora

Doutora Fátima Figueiredo

Novembro, 2011

*Mãe, Pai*  
*Para vocês*

## **AGRADECIMENTOS**

Quero expressar os meus sinceros agradecimentos à Doutora Fátima Figueiredo por todo o apoio, incentivo, empenho e sabedoria com que sempre me orientou.

À toda a equipa do gabinete de GDH do Hospital Nossa Senhora do Rosário, pela colaboração demonstrada.

Aos meus pais, os quais sempre acreditaram que eu iria conseguir, por tudo o que vos devo...vida, educação, apoio e carinho, por se esforçarem, inesgotavelmente, para que a minha vida seja cada vez melhor, o meu muito obrigada!

Ao Marco, por todo o apoio, incentivo...agradeço a Deus por existires na minha vida.

Às minhas amigas de Mestrado, Elisa, Inês, Margarida, Marta, Sara e Rita, pelos momentos que passámos no 1.º ano do curso.

## RESUMO

Introdução: *O cancro do colo do útero (CCU)* é em todo o mundo a terceira causa de morte por cancro na mulher e a primeira causa nos países em desenvolvimento.

Na União Europeia são relatados 34.000 novos casos e 16.000 óbitos por CCU. Em Portugal, cerca de 950 mulheres são diagnosticadas anualmente com CCU sendo que 350 perdem as suas vidas devido a esta doença.

Em Portugal, tal como na generalidade dos países, o orçamento para a saúde sofre constantes pressões de contenção. Neste contexto, é necessário verificar se estão a ser afectados os recursos necessários para a doença em termos de despesas de saúde.

O principal objectivo deste estudo é o de realizar uma análise descritiva da dimensão dos custos do *tratamento* do CCU, nos últimos 5 anos, no Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. – Barreiro (HNSR).

Métodos: Foi realizado um estudo descritivo retrospectivo do CCU no HNSR no período de 2006 a 2010. Para se determinar os custos do tratamento do CCU recorreu-se à informação sobre os custos de sessões de ambulatório médico e episódios de cirurgia de ambulatório e internamento, com base nos *Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDHs)*.

Resultados: Baseado em dados de 2006 a 2010 constatou-se que foram gastos 567.829.71 € em termos de gastos directos com o tratamento do CCU no HNSR.

Conclusão: Os custos com o tratamento do CCU poderiam ser drasticamente reduzidos com a prevenção sistemática da população.

Palavras-chave: *cancro do colo do útero; custos; tratamento; Grupos de Diagnósticos Homogéneos*

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Cervical Cancer (CC) is the world's third cause of death due to cancer in women and the main cause in developing countries.

In the European Union 34.000 new cases and 16.000 deaths by CC are reported. In Portugal, about 950 women are diagnosed every year with CC 350 of which lose their lives due to this disease.

In Portugal, as well as in most countries, the health care budget is under constant cost-containment pressures. In this context, it is necessary to verify if enough resources have been allocated to the disease in terms of health care expenditure.

The main objective of this study is to perform a descriptive analysis of the extent of the costs of CC treatment, for the past 5 years at the Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. – Barreiro (HNSR).

**Methods:** We conducted a retrospective descriptive study of the CC at the HNSR in the period from 2006 to 2010. To determine the costs of CC treatment we collected the information from medical clinic sessions and inpatient and outpatient surgery episodes, based on Diagnosis Related Groups (DRG).

**Results:** Based on data from 2006 to 2010 on direct medical care expenditures in Portugal, we realized that 567.829.71 € were spent on CC at the HNSR.

**Conclusion:** The treatment costs of the CC could be drastically reduced by systematic prevention of the population.

**Keywords:** cervical cancer; costs; treatment; diagnosis related groups.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1. Cancro do Colo do Útero</b> .....	<b>3</b>
1.1.1. O Cancro do Colo do Útero e o Vírus Papiloma Humano .....	4
1.1.2. Epidemiologia .....	4
1.1.3. Factores de Risco .....	8
1.1.4. Sintomas do Cancro do Colo do Útero .....	9
<b>1.2. Níveis de Prevenção do Cancro do Colo do Útero</b> .....	<b>10</b>
1.2.1. Prevenção Primária do Cancro do Colo do Útero.....	11
1.2.2. Prevenção Secundária do Cancro do Colo do Útero .....	13
1.2.2.1. Classificação Histológica .....	16
1.2.2.2. Estadiamento do Cancro do Colo do Útero .....	18
1.2.2.3. Tratamento do Cancro do Colo do Útero .....	21
<b>1.3. Custo-efectividade da Prevenção do Cancro do Colo do Útero</b> .....	<b>23</b>
<b>1.4. Custos Do Tratamento Da Doença</b> .....	<b>24</b>
1.4.1. Grupos de Diagnóstico Homogéneos .....	26
<b>1.5. Contextualização do Hospital Nossa Senhora Do Rosário</b> .....	<b>29</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	<b>34</b>
<b>2.1. Metodologia</b> .....	<b>34</b>
2.1.1. População em Estudo .....	34
2.1.2. Recolha de Dados .....	34
2.1.3. Análise de Dados .....	38
<b>2.2. Resultados</b> .....	<b>39</b>
2.2.1. Cirurgia de Ambulatório .....	39
2.2.2. Ambulatório Médico .....	42
2.2.3. Internamento .....	44
2.2.4. Cirurgia de Ambulatório versus Ambulatório Médico versus Internamento .....	65

<b>2.3. Discussão dos Resultados .....</b>	<b>66</b>
<b>2.4. Conclusões .....</b>	<b>71</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>84</b>



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Incidência de cancro do colo do útero comparado com outros tipos de cancro em mulheres de todas as idades, em Portugal .....	5
<b>Gráfico 2</b> – Incidência de cancro do colo do útero por idades em Portugal comparativamente com o Sul da Europa e do Mundo .....	6
<b>Gráfico 3</b> - Taxas de mortalidade específicas por idade do cancro do colo do útero em Portugal em comparação com o Sul da Europa e o Mundo .....	7

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Recomendações acerca da periodicidade para o rastreio do cancro do colo do útero .....	15
<b>Quadro 2</b> - Classificação histológica dos tumores do colo do útero .....	16
<b>Quadro 3</b> – Classificação da FIGO e classificação TNM.....	20
<b>Quadro 4</b> – Conceitos e Definições .....	36

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Sistema de Classificação TNM .....	19
--	----

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Utentes de cirurgia de ambulatório entre os anos 2006 a 2010 .....	39
<b>Tabela 2</b> – Registo dos valores da média, moda, mediana e desvio padrão, entre os anos 2006 a 2010 .....	40
<b>Tabela 3</b> – Utentes de ambulatório médico entre os anos 2006 a 2010 .....	41
<b>Tabela 4</b> – Registo dos valores da média, moda, mediana e desvio padrão, entre os anos 2006 a 2010 .....	42
<b>Tabela 5</b> – Utentes de internamento entre os anos 2006 a 2010 .....	48
<b>Tabela 6</b> – Registo dos valores da média, moda, mediana e desvio padrão, entre os anos 2006 a 2010 .....	60

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AAFP – American Academy of Family Physicians

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AGS – American Geriatrics Society

AM – Ambulatório Médico

AMA – American Medical Association

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CA – Cirurgia de Ambulatório

CHBM – Centro Hospitalar Barreiro Montijo

CCU – Cancro do Colo do Útero

CID-9-MC – Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica

CID-9 – Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão

CTFPHC – Canadian Task Force on Preventive Health Care

DGS – Direcção Geral de Saúde

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECDE – European Center for Disease Prevention and Control

GCD – Grandes Categorias de Diagnósticos

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo

HNSR – Hospital Nossa Senhora do Rosário

HPV – Vírus do Papiloma Humano

HSV-2 – Vírus Herpes Simples tipo 2

I – Internamento

IARC – International Agency for Research on Cancer

ICO – Information Center on HPV and Cervical Cancer

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

PET – Tomografia por emissão de positrões

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

RSLVT – Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

SCC – Contagem de Células Somáticas

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

TNM – Tumor, Nódulo, Metástase

TI – Tempo de Internamento

USPSTF – U.S. Preventive Services Task Force

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

## INTRODUÇÃO

Cancro do colo do útero (CCU) é em todo o mundo a terceira causa de morte por cancro na mulher e a primeira causa nos países em desenvolvimento (Alves, 2003).

A principal causa do CCU é o vírus papiloma humano (HPV), esta é a infecção sexualmente transmissível mais comum a nível mundial (Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004).

O CCU atinge na sua grande maioria mulheres jovens adultas, sensivelmente mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 50 anos, muitas das quais bastante activas que a nível profissional, quer a nível familiar.

Na Europa, todos os anos são registados cerca de 34.000 novos casos e 16.000 mortes (Santos, 2010).

Portugal registou 271 óbitos por CCU, em 2009 (ARSLVT, 2010).

Na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT), o CCU é a 3ª causa de morte por cancro na população feminina ( $4/10^5$  - 2006). Segundo dados da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), são registados cerca de 80 óbitos por CCU e 350 novos casos/ano. Em 2009, registaram-se 99 óbitos por CCU na RSLVT. É no distrito de Setúbal, área geográfica a qual o HNSR pertence, que se tem registado o maior número de novos casos. Para os distritos de Setúbal, Lisboa e Santarém, a taxa de incidência padronizada, entre 2000 e 2001, foi de 18,09/100 000, 17,58/100 000 e 8,26/100 000, respectivamente (Fátima, 2010).

De todos os cancros, o CCU é um dos cancros com mais elevados potenciais de prevenção e tratamento, e que pode ser controlado com maior sucesso.

A prevenção do CCU compreende estratégias de prevenção primária, recorrendo à vacinação, do HPV (genótipo 16 e 18), responsável pelo desenvolvimento da doença e estratégias de prevenção secundária, através de rastreio, com a finalidade de detectar lesões pré-invasivas e impedir a progressão para cancro (Santos, 2010).

A procura de estratégias e a implementação de intervenções para a promoção da saúde e prevenção, tratamento e recuperação da doença, levam em consideração a relação custo-efectividade.

De acordo com Caetano e Caetano (2005), com o aumento dos consumos a nível da saúde e a carência de recursos que se tem vindo a sentir, tem surgido a necessidade de se avaliar os procedimentos em termos do seu custo-efectividade. Assim, não é só essencial os diferenciais de efectividade entre as várias técnicas, como a sua eficácia comparativa em termos da aplicação dos recursos médicos e sociais.

Portanto, dada a preocupação crescente com a relação custo-efectividade no âmbito da saúde considerou-nos pertinente estudar a extensão das despesas do CCU numa instituição de saúde.

Considerando a importância do tema, o objectivo desta dissertação de mestrado é realizar um estudo descritivo respeitante à análise da dimensão dos custos do cancro do colo do útero no Hospital Nossa Senhora do Rosário do Barreiro.

Este estudo é constituído pelo enquadramento conceptual constituído por cinco capítulos, seguindo-se a descrição da metodologia. Posteriormente, apresenta-se os resultados, a análise e discussão dos mesmos, e finaliza-se com as conclusões, bibliografia referenciada ao longo do corpo do trabalho e os anexos.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **1.1. Cancro do Colo do Útero**

O cancro resulta de alterações que determinam um crescimento celular desordenado, não controlado pelo organismo e que compromete tecidos e órgãos. No caso do cancro do colo do útero, o órgão acometido é o útero, em uma parte específica – o colo, que fica em contacto com a vagina.

Classicamente, a história natural do cancro do colo do útero é descrita como uma afecção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos.

O colo uterino é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, organizadas de forma bastante ordenada. Nas neoplasias intra-epiteliais, esta estratificação fica desordenada. Quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, estamos diante de uma displasia leve ou neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I). Cerca de 60% das mulheres com NIC I vão apresentar regressão espontânea, 30% podem apresentar persistência da lesão como tal, e das demais, menos de 10% irão evoluir para NIC III, sendo a progressão para o cancro invasor estimada em cerca de 1%.

Se a desordenação avança até os três quartos de espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais, estamos diante de uma displasia moderada ou NIC II. Quando a desordenação é observada em todas as camadas, estamos perante uma NIC III.

Esta desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. A coilocitose, alteração que sugere a infecção pelo HPV, pode estar presente ou não.

Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, temos o carcinoma invasivo.

Para chegar ao carcinoma invasivo, a lesão não tem, obrigatoriamente, que passar por todas estas etapas. As lesões de alto grau são consideradas como as verdadeiras precursoras do cancro e, se não tratadas, em boa proporção dos casos, evoluirão para o carcinoma invasivo do colo do útero (Potén, 1995).

### **1.1.1. O Cancro do Colo do Útero e o Vírus Papiloma Humano**

Durante os anos 90, a epidemiologia e a biologia molecular demonstraram existir uma relação de causa-efeito entre a infecção persistente pelo HPV de alto risco e o CCU, convertendo-se no primeiro cancro que tem sempre como causa, embora não suficiente, um agente infeccioso (Santos, 2010).

O HPV pode afectar a área genital, assim como outras áreas do corpo.

Actualmente, existem já identificados mais de 200 genótipos de HPV. Os genótipos mais comumente associados ao CCU são os genótipos 16 e 18. Estes são responsáveis por 70% a 75% dos casos de CCU (European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC, cit. por DGS, 2008, a), Monk 2007).

O HPV atinge entre 50% a 80% das mulheres sexualmente activas pelo menos numa altura das suas vidas. A progressão da infecção por HPV até ao CCU pode levar até 30 anos. Geralmente, as mulheres são infectadas com o HPV na adolescência, entre os 20 e os 30 anos, sendo que o CCU pode vir a desenvolver-se só 20 anos ou mais depois da infecção pelo HPV (Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004).

Actualmente, não existe nenhuma cura para o HPV, porém as suas consequências podem ser tratadas. Contudo, de todas as mulheres que tiveram HPV, menos de 5% destas desenvolverão CCU, mesmo sem rastreio e tratamento (Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004).

### **1.1.2. Epidemiologia**

A prevalência da infecção pelo HPV aumentou nas últimas décadas e provavelmente é responsável pelo risco aumentado do CCU observado entre as mulheres nascidas depois de 1940, na maioria dos países industrializados (Abryn, et al., 2008).

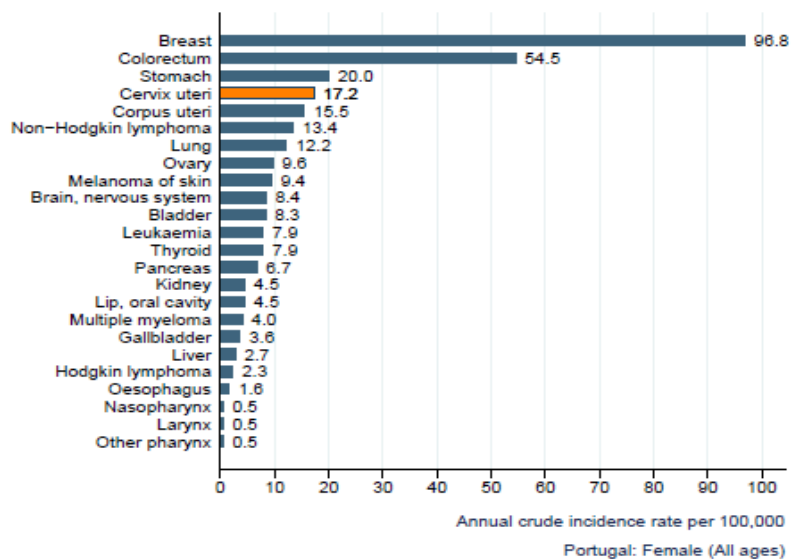
Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS, 2008, a)), a nível mundial, o CCU é o segundo tipo de cancro mais frequente na mulher, é a doença mais relevante associada à infecção por

HPV, particularmente quando não é precocemente diagnosticado, progredindo para formas invasivas.

Também a IARC, Globocan (2008), cit. por WHO e ICO (2010) referem que o CCU é o segundo cancro mais comum entre as mulheres em todo o mundo, com uma estimativa de 529.409 novos casos e 274.883 mortes no ano de 2008. Cerca de 86% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento, representando 13% dos cancros nas mulheres.

Em relação a Portugal, podemos observar no gráfico 1, que o CCU é o terceiro cancro mais frequente nas mulheres portuguesas, logo a seguir ao cancro do estômago, colo-rectal e mama.

**Gráfico 1** – Incidência de CCU comparado com outros tipos de cancro em mulheres de todas as idades, em Portugal

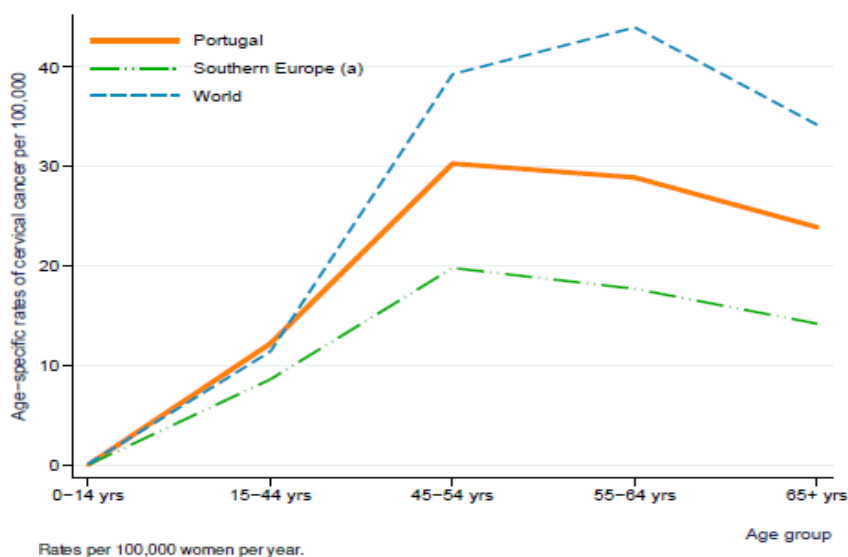


**Fonte:** GLOBOCAN (2008), Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008, <http://globocan.iarc.fr/>, In: WHO e ICO - Information Center on HPV and Cervical Cancer (2010), Human Papillomavirus and Related Cancers – Portugal. *WHO/ICO, Summary Report 2010: 7.*



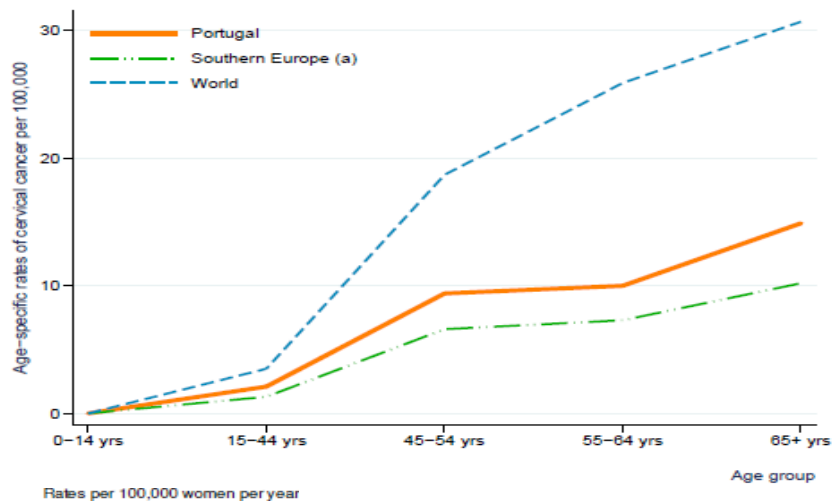
Na maioria dos casos de CCU é diagnosticado o carcinoma de células escamosas e na minoria o adenocarcinoma. (Vaccine 2006, Vol. 24, Supl 3; Vaccine 2008, Vol. 26, Supl 10; Monografias IARC 2007, Vol. 90, cit. por WHO e ICO, 2010).

**Gráfico 2** – Incidência de CCU por idades em Portugal comparativamente com o Sul da Europa e do Mundo



**Fonte:** GLOBOCAN (2008), Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008, <http://globocan.iarc.fr/>, In: WHO e ICO - Information Center on HPV and Cervical Cancer (2010), Human Papillomavirus and Related Cancers – Portugal. *WHO/ICO, Summary Report 2010*: 10.

**Gráfico 3** – Taxas de mortalidade específicas por idade do CCU em Portugal em comparação com o Sul da Europa e o Mundo



**Fonte:** GLOBOCAN (2008), Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008. <http://globocan.iarc.fr/>, In: WHO e ICO - Information Center on HPV and Cervical Cancer (2010), Human Papillomavirus and Related Cancers – Portugal. *WHO/ICO, Summary Report 2010*:14.

Nos gráficos 2 e 3 podemos observar a incidência de CCU e a mortalidade em Portugal comparativamente com o Sul da Europa e o Mundo, respectivamente. Podemos também verificar que em ambos os casos (incidência e mortalidade relacionada com o CCU) Portugal apresenta valores acima dos países do Sul da Europa ao longo de todas as idades.

Em Portugal, de acordo com a DGS (2007: 2) estima-se que a incidência de CCU todos os anos rondem os 1000 novos casos. Em 2002, 2003 e 2004 foram registados, respectivamente, 220, 220 e 207 mortes por CCU. No entanto, estes valores podem estar subavaliados porque nos mesmos anos foram registados 232, 218 e 228 óbitos por “neoplasia maligna do útero, porção não especificada” (designação atribuída pela Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão (CID-9)).

### 1.1.3. Factores de Risco

Factor de risco, de acordo com Potter e Perry (2006) é qualquer situação, hábito ou condição ambiental, fisiológica ou outra variável, que aumenta a vulnerabilidade de um indivíduo ou grupo desenvolver uma determinada doença ou disfunção. A sua presença não significa o aparecimento da doença mas aumenta a sua probabilidade.

Segundo Roldão (2007) ao longo das últimas décadas, o CCU tem sido relacionado com vários factores, tais como: socioeconómicos, religiosos, sexuais, obstétricos, dietéticos, imunológicos, hábitos tabágicos e utilização de contraceptivos orais.

Desde 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a persistência da infecção pelo HPV em altas cargas virais representa o principal factor de risco para o desenvolvimento da doença. Sabe-se também que a infecção pelo HPV é essencial, mas não suficiente para a evolução do cancro. Além do genótipo e da carga viral do HPV, adquire importância a associação com outros factores de risco que actuam como co-factores (Medeiros, 2006).

Vários estudos publicados pelo Instituto de Oncologia do Porto comprovam a influência de outros factores além do HPV no desenvolvimento do CCU na população portuguesa. Estes co-factores incluem: o uso de tabaco, um sistema imunitário deficiente, particularmente relacionado à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), factores hormonais, a idade do primeiro parto, o número de partos e o uso de contraceptivos hormonais.

Um estudo realizado pelo Instituto Português de Oncologia do Porto com o apoio do Ministério da Saúde, demonstrou que, apesar do factor iniciador do CCU seja o HPV a evolução para cancro ocorre, aproximadamente, 10 anos mais cedo nas mulheres que fumam regularmente.

Outros factores, como idade precoce na primeira relação sexual e múltiplos parceiros sexuais aumentam o risco do desenvolvimento do CCC (Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004).

Segundo Santos (2010), os factores que comprometem a imunidade e facilitam a persistência da infecção e a propagação para lesão epitelial são: tabagismo; infecção em simultâneo com

outros microrganismos (Vírus herpes simples, *chlamydia trachomatis*), múltiplas infecções sexuais, desnutrição e qualquer situação associada à imunodeficiência, como por exemplo, a infecção por VIH.

#### **1.1.4. Sintomas do Cancro do Colo do Útero**

Segundo a DGS (2007), a infecção pelo HPV pode manifestar-se de forma clínica, subclínica ou latente. A manifestação clínica mais comum é o condiloma acuminado ou verruga genital. Esta é uma lesão benigna provocada pelos tipos de HPV de ‘baixo risco’, designadamente, os tipos 6 e 11 que são responsáveis por cerca de 90% destas lesões.

A manifestação subclínica pode afigurar-se em diversas formas, tais como: lesões benignas e lesões pré-malignas e malignas, provocadas pelos HPV de ‘alto risco’ - tipos 16 e 18.

A manifestação latente não apresenta evidência clínica nem histológica, nem é conhecido o tempo e os mecanismos necessários para que progrida para uma forma clínica ou subclínica.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2007), um dos sintomas mais frequentes do carcinoma invasivo é a hemorragia vaginal anormal. As mulheres sexualmente activas, podem ter estas hemorragias durante o coito, contudo também pode ser uma hemorragia intermenstrual ou pós-menopáusicas.

No carcinoma do endométrio a hemorragia é normalmente um sinal precoce. O cancro cervical pode permanecer sem sintomas até um estágio avançado em mulheres que não são sexualmente activas.

Neoplasias extensas infectam com frequência, apresentando leucorreia vaginal com mau cheiro, mesmo antes de ocorrer hemorragias. Em casos avançados, a dor a nível da região pélvica, a sensação de peso hipogástrico ou sintomatologia urinária e/ou rectal podem ser sintomas de CCU.

Os exames complementares de diagnóstico devem ser efectuados de acordo com a sintomatologia e exame clínico.

## **1.2.Níveis de Prevenção do Cancro do Colo do Útero**

As acções para a saúde e os cuidados de enfermagem têm lugar a níveis de prevenção designados de primária, secundária e terciária. A prevenção engloba todas as acções que limitam o desenvolvimento de uma doença (Edelman e Manddle, 1998, cit. por Potter e Perry, 2006).

A prevenção primária, de acordo com os mesmos autores, é a verdadeira prevenção, porque precede a doença ou disfunção e aplica-se a pessoas que se encontram, aparentemente saudáveis, quer física, quer emocionalmente. A prevenção primária não é terapêutica e não implica a identificação de sintomas. Este nível de prevenção tem a finalidade de reduzir a vulnerabilidade do indivíduo ou de uma população a uma patologia ou disfunção.

A prevenção secundária tem como foco central as pessoas com problemas de saúde ou com doença e que se encontram em risco de desenvolver complicações ou de agravamento da situação. As acções são direccionadas para o diagnóstico e o tratamento imediato, diminuindo a gravidade e possibilitando que a pessoa volte rapidamente ao seu nível de saúde normal.

A prevenção terciária ocorre quando um defeito ou incapacidade é permanente e irreversível. As acções necessárias prendem-se com a minimização dos efeitos de uma patologia ou incapacidade de longo termo e que se direccionam no sentido da prevenção de complicações e deterioração.

No presente estudo considerou-se pertinente dar enfoque à prevenção primária e secundária do CCU.

### **1.2.1. Prevenção Primária do Cancro do Colo do Útero**

De acordo com DGS (2008, a)) a prevenção primária pressupõe a prevenção da infecção por HPV e dos co-factores que aumentam o risco de CCU, através de:

- Implementação das estratégias adequadas para influenciar mudanças nos comportamentos, tendo em conta os co-factores de risco;
- Vacinação.

De acordo com Osório (2006: 15) cit. por Branco (2011: 91) “a prevenção, através da educação para a saúde, e a organização de campanhas que ao termo da liberalização de hábitos e à modificação de comportamentos do Homem e da Mulher, constituem a vanguarda das medidas a tomar para reverter este importante Problema de Saúde Pública.”

A educação para saúde envolve comunicar e transmitir informações gerais e mensagens sobre a mudança de comportamento em linguagem simples e compreensível, a indivíduos ou grupos. As informações devem conter linguagem adequada ao local e à cultura das pessoas e devem ser desenvolvidas em colaboração com a comunidade e de acordo com directrizes nacionais. É importante que o conteúdo da mensagem transmitida seja sempre o mesmo, independentemente do local, por quem e para quem ela é transmitida. A educação para a saúde não deve ser um evento isolado, mas sim uma actividade contínua, e exige um esforço constante dos profissionais de saúde em manter os seus conhecimentos actualizados (WHO, 2006, a)).

A promoção da saúde pode ser implementada de várias formas e existem estratégias que são particularmente úteis em relação ao CCU, e são elas: a prevenção primária (infecção pelo HPV), a promoção da saúde, a educação e o aconselhamento.

O HPV é transmitido pelo contacto próximo, nomeadamente nas relações sexuais onde existe penetração ou mesmo sem penetração. O único caminho certo para prevenir a infecção genital por HPV é a abstenção completa do contacto com os genitais e de relações sexuais. No entanto, certas mudanças no comportamento sexual, como por exemplo o uso de

preservativos, o adiamento da primeira relação sexual, oferecem alguma protecção contra o HPV.

A WHO (2006, a)) também afirma que os preservativos oferecem apenas uma protecção parcial contra a transmissão do HPV porque o vírus pode existir em superfícies do corpo não cobertas pelo preservativo, como a área perianal e ânus, tanto em homens como em mulheres, ou na vulva e períneo, em mulheres, e no escroto, nos homens. Contudo, o uso do preservativo de forma regular e correcta demonstrou ter importantes benefícios, tais como:

- ✓ Diminuir a probabilidade de transmissão do HPV em homens e mulheres;
- ✓ Aumentar a regressão das lesões do colo do útero;
- ✓ Reduzir o risco de verrugas genitais;
- ✓ Reduzir o risco de lesões pré-cancerígenas do colo do útero;
- ✓ Reduzir o risco de CCU;
- ✓ Proteger contra outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), incluindo clamídia e infecção por vírus herpes simples tipo 2 (HSV-2), que são co-factores possíveis para o CCU;
- ✓ Proteger contra a infecção pelo VIH, um facilitador para a infecção por HPV de alto risco e progressão para lesões de alto grau;
- ✓ Proteger contra a gravidez indesejada.

O autor citado anteriormente explica que, as pessoas que iniciam a actividade sexual precocemente têm maior probabilidade de serem infectadas com HPV, e as mulheres mais jovens são mais vulneráveis à infecção com um único acto sexual. Deve-se evitar a primeira gravidez em idades precoces porque as hormonas da gravidez podem aumentar o risco do desenvolvimento do CCU.

A Alliance for Cervical Cancer Prevention (2004) afirma que as vacinas contra o HPV são também um forte potencial para prevenir a infecção primária e a progressão da doença.

As vacinas contra o HPV representam uma medida profilática e não terapêutica do CCU, ou seja, actuam para a prevenção da infecção e doenças consequentes. A protecção fornecida

pelas vacinas é, portanto, menor entre as mulheres que já tenham sido infectadas com os genótipos relacionados com a vacina, do que entre aquelas que não foram infectadas (WHO, 2007).

Segundo a DGS (2008, a)), desde Dezembro de 2006 que é comercializada a vacina quadrivalente (Gardasil<sup>®</sup>), desenvolvida contra os HPV 6, 11, 16 e 18 e contra os HPV 6 e 11, e desde Outubro de 2007 que é também comercializada a vacina bivalente (Cervarix<sup>®</sup>), que confere imunidade para os HPV 16 e 18. Estas duas vacinas são constituídas por fragmentos semelhantes aos vírus mas que não produzem a infecção, são desenvolvidas por tecnologia de DNA recombinante e têm como finalidade a prevenção das infecções por HPV, assim como as infecções persistentes, as lesões intra-epiteliais de baixo grau, as lesões precursoras do cancro e o CCU (DGS, 2008, a)).

No dia 20 de Março de 2008 foi aprovado a introdução da vacina contra infecções por HPV no Plano Nacional de Vacinação (PNV) (DGS, 2008, b)).

O progressivo desenvolvimento de estratégias de prevenção primária deve coexistir com a prevenção secundária do CCU, através de programas de rastreio organizados, pois nenhuma das vacinas existentes confere protecção total contra todos os HPV oncogénicos. Além disso, o impacto epidemiológico da vacinação só terá efeito dentro de 2 a 3 décadas, portanto o desenvolvimento de programas de rastreio organizado do CCU é essencial (Santos, 2010).

### **1.2.2.Prevenção Secundária do Cancro do Colo do Útero**

A prevenção secundária do cancro consiste na identificação precoce e tratamento imediato de lesões pré-malignas ou malignas em estádios iniciais. Inclui o rastreio (screening) da população, a vigilância de grupos de alto risco, bem como testes de susceptibilidade genética (Kennedy, 2001: 63, cit. por Branco, 2011: 63).



Existem diversos métodos que podem ser utilizados na detecção precoce desse tipo de cancro, mas o exame citológico, ainda hoje, é o mais utilizado em mulheres assintomáticas.

Segundo Santos (2010), o rastreio do CCU iniciou-se com a introdução do exame Papanicolau (exame citológico) em países desenvolvidos e, em grande parte, constitui-se como responsável pelo excelente sucesso obtido na prevenção deste tipo de cancro.

Desde a introdução do exame Papanicolau no ano de 1940, este tem sido o método de preferência para o rastreio citológico do colo do útero.

O diagnóstico citológico não é totalmente certo, tendo que ser confirmado pelo exame histológico. A taxa de falsos negativos da citologia (isto é, o exame que teve resultado negativo, mas que não é verdadeiramente negativo) pode variar entre 20% a 45%. Estudos têm mostrado que apenas 20% a 50% das mulheres com pré-cancro são correctamente identificadas (WHO, 1998).

Apesar da percentagem de falsos negativos ser muito elevada, a realização anual do exame citológico reduz esse percentagem e, de acordo com a American Cancer Society, em três citologias anuais sucessivas negativas, a probabilidade de haver falsos negativos é de 0,4% (Alves, 2003).

Nas últimas décadas, o uso do exame Papanicolau originou uma redução de incidência no CCU de 70%. A redução de incidência, assim como da mortalidade, foi tão expressiva que o exame Papanicolau é um dos poucos métodos classificados com A na United States Preventive Services Task Force, que significa que há uma boa evidência para sustentar a sua recomendação num exame de saúde periódico (Alves, 2003).

A sua eficácia na prevenção do CCU verifica-se em locais onde a cobertura e a qualidade dos serviços são elevados e onde o exame Papanicolau é utilizado em intervalos regulares (Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004). Portanto, o exame Papanicolau deve ser repetido ao longo do tempo para assegurar que casos de pré-cancro são detectados. Na maioria dos países desenvolvidos, as mulheres são aconselhadas a realizar o exame Papanicolau no primeiro ano que iniciam a sua vida sexual e repetir o teste a cada 1 a 3 anos. Mas nos países em desenvolvimento, a maioria das mulheres nunca realizou um exame Papanicolau (Alliance for Cervical Cancer Prevention, 2004).

Não existe unanimidade universal acerca do protocolo dos rastreios em relação à sua periodicidade. No Quadro 1 são descritas as diferentes recomendações de algumas organizações.

**Quadro 1 – Recomendações acerca da periodicidade para o rastreio do CCU**

<b>Organizações</b>	<b>Recomendações</b>
AAFP - American Academy of Family Physicians	Citologia de três em três anos em mulheres que iniciaram vida sexual e que têm colo.
ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists	Citologia anual e exame ginecológico começando aos 18 anos, ou quando iniciarem vida sexual activa; depois de 3 ou mais testes com resultados normais, a citologia pode ser feita com menos frequência, segundo critério médico.
ACS – American Cancer Society	Citologia anual começando aos 18 anos ou quando iniciarem vida sexual activa; depois de 2 ou 3 citologias negativas, continua segundo critério médico.
AGS – American Geriatrics Society	Citologia cada 3 anos, até aos 70 anos; em mulher de qualquer idade que nunca tenha feito uma citologia, rastrear até duas citologias negativas com um ano de intervalo.
AMA – American Medical Association	Citologia anual e exame ginecológico, com início aos 18 anos (ou quando iniciarem vida sexual activa); depois de três ou mais citologias anuais negativas, esta pode ser realizada menos frequentemente segundo critério médico.
CTFPHC – Canadian Task Force on Preventive Health Care	Citologia anual, começando aos 18 anos ou quando iniciarem vida sexual activa; depois de duas citologias negativas realiza-las cada três anos até aos 69 anos de idade.
USPSTF – U.S. Preventive Services Task Force	Citologia a cada 3 anos em mulheres que iniciaram vida sexual e que tenham colo; Testes regulares descontinuados depois dos 65 anos, se os resultados forem sempre normais.
DGS – Direcção Geral de Saúde	Citologia começando aos 20 anos ou quando iniciarem vida sexual activa; se normais em 2 anos consecutivos, repetir de 3 em 3 anos até aos 39 anos; dos 40 aos 64 anos, repetir de 5 em 5 anos; após os 65 anos só se realiza se não houver controlo anterior.

**Fonte:** Adaptado de ALVES, Teresa (2003), Prevenção do CCU. *Rev. Port. Clínica Geral*, 19, 455-460, p.459.

### 1.2.2.1. Classificação Histológica

Os estudos acerca do cancro impõem a utilização de critérios baseados numa classificação normalizada. A nomenclatura utilizada deve ser perceptível para todos os profissionais de saúde da equipa oncológica (Roldão, 2007).

De acordo com Rilke e Pilotti (1995) cit. por Roldão (2007) a classificação dos tumores é essencialmente morfológica e baseia-se na histogénese e no grau de diferenciação celular.

Ao longo dos tempos o conhecimento sobre o CCU evoluiu e a nomenclatura utilizada foi se alterando de acordo com as novas informações (Scully e col., 1994, cit. por Roldão, 2007).

A WHO (s/d) cit. pela International Agency for Research on Cancer - IARC (2011) apresenta a seguinte classificação histológica dos tumores do colo do útero (Quadro 2):

**Quadro 2** – Classificação histológica dos tumores do colo do útero

<b>TUMORES EPITELIAIS</b>
<b>Tumores escamosos e lesões precursoras</b>
Carcinoma de células escamosas, sem outras especificações
Queratinizantes
Não queratinizantes
Basalóide
Carcinoma verrucoso
Carcinoma verrucoso com características de infecção por HPV, também conhecido como carcinoma escamoso condilomatoso
Papilar
Tipo Linfoepitelioma
Carcinoma escamo-transicional
Carcinoma de células escamosas micro-invasor
Neoplasia escamosa intra-epitelial
Neoplasia intra-epitelial cervical grau 3 (NIC III)
Carcinoma <i>in situ</i> de células escamosas
Alterações benignas das células escamosas
Condiloma acuminado
Papiloma escamoso
Pólipo fibroepitelial
<b>Tumores glandulares e lesões precursoras</b>
Adenocarcinoma
Adenocarcinoma mucinoso
Endocervical
Intestinal
Carcinoma de células em anel de sinete
Variação mínima
Viloglandular
Carcinoma endometrióide
Adenocarcinoma de células claras

Adenocarcinoma seroso
Adenocarcinoma mesonefrico
Adenocarcinoma com invasão inicial
Adenocarcinoma <i>in situ</i>
Displasia glandular
Lesões glandulares benignas
Papiloma mülleriano
Pólipo endocervical
Outros tumores epiteliais
Carcinoma adenoescamoso
Variante de carcinoma de "célula vítrea"
Carcinoma adenóide cístico
Carcinoma adenóide basal
Tumores neuroendócrinos
Carcinóide
Carcinóide atípico
Carcinoma de pequenas células
Carcinoma neuroendócrino de grandes células
Carcinoma indiferenciado
<b>TUMORES MESENQUIMAIS E LESÕES PSEUDOTUMORAIS</b>
Leiomiossarcoma
Sarcoma estromal endometrial, de baixo grau
Sarcoma endocervical indiferenciado
Sarcoma botrióide
Sarcoma alveolar de partes moles
Angiossarcoma
Tumor maligno da bainha do nervo periférico
Leiomioma
Rabdomioma genital
Nódulo pós-operatório de células fusiformes
<b>TUMORES MISTOS EPITELIAIS E MESENQUIMAIS</b>
Carcinossarcoma (Tumor mülleriano misto maligno)
Adenossarcoma
Tumor de Wilms
Adenofibroma
Adenomioma
<b>TUMORES MELANOCÍTICOS</b>
Melanoma maligno
Nevus azul
<b>OUTROS TUMORES</b>
Tumores das células germinativas
Tumor do seio endodérmico (Yolk sac tumour)
Cisto dermóide
Teratoma cístico maduro
<b>HEMOTOPOÉTICO E LINFÓIDE</b>
Linfoma maligno (tipo específico)
Leucemia (tipo específico)
<b>TUMORES SECUNDÁRIOS</b>

**Fonte:** Adaptado de INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER - IARC (2011), OMS - Classificação histológica dos tumores do colo uterino. *IARC Screening Group.*

### **1.2.2.2. Estadiamento do Cancro do Colo do Útero**

De acordo com Roldão (2007) depois de determinado o diagnóstico de carcinoma invasivo é necessário classificar o estadiamento de forma a decidir qual o método terapêutico mais eficaz. O processo de decisão e escolha do tratamento deve decorrer com rigor e adequação, evitando as atitudes que irão condicionar pela negativa os resultados ou a qualidade de vida dos doentes, ao mesmo tempo que possibilita racionalizar a utilização dos recursos.

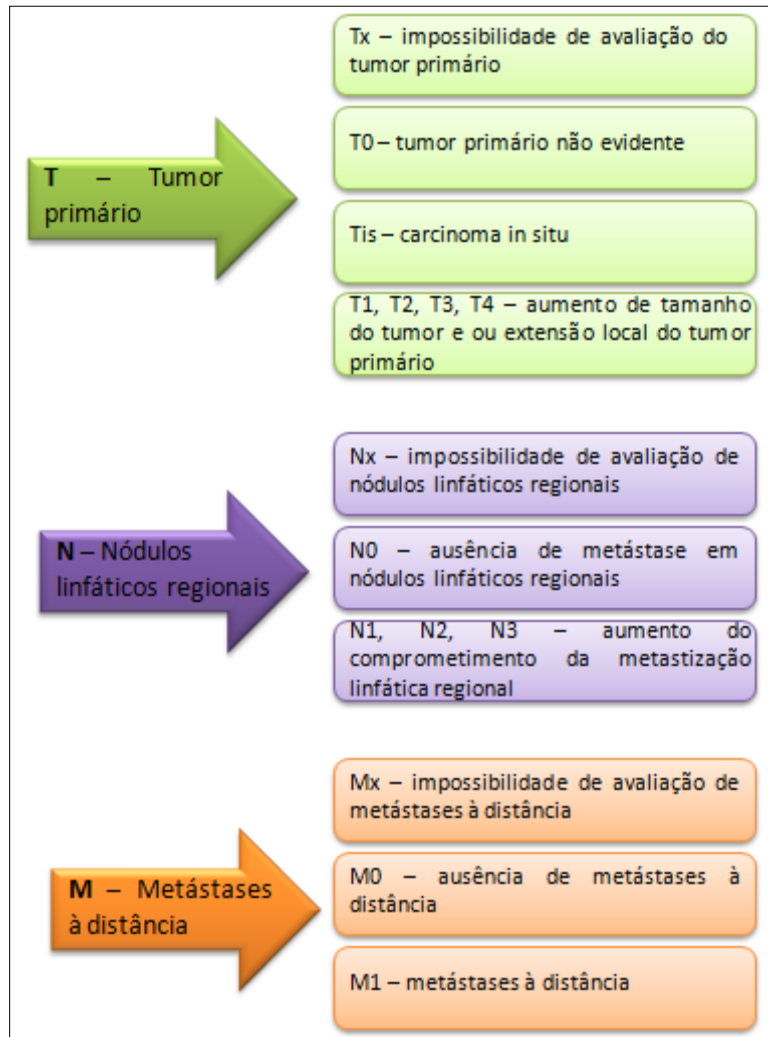
Para tal, é importante conhecer a extensão da disseminação tumoral, o que requer uma descrição sistematizada da localização anatómica do tumor, do seu tamanho e metástases. Esta avaliação da extensão anatómica da neoplasia maligna possibilita classificar os tumores em estádios.

Fielding e col. (1992) e Soutter (1991) cit. por Roldão (2007) diz-nos que a descrição da extensão anatómica da disseminação tumoral é, sem dúvida, um factor de prognóstico muito vantajoso porque possibilita decidir não só, qual a terapêutica mais adequada, como também orienta o profissional no planeamento da terapêutica, ajuda a comunicação entre os profissionais envolvidos, é uma base para a estratificação e análise dos resultados terapêuticos e contribui para o prosseguimento da investigação em oncologia.

Segundo Branco (2011), encontra-se na literatura dois sistemas de classificação de estadiamento para o cancro. Nomeadamente, o TNM (Tumor, Nódulo, Metástase), utilizado para a classificação clínica na prática em oncologia e a classificação proposta pela FIGO (International Federation of Gynecology e Obstetrics), sendo esta a mais aceite e utilizada para a classificação clínica dos tumores ginecológicos.

O sistema de classificação TMN combina as características do tumor primitivo (T) com a presença ou ausência de metástases ganglionares (N) e a presença ou ausência de metástases à distância (M), distribuindo os doentes em quatro estádios (I, II, III e IV) (Santos, 2007).

Na figura 1 é apresentado o sistema de classificação TNM.



**Figura 1** – Sistema de classificação TNM

**Fonte:** Adaptado de CASSIDY et al. (2002) cit. por BRANCO, Isaura (2011), *Educação para a saúde: contributos para a prevenção do cancro – modelo CCU*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Desde a primeira versão da classificação da FIGO, várias alterações foram feitas ao longo dos anos e de acordo com Creaman (1995) cit. por Roldão (2007) a última modificação foi realizada em 1994. De acordo com Roldão (2007) a base da classificação clínica por estádios é um exame clínico cuidadoso realizado antes da implementação da terapêutica.

No entanto, a FIGO cit. por Branco (2011) diz-nos que a sua classificação tem apenas como finalidade comparar resultados e não a orientação para o tratamento. A Sociedade Portuguesa

de Ginecologia (2007) acrescenta que esta classificação apenas serve para a estratificação dos doentes, e os resultados obtidos por determinados exames utilizados para sub-estratificar opções de tratamento.

No Quadro 3 apresentamos a actual classificação da FIGO com a respectiva correspondência da classificação TNM.

**Quadro 3 – Classificação da FIGO e classificação TNM**

CLASSIFICAÇÃO DA FIGO		Classificação TNM
Estádios		
	Tumor primário não pode ser avaliado	Tx
	Sem evidência de tumor primário	T0
0	Carcinoma in situ (carcinoma pré-invasor)	Tis
I	Carcinoma da cérvix confinado ao útero (extensão ao corpo deve ser desprezada)	T1
IA	Carcinoma invasor, diagnosticado somente pela microscopia. Todas as lesões visíveis macroscopicamente – mesmo com invasão superficial – são T1b/Estádio IB	T1a
IA1	Invasão estromal de até 3 mm em profundidade e 7 mm ou menos de extensão horizontal	T1a1
IA2	Invasão estromal maior que 3 mm e até 5 mm em profundidade com uma extensão horizontal de 7mm ou menos	T1a2
IB	Lesão clinicamente visível, limitada ao colo, ou lesão microscópica maior que T1a2/IA2	T1b
IB1	Lesão clinicamente visível com 4cm ou menos em sua maior dimensão	T1b1
IB2	Lesão clinicamente visível com mais de 4 cm em sua maior dimensão	T1b2
II	Tumor que invade além do útero, mas não atinge a parede pélvica ou o terço inferior da vagina	T2
IIA	Sem invasão do paramétrio	T2a
IIB	Com invasão do paramétrio	T2b
III	Tumor que se estende à parede pélvica, compromete o terço inferior da vagina, ou causa hidronefrose ou exclusão renal	T3
IIIA	Tumor que compromete o terço inferior da vagina, sem extensão à parede pélvica	T3a
IIIB	Tumor que se estende à parede pélvica, ou causa hidronefrose ou exclusão renal	T3b
IVA	Tumor que invade a mucosa vesical ou rectal, ou que se estende além da pélvis verdadeira	T4
IVB	Metástase à distância	M1

**Fonte:** Adaptado de INTERNACIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER – IARC (2011), Classificação TNM/FIGO. *IARC Screening Group*.

### 1.2.2.3. Tratamento do Cancro do Colo do Útero

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2007), os exames pré-terapêuticos que podem ser realizados para o exame clínico são o exame físico e o exame ginecológico com avaliação dos parâmetros.

As técnicas usadas com a finalidade de determinar o diagnóstico são a Colposcopia, Biópsia, Curetagem endocervical e a Conização. E os exames auxiliares utilizados são a Urografia endovenosa, a Cistoscopia, a Rectosigmoidoscopia e o Raio-X ao tórax. Existem também exames opcionais, tais como, o TAC (Tomografia Axial Computadorizada) abdominopélvico com contraste, a RMN (Ressonância Magnética Nuclear), o PET (Tomografia por emissão de pósitrons), a Ultrassonografia, o Cintilograma ósseo, e a Laparoscopia. Como análises gerais, de escolha opcional, temos a Contagem de Células Somáticas (CCS).

Devido aos inúmeros protocolos existentes acerca do tratamento do carcinoma invasivo do colo do útero apenas deixaremos aqui uma pequena abordagem ao tratamento primário.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2007) o tratamento primário do CCU quando se encontra nos estádios iniciais é feito através da cirurgia ou da radioterapia.

Actualmente existe um consenso, após resultados de vários ensaios clínicos randomizados, que a quimioradioterapia em simultâneo deve ser o tratamento de eleição para os estádios IIB, III e IVA. Existe uma opinião comum quanto à utilização da cirurgia no tratamento dos carcinomas que se encontram nos estádios IA, IB1 e IIA com lesão igual ou menor que 4cm.

Não existe uma opinião unânime em relação à terapêutica adequada para as mulheres com carcinomas classificados no estádio IB2 e IIA com lesão acima de 4cm, preferindo, a maioria dos profissionais, realizar tratamento com quimioradioterapia, seguindo o mesmo esquema terapêutico usado para os estádios mais avançados. Outros consideram que, desde que não exista suspeita de metastização nos gânglios lomboaórticos ou invasão da parede vaginal anterior, a realização de uma histerectomia radical com linfadenectomia pélvica e uma terapêutica adjuvante em função dos achados cirúrgico-patológicos, é o mais indicado (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2007: 6).



Segundo o mesmo autor, existem pesquisas que demonstram que, este é o método onde se verificam melhores resultados no tratamento do adenocarcinoma do colo nestes estádios.

A escolha cirúrgica é preferencial em mulheres com patologia inflamatória pélvica, problemas anatómicos que dificultam a realização de uma radioterapia em condições apropriadas e na presença de massa pélvica não diagnosticada.

Outra escolha terapêutica que pode ser considerada é a realização de uma “quimioterapia neoadjuvante, seguida de histerectomia radical com linfadenectomia pélvica e radioterapia complementar, em função dos achados cirúrgico-patológicos.

Em 2003, a Sociedade Portuguesa de Ginecologia divulgou os resultados de um ensaio com mulheres com carcinoma do colo no estágio IB2. Um dos grupos foi tratado unicamente com radioterapia e o outro grupo com uma dosagem de radioterapia que possibilitava efectuar logo de seguida uma histerectomia extrafascial. Os resultados obtidos demonstraram uma percentagem baixa de recidiva local no segundo grupo (27% vs 14% aos 5 anos), apesar de o resultado global em termos de sobrevida não fosse estatisticamente significativo (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2007).

### 1.3.Custo-efectividade da Prevenção do Cancro do Colo do Útero

Um dos mecanismos para a prevenção primária e secundária do CCU é a vacinação e o rastreio da população, respectivamente.

A política de vacinação deve ser determinada em cada país e levar em consideração a dimensão da doença, a estrutura dos sistemas de saúde, a capacidade de iniciar e manter um programa de vacinação, a acessibilidade e a relação custo-efectividade comparativamente ao Rastreio.

Muitos países desenvolvidos obtiveram grandes reduções na mortalidade por CCU como resultado dos programas de rastreio pelo exame Papanicolaou. Nesses países, a expectativa dos benefícios com a introdução da vacina inclui a redução da morbilidade e dos custos associados com o seguimento de doentes com lesões cervicais, tratamento de NIC II e III, adenocarcinoma *in situ* e cancro. A situação é bastante diferente nos países onde o rastreio não é realizado ou é de forma limitada. Nesses locais, a potencial redução das mortes por CCU parece ser o maior benefício da vacinação (Marti, 2007).

Através dos estudos de Anonychuk, et al., (2009) no Canadá, concluiu-se que a imunização de pré-adolescentes (12 anos) do sexo feminino com uma vacina contra o CCU é eficaz na redução da doença e das mortes e, tem uma relação de custo-efetividade superior quando comparada com a utilização apenas do rastreio. No entanto, o custo-benefício é altamente influenciado pela duração da protecção da vacina.

Nos Estados Unidos da América, cada dose da vacina quadrivalente custa aproximadamente 120 dólares e na União Europeia, 96 euros. Esses valores não incluem outros custos associados à prática da vacinação. Os custos e benefícios da vacinação necessitam ser estimados e comparados com outras potenciais intervenções.

Uma análise das opções de controle do CCU no Brasil, país onde o rastreamento ainda é deficiente e a cobertura é limitada, constatou que ao preço de 100 dólares por dose, a vacina não parece ser eficaz em termos de custos, quando comparados com o rastreio por exame Papanicolaou três vezes na vida. Para os países mais pobres, com um produto interno bruto

menor que 1.000 dólares per capita, o custo por dose pode precisar ser tão baixo quanto 1 ou 2 dólares para tornar a vacinação custo-efectiva (Instituto Nacional de Câncer, Brasil, 2009).

#### **1.4.Custos Do Tratamento Da Doença**

A economia da saúde define-se como a aplicação do conhecimento económico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços de saúde, ou, ainda, o estudo das condições óptimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta os meios e recursos limitados (Del Nero, 2002).

Ao longo dos anos, a qualidade na saúde em Portugal tem vindo a aumentar, o que se traduz num aumento da esperança média de vida. Tal melhoria parece estar intimamente relacionada com o aumento dos recursos humanos, materiais e financeiros disponibilizados aos cuidados de saúde, assim como à melhoria generalizada das condições sócio-económicas da população (Barros e Simões, 2007).

Em Portugal, tal como noutros países europeus, o orçamento do sector público em geral – incluindo o orçamento para a saúde – devido à situação de crise que se vive, está sujeito a contenção. Neste momento, existem várias alterações no sector da saúde em Portugal, com grande incidência no sector do medicamento, como por exemplo, redução dos preços dos medicamentos, comercialização de medicamentos não sujeitos a recita médica fora das farmácias, alterações na gestão das infra-estruturas de saúde pública, incentivos ao genéricos, alterações dos níveis de participações do estado, e por diante (Araújo, et al., 2009).

A situação causada pelas alterações demográficas e a elevada prevalência de determinadas patologias - como o cancro - associadas ao acréscimo na utilização de novas tecnologias e medicamentos, coloca os *decisores* numa posição onde é necessário definir prioridades. O

Ministério da Saúde, no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS-2004-2010), considerou o cancro como uma das principais prioridades na saúde.

Dada a importância atribuída à área oncológica no PNS 2004-2010, antes de serem implementadas determinadas medidas é necessário verificar a sua viabilidade nomeadamente a nível dos custos directos associados ao tratamento da doença, onde os custos directos se referem aos recursos destinados à prevenção, detecção, tratamento, etc. (Araújo, *et al.*, 2009). Os custos de uma determinada doença prendem-se, de entre outros e sobretudo com as despesas decorrentes da hospitalização, ou seja, internamento, cuidados ambulatoriais e tratamento farmacológico. Para além destes factores também são a considerar os indicadores da carga de doença, ou seja, a prevalência e a mortalidade. (Araújo, *et al.*, 200; Jonsson e Wilking, 2007).

De um modo geral os indicadores de saúde permitem analisar a situação actual de saúde, fazer comparações e avaliar mudanças ao longo do tempo. (Vaughan e Morrow, 1992).

Um dos indicadores de carga de doença mais habitualmente utilizados é os anos de vida perdidos devido a mortalidade prematura e número de anos vividos com incapacidade, comumente designado por DALYs (Disability-adjusted life-year) (Araújo, *et al.*, 2009).

Outra forma de avaliar, uniformemente e internacionalmente, os custos com a doença, é baseada nos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDHs) (Borges *et al.*, 2011).

Em Portugal não existem facilmente disponíveis dados para a realização do cálculo real dos custos do cancro, contudo é possível fazer um cálculo aproximado tendo por base os episódios de internamento, o número de consultas médicas e o custo dos medicamentos utilizados fora do hospital. Desta forma, num estudo realizado pela Acta Médica Portuguesa, baseado em dados de 2006, constatou-se que foram gastos 565 milhões de euros em termos de gastos directos com o tratamento do cancro em Portugal, o que representa 3,91% dos gastos totais na saúde (Araújo, *et al.*, 2009).

Os custos do tratamento do CCU não são susceptíveis de se manter constantes, especialmente em países onde a população está a envelhecer e a expectativa de vida está a aumentar. Os

custos indirectos tais como, tempo e custos de viagem devem aumentar razoavelmente, bem como os custos para o tratamento de pré-cancro cervical invasivo e efeitos colaterais do CCU.

Alguns estudos disponíveis demonstraram que os custos indirectos podem representar cerca de 70% a 80% dos custos totais do cancro. Entretanto. Espera-se que o montante atribuído aos custos directos do cancro possa aumentar dentro de um determinado tempo, à medida que as opções terapêuticas evoluem (Jonsson e Wilking 2007).

Contudo, não deixa de ser importante analisar os custos e tentar discernir os efeitos da implementação de programas de prevenção do CCU.

Este estudo centra-se nos custos directos associados ao tratamento do CCU, onde os custos directos se referem ao diagnóstico e tratamento (procedimento) do CCU.

### **1.4.1. Grupos de Diagnósticos Homogéneos**

Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos caracterizam-se por ser um sistema de classificação que tem como finalidade agrupar os doentes segundo as suas semelhanças clínicas e os recursos hospitalares consumidos. Este tipo de codificação tem como objectivo o tratamento equitativo entre os doentes pertencentes ao mesmo grupo. Encontra-se associado a cada grupo de doentes um peso relativo, ou seja, um coeficiente de ponderação que se baseia na relação entre os custos de tratamento de um doente pertencente a um determinado GDH e o custo médio do doente típico a nível nacional. Neste tipo de classificação estão representadas variáveis como o diagnóstico, os procedimentos, sexo, idade, entre outras (Borges *et al.*, 2011; Urbano & Bentes; Averill *et al.*, 1985; Averill *et al.*, 1984; Davies *et al.*, 1984). A base de dados dos GDHs contém 491 grupos definidos a partir de uma ou mais das seguintes variáveis: diagnóstico principal, intervenções cirúrgicas, diagnósticos secundários (patologias associadas e complicações), idade, sexo e destino após a alta, que caracterizam os doentes tratados e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital (Urbano & Bentes; Fetter *et al.*, 1985; Fetter e Freeman, 1983).

Os GDHs foram desenvolvidos pela Universidade de Yale, nos EUA com o objectivo de servirem de bases de dados relativas a tempos médios de internamento esperados, ou seja, identifica as variáveis com efeitos significativos no consumo de recursos no internamento.

Após terem sido revistos por um painel de médicos chegou-se a uma primeira versão dos GDHs que integrava 33 grupos e 54 Grandes Categorias de Diagnósticos (GCD). Ao longo dos anos foram criadas várias versões deste tipo de bases de dados sendo que a última versão (11.0) de 1993 culminou num conjunto de 25 GCD e de 491 GDHs (Fetter *et al.*, 1980; Mullin, 1983; Mullin, 1985; Rodrigues; 1983).

Este sistema de classificação foi adoptado em Portugal em 1984 numa colaboração conjunta entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Yale. Para a implementação deste projecto foi definido um plano de trabalho que consistia em:

- Testar a possibilidade técnica de formar GDH, a partir da informação contida nos resumos de alta dos hospitais portugueses do SNS;
- Avaliar a consistência técnica dos GDH portugueses; se as relações entre as variáveis que definem os grupos (diagnósticos, intervenções, idade, sexo, destino após a alta);
- Desenvolver um modelo de determinação de custos para os hospitais portugueses do SNS;
- Desenvolver um sistema de informação baseado nos GDHs.

Depois deste período em 1985, após terem sido identificados os problemas com a base de dados inicial, a Universidade de Yale cria uma segunda base de dados que acaba por ser implementada em Portugal contendo a seguinte informação:

- Resumos de alta relativos a todos os doentes saídos durante um ano;
- Elementos contabilísticos relativos às despesas por centro de custos;
- Indicador que permitissem separar os custos dos doentes internados e em ambulatório;

- Indicadores para a imputação de custos iniciais e finais (indirectamente relacionados com o tratamento de doentes).

Tendo por base os dados anteriores entre 1987 a 1994 foram desenvolvidos novos sistemas de financiamento do internamento hospitalar que acabou por se definir como o custo médio por doente e o custo médio por doente a nível nacional. Actualmente existem em Portugal 489 GDH que se encontram agrupados em 25 GCD (Urbano, 1986; Urbano *et al.*, 1988).

A atribuição dos GDHs, em Portugal, é realizada a nível hospitalar, por médicos que possuem formação específica de codificação clínica, ministrada pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (CHBM, 2011).

## **1.5.Contextualização Do Hospital Nossa Senhora Do Rosário**

O HNSR encontra-se inserido no Centro Hospitalar Barreiro Montijo (CHBM) juntamente com o Hospital Distrital do Montijo. O Centro como entidade pública empresarial (E.P.E), foi criado em 2009 sendo constituído por 35 valências clínicas nomeadamente ao nível da assistência de Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária e ainda assegura, praticamente, todos os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica decorrentes dos serviços prestados. Abrange particularmente a população dos concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, com uma população de cerca de 200 mil habitantes (INE, Censos de 2001).

Quando o HNSR foi inaugurado a 18 de Janeiro de 1959, consistia numa estrutura pequena e pouco diferenciada (com apenas 115 camas) quanto à sua prestação de serviços, este hospital que era dirigido pela Santa Casa da Misericórdia funcionou por um período de quase 30 anos. Posteriormente, em 1985 foi inaugurado o edifício onde actualmente funciona o hospital. Em 2005, esta instituição passou a ser uma entidade pública empresarial, alterando o seu nome para Hospital de Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. (CHBM, História, 2011) (Pais, 1966).

O HNSR dispõe de 28 serviços: Anatomia Patológica, Anestesiologia, Bloco Operatório, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia de Ambulatório, Cirurgia Plástica, Consulta Externa, Ginecologia, Imagiologia, Imunohemoterapia, Medicina Interna, Medicina Física e Reabilitação, Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radioterapia, Unidade de Cuidados intensivos, Unidade de Cuidados Paliativos, Urgência Geral, Urgência Ginecológica e Obstetrícia, e Urologia; e de 6 serviços de apoio à acção médica: Esterilização, Farmácia, Gabinete do Utente, Gestão de Doentes, Nutrição e Dietética e Serviço Social.

A Unidade Oncológica do HNSR tem como objectivo fundamental a prestação de cuidados diferenciados a todos os doentes portadores de tumores malignos. Compete-lhe, deste modo, o exercício especializado nas áreas do diagnóstico, tratamento, vigilância e cuidados paliativos do doente oncológico. A Unidade Oncológica deve garantir a continuidade dos cuidados prestados aos doentes, cabendo-lhe o papel de coordenação da globalidade dos procedimentos



de diagnóstico e tratamento estabelecidos para cada doente. Actualmente a Unidade conta com 5 Oncologistas em tempo completo, 1 Hematologista em tempo parcial (16 horas semanais) e 2 Anestesiologistas. Dispõe ainda de 9 Enfermeiros, 3 auxiliares de acção médica e 5 secretárias de Unidade, que asseguram o núcleo vital de organização das actividades da Unidade e a manutenção de um arquivo clínico e de imagem próprio. Conta, desde Agosto de 2007, com a colaboração de 3 Pneumologistas para observação dos doentes com tumores do pulmão, que passaram a ser considerados doentes da Unidade, de acordo com protocolo acordado pelos responsáveis dos Serviços envolvidos. Deveria dispor ainda de apoio de Psicólogo, Nutricionista e Assistente Social, mas a disponibilidade temporal destes elementos é claramente insuficiente para as necessidades.

A Unidade dispõe actualmente de seis gabinetes de consulta, 9 camas de internamento arquivo, duas salas para administração de citostáticos com a lotação, respectivamente, de 8 cadeirões e 3 camas, sala de preparação, sala de reuniões e biblioteca, secretariado, sala de espera e sala de tratamentos e pensos onde se fazem as colheitas de produtos para análises clínicas.

Em 2006, a Unidade realizou mais de 9000 consultas de Oncologia, das quais 460 corresponderam a novos doentes, 600 consultas de Tratamento da Dor e perto de 6900 sessões de Hospital de Dia e técnicas de tratamento da dor. No Internamento foi responsável por cerca de 300 doentes saídos, com uma demora média de 9,6 dias. Este serviço realiza todo o tipo de tratamentos anti-neoplásicos, de acordo com o estado-de-arte, e algumas técnicas, como por exemplo: os mielogramas e as biopsias ósseas.

O serviço de Anatomia Patológica do HNSR efectua o diagnóstico morfológico (citológico, histológico, imunocitoquímico e necrópsico) no âmbito hospitalar e dos Centros de Saúde da área. Este serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar: 4 médicos anatomo-patologistas; 6 técnicos de diagnóstico e terapêutica; 3 assistentes operacionais; 2 assistentes técnicos. A Anatomia Patológica coordena o registo oncológica do hospital no Registo Oncológico Regional (ROR-Sul), e realiza varias actividades, entre as quais:

Sector de citologia:

- Consulta de Citologia Aspirativa: em média são realizadas 335 por ano;

- Citologia Esfoliativa (ginecológica e outra): em 2001 iniciou um protocolo com seis Centros de Saúde da área para a realização de um “Rastreo oportunista” do CCU, em citologia convencional com o objectivo de contribuir para o diagnóstico precoce. No final de 2010 todos os Centros de Saúde da área de Influência do CHBM estão abrangidos pelo mesmo protocolo.

Sector de Histologia:

- Exames per-operatórios: protocolo do gânglio sentinela (no carcinoma mamário);
- Outros: (biopsias; peças cirúrgicas).

Sector de Imunohistoquímica:

- Sistema de marcação automática;
- Painel em expansão com 52 anticorpos.

Sector de Autópsias:

- Autópsias anatomo-clínicas
- Autópsias médico-legais (responsabilidade do Ministério Público).

O Serviço de Radioterapia proporciona os melhores cuidados de saúde nesta área de tratamento aos doentes do foro oncológico. A sua actividade assenta, fundamentalmente, na avaliação e orientação clínica do doente oncológico, em complementaridade com as restantes especialidades médicas envolvidas, das quais se destacam a Cirurgia e a Oncologia Médica, e posteriormente na execução do planeamento e tratamento de Radioterapia proposto, dentro dos mais elevados padrões de qualidade actualmente existentes. Este serviço dispõe, de dois aceleradores linear, um simulador, um sistema de planeamento computadorizado tridimensional, e equipamento de tomografia computadorizada com módulo de aquisição de imagem 4D, o que proporciona ao serviço os meios necessários à realização de técnicas de radioterapia de intensidade modelada, radioterapia por imagem guiada, e radioterapia em fase de ciclo respiratório “gating radiotherapy”. Estas técnicas, entre outras mais-valias, permitem a

escalada de dose em radioterapia, representando um ganho terapêutico significativo através da possibilidade de elevar a dose debitada ao tumor, ao mesmo tempo que os órgãos vizinhos, isto é, os tecidos normais, são poupados, havendo assim menor quantidade de efeitos agudos e tardios associados ao tratamento de radioterapia.

O serviço de radioterapia é constituído por 4 médicos, 8 físicos/dosimetristas, 13 terapeutas, 3 enfermeiras, 4 assistentes técnicos e 6 assistentes operacionais.

A localização desta Unidade Hospitalar na Península de Setúbal permite-lhe tratar, para além dos doentes referenciados pelo próprio Centro Hospitalar, os doentes enviados pelo Hospital Garcia de Orta (Almada), Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital Distrital de Santarém, Hospital de Reynaldo dos Santos (Vila Franca de Xira), entre outros.

A Unidade de Cuidados Paliativos constitui uma resposta organizada do Serviço Nacional de Saúde, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), à necessidade de cuidar e apoiar activamente utentes com doença prolongada, incurável e progressiva e as suas famílias.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde os cuidados paliativos são “cuidados globais que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico de vida limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.”

Os cuidados paliativos deverão ter início, o mais precocemente possível no decurso da doença, numa articulação efectiva com os cuidados curativos. Têm como componentes essenciais o controlo de sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional do doente e família, que se prolonga no apoio ao luto, alicerçando-se na comunicação e no trabalho de equipa.

A Unidade dispõe de 10 camas, distribuídas em 6 quartos individuais e 2 quartos duplos, com instalações sanitárias e duches adaptados a pessoas com mobilidade condicionada. Este serviço é constituído por 8 Enfermeiros (6 de cuidados gerais, 2 especialistas em reabilitação);

7 Assistentes Operacionais; 1 Assistente Técnico; 1 Assistente Social; 1 Psicóloga; 1 Nutricionista; 1 Farmacêutica; 1 Fisioterapeuta; 1 Terapeuta Ocupacional; 1 Guia Espiritual.

O Gabinete de GDH do HNSR tem como objectivos principais:

- ✓ Garantir a totalidade da codificação de diagnósticos, procedimentos e de todo o tipo de informação passível de ser codificada, transpondo fielmente essa informação para os processos clínicos;
- ✓ Garantir o registo correcto na aplicação informática criada para esse efeito (webgdh);
- ✓ Asseverar o agrupamento da informação nos respectivos GDHs segundo as regras do agrupador em vigor;
- ✓ Fazer o tratamento dos dados de modo a proporcionar a facturação dos procedimentos praticados;
- ✓ Permitir o tratamento estatístico e a utilização da informação para na investigação, sempre que for devidamente autorizado e respeitando sempre as normas de protecção de dados pessoais.

A codificação clínica dos episódios de internamento e ambulatorios médico e cirúrgico em GDH são recebidos no Gabinete de GDH, com excepção dos episódios que se encontram fora do que está definido pela ACSS, ou seja, aqueles casos com permanência em SO, episódios de internamento inferiores a 24h, hospitais que não possuem código para ambulatório médico, etc. Esses dados são recolhidos em bases de dados mas não são incluídos na facturação através de codificação clínica. Os episódios codificados devem ser realizados segundo as regras da Classificação Internacional de Doenças 9ª Revisão, Modificação Clínica (CID-9-MC) (CHBM, Gabinete de GDH-regulamento interno, 2011).

## **2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

### **2.1. Metodologia**

Foi realizado um estudo Descritivo retrospectivo de neoplasia maligna do colo do útero, no HNSR no período de 2006 a 2010. Os dados obtidos são referentes às listas de episódios dos utentes que receberam tratamento para neoplasia maligna do colo do útero no HNSR, a nível de Cirurgia de Ambulatório (CA), Ambulatório Médico (AM) e Internamento (I), entre o período de 1 de Janeiro de 2006 a 31 de Dezembro de 2010.

#### **2.1.1. População em Estudo**

A população em estudo são todos os casos de neoplasia maligna do colo do útero do HNSR, que realizaram tratamentos a nível de CA, AM e I, entre os anos 2006 e 2010.

O total de casos estudados foi de 110 utentes com idades compreendidas entre os 32 e os 88 anos.

#### **2.1.2. Recolha de Dados**

Para a recolha dos dados foi, previamente, feito um pedido de autorização para a realização deste estudo, endereçada à Exma. Presidente do Conselho de Administração do CHBM, E.P.E., solicitando a colaboração do Gabinete de G.D.H., a fim de facultar a lista dos totais de utentes diagnosticados com neoplasia maligna do colo do útero, bem como os tratamentos aplicados, entre os anos 2006 e 2010. Este pedido foi feito a 21 de Julho de 2011, tendo obtido resposta positiva para a realização do estudo a 20 de Outubro de 2011.

Assegurei a manutenção da confidencialidade das listas obtidas com garantia de total anonimato.

A recolha dos dados foi realizada com base nos GDHs facultados pelo HNSR. Para a identificação dos GDHs dos diagnósticos obtidos e dos procedimentos realizados aos utentes do HNSR, foi necessário consultar a CID-9-MC. Os códigos de GDHs para a neoplasia maligna do colo do útero vão do 179 ao 180. inclusive.

Os dados recolhidos foram analisados e tratados através de suporte informático com recurso ao programa estatístico IBM SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences), e apresentados com recurso ao programa Excel. A análise dos dados teve em conta as seguintes variáveis:

- Idade (intervalos de 10 anos);
- Procedimentos aplicados aos utentes com neoplasia maligna do colo do útero em 3 áreas: CA, AM e I, para cada ano e no total dos 5 anos;
- Custos dos procedimentos realizados pelos utentes com neoplasia maligna do colo do útero em 3 áreas: CA, AM e I, para cada ano e no total dos 5 anos.

Antes de se proceder à análise dos dados é necessário criar-se um quadro com os conceitos a serem utilizados e as suas respectivas definições, de modo a se poder contextualizar melhor os resultados.

**Quadro 4 – Conceitos e Definições**

Conceito	Definição
Neoplasia maligna do colo do útero	Crescimento celular desordenado e que não é controlado pelo organismo, comprometendo assim os tecidos e os órgãos, neste caso em particular, o órgão afectado é o útero e mais especificamente o colo (Potén <i>et al</i> , 1995; Ministério da Saúde, 1997).
Sistema Internacional de Classificação de Doenças (CID-9-MC)	É um sistema internacional que engloba um “conjunto de <u>códigos</u> de <u>diagnósticos</u> e de <u>procedimentos</u> utilizados para classificação e <u>codificação</u> da informação de morbilidade e mortalidade para fins estatísticos e para indexação dos registos hospitalares por <u>doença</u> e <u>intervenções cirúrgicas</u> , para armazenamento e pesquisa” (Lopes, 2011).
GDH	Sistema de classificação que tem como finalidade agrupar os utentes segundo as suas semelhanças clínicas e os recursos hospitalares consumidos (Silva & Lopes, 2011).
HDI	Sigla que significa que o utente teve origem no Hospital de Dia (Módulo, 2010).
Grande categoria de diagnósticos (GCD)	Sistema orgânico ou etiológico que está geralmente associado a uma especialidade médica em particular. Este tipo de divisão realiza-se consoante o diagnóstico principal sendo o primeiro passo o agrupamento dos episódios de GDH (Borges <i>et al</i> , 2011).
Ambulatório Médico (AM)	Um ou mais actos médicos executados com objectivos terapêuticos e/ou diagnósticos idênticos e que são realizados na mesma sessão de diagnóstico ou terapêutica num período entre as 0 e as 24 horas (Silva <i>et al</i> , 2011).
Cirurgia de Ambulatório (CA)	“Intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, locoregional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada com permanência do doente inferior a 24 horas” (DGS, 2005; Lopes, 2001).
Internamento (I)	“Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas” (DGS, 2005).
Diagnóstico	Conjunto de sintomas e exames que permitem determinar a existência de uma doença (Lopes, 2010).
Procedimento	“Actos terapêuticos, diagnósticos ou profilácticos em Medicina, praticados por pessoal especializado, médico, de enfermagem, ou técnico; podem ser cirúrgicos, radiológicos, laboratoriais e outros” (Lopes, 2010).
Lista de episódios reduzida	Lista dos episódios ocorridos onde está expresso apenas um conjunto mínimo de dados.
Nº de processo	Número sequencial e identificativo de um conjunto de documentos que correspondem a um episódio de internamento hospitalar. Noutros casos corresponde ao número do doente (Lopes, 2010; Lopes, 2001).
Nº de sessão	Número de episódios interventivos por utente assistido em unidades de hospital de dia.

	Corresponde a períodos de 4 horas o que implica a permanência durante uma manhã ou tarde (INE, 2003; DGS e INE, 2005).
Nº de episódios	Número sequencial aplicado ao “período que decorre desde a primeira comunicação de um problema de saúde ou doença a um prestador de cuidados, até à realização do último encontro respeitante a esse mesmo problema ou doença (INE, 2005).
Data de admissão	Data de início de um episódio de internamento em estabelecimentos de saúde que possuam este tipo de serviço. É sinónimo de data de entrada (Lopes, 2002).
Data de intervenção	Data na qual vai ocorrer a intervenção cirúrgica programada.
Data de sessão	Data das intervenções realizadas em utentes assistidos em hospital de dia.
Tempo de Internamento (TI)	Números de dias utilizados pelo doente internado, desde o dia de admissão e ignorando o dia de alta, neste período não estão incluídos os dias de estadia no serviço de observações (SO) do serviço de Urgência. Esta última contagem só é incluída para efeito de agrupamento dos utentes em GDH (IGIF, 2002).
Complicação ou comorbilidade (CC)	Diagnóstico adicional que significa um agravamento clínico da situação do doente e que possui como consequência um maior consumo de recursos (Silva e Lopes, 2011).
Custos directos	Custos associados aos diagnósticos e procedimentos para o tratamento da neoplasia maligna do cancro do colo do útero.
Custos indirectos	Custos referentes à incapacidade de produção pelo doente, da morbilidade associada à doença, do tratamento e da mortalidade em si (Bittencourt, <i>et al.</i> , 2004).



### **2.1.3. Análise dos Dados**

Os dados fornecidos pelo HNSR foram tratados estatisticamente, com recurso ao programa SPSS, onde foram calculadas as medidas estatísticas (média, moda, mediana, e desvio padrão) das variáveis em estudo e os somatórios dos custos de cada componente (CA, AM e I) por cada ano e nos 5 anos. Consultou-se os códigos dos GDHs, dos diagnósticos e procedimentos realizados às utentes com neoplasia maligna do colo do útero, na CID-9 e, ainda, a Portaria n° 839-A de 31 de Julho de 2009 para a identificação da tabela de preços praticada ao nível de CA, AM e I.

Apesar da tabela de preços que consta na Portaria n° 839-A de 31 de Julho de 2009 ser referente ao ano de 2009, considerou-se que, para os anos anteriores a este os preços praticados seriam os mesmos.

Para a análise dos dados considerou-se o 1º diagnóstico da neoplasia maligna do útero, no qual estão incluídos novos casos, casos em seguimento, casos de recidivas e casos de complicações da neoplasia ou complicações dos tratamentos.

## **2.2. Resultados**

A população de utentes admitidos no HNSR com neoplasia maligna do colo do útero é constituída por um total de 110 utentes com idades compreendidas entre os 32 e os 88 anos, sendo a média, a moda e a mediana das idades 57, 66 e 55 anos, respectivamente.

Segue-se a apresentação dos resultados para cada componente do tratamento da neoplasia maligna do colo do útero:

### **2.2.1. Cirurgia de Ambulatório**

Analisando a tabela 1, verificou-se que o total de casos registados em cirurgia de ambulatório foi 3. Apenas 2 utentes foram diagnosticadas e tratadas, sendo que uma foi intervencionada em dois anos diferentes. A *utente A* foi submetida a cirurgia em 2007 e 2008 com o mesmo diagnóstico (doença no trato urinário) mas realizou dois procedimentos diferentes. Relativamente ao procedimento em 2007, efectuou uma “remoção do tubo de ureterostomia e do cateter ureteral”, o qual teve um custo de 1.777.03€, e em 2008 realizou um “pielograma retrógrado”, sem qualquer custo pois foi realizado em ambulatório.

Em 2009, à *utente B* com 37 anos foi diagnosticada doença maligna do aparelho reprodutor feminino, com complicação ou co-morbilidade. Neste caso o procedimento realizado foi um “cateterismo ureteral”, que não teve qualquer tipo de custo. Se estes procedimentos não fossem realizados em ambulatório teriam um custo de 2.427.64€, 1.911.49€ e 2.673.02€ respectivamente. Nos anos de 2006 e 2010 não foi verificado nenhum registo como se pode verificar na tabela 1.

No período de 2006 a 2010, o custo total do tratamento da neoplasia maligna do colo do útero a nível da cirurgia de ambulatório foi 1.777.03€.

**Tabela 1** – Utentes de cirurgia de ambulatório entre os anos 2006 a 2010.

Ano	U	Id	GDH	Diagnóstico	Procedimento		Preço (€)
					1º	2º	
2006	-	-	-	-	-	-	-
2007	A	80	305	Outras aberturas artificiais do trato urinário	Remoção do tubo de Ureterostomia e do cateter ureteral	Nefrostomia percutânea sem fragmentação	1.777.03
2008	A	80	331	Outras aberturas artificiais do trato urinário	Pielograma Retógrada	Substituição do tubo de Ureterostomia	-
2009	B	37	366	Outros locais especificados do colo do útero	Cateterismo ureteral	-	-
2010	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1.777.03</b>

Legenda:

(-) – Sem valores

U – Utente

Id – Idade

Relativamente às medidas estatísticas (tabela 2) verificou-se que, em média foram diagnosticadas 0,6 utentes por ano, sendo a média e a mediana das idades aproximadamente 59 anos. Quanto aos diagnósticos, foram realizados em média 0,6 diagnósticos por ano e 1 por utente e, quanto aos procedimentos, foram efectuados em média 1 por ano e aproximadamente 2 por utente. O custo médio desses procedimentos foi sensivelmente 355€.

Quanto á moda das idades, esta pode ser considerada unimodal pois só existe um valor que é 80 anos. A moda dos diagnósticos por ano e por utente é a mesma, ou seja, “outras aberturas artificiais do trato urinário”. Relativamente aos procedimentos, a moda relativamente aos anos é “remoção do tubo de ureterostomia e do cateter ureteral” e, por utente é

“remoção/substituição do tubo de ureterostomia”. A moda e a mediana dos custos foram de 1.777.03€.

O desvio padrão da população é de  $\pm 1$  para a variável idades e para as restantes variáveis não é possível calcular esse valor.

**Tabela 2** – Registo dos valores da média, moda, mediana e desvio padrão entre os anos 2006 a 2010.

Medidas Estatísticas	Utentes p/ ano	Idade	Diagnósticos		Procedimentos		Custos (€) p/ procedimento
			p/ ano	p/ utente	p/ ano	p/ utente	
Média	0,6	58,5	0,6	1	1	1,7	355.406
Moda	2007, 2008 e 2009	80	Outras aberturas artificiais do trato urinário		Remoção do tubo de Ureterostomia e do cateter ureteral	Remoção/ Substituição do tubo de Ureterostomia	1.777.03
Mediana	-	58,5	-	-	-	-	1.777.03
Desvio Padrão	-	1,0	-	-	-	-	-

Legenda:

(-) – Sem valores

### 2.2.2. Ambulatório Médico

Analisando a tabela 3, verificou-se que o total de casos registados em ambulatório médico foi 5, visto que no ano de 2010 a mesma utente (*E*) foi intervencionada 3 vezes. A faixa etária das utentes *C*, *D*, e *E* situa-se acima dos 50 anos sendo respectivamente de 68, 55 e 51 anos. Todas as utentes tiveram o mesmo diagnóstico e procedimento, ou seja, “encontro de quimioterapia antineoplásica” e “injecção/infusão de substância quimioterapêutica contra o cancro”, respectivamente. O preço deste tipo de tratamento a nível de ambulatório é de 533.43€, sendo que, no total dos 5 procedimentos realizados no período de 2006 a 2010 o custo total foi 2.667.15€.

**Tabela 3** – Utentes de ambulatório médico entre os anos 2006 a 2010.

Ano	U	Id	GDH	Diagnóstico	Procedimento	Preço (€)
2006	-	-	-	-	-	-
2007	-	-	-	-	-	-
2008	-	-	-	-	-	-
2009	<i>C</i>	68	410	Encontro de quimioterapia antineoplásica	Injecção ou infusão de substância quimioterapêutica contra o cancro	533,43
	<i>D</i>	55	410	Encontro de quimioterapia antineoplásica	Injecção ou infusão de substância quimioterapêutica contra o cancro	533,43
2010	<i>E</i>	51	410	Encontro de quimioterapia antineoplásica (3 vezes)	Injecção ou infusão de substância quimioterapêutica contra o cancro (3 vezes)	533,43 (3 vezes)
Total	5	-	-	5	5	2667,15

Legenda:

(-) – Sem valores

U – Utente

Id – Idade

Relativamente às medidas estatísticas referentes aos dados do ambulatório médico, verificou-se, como se pode ver na tabela 4, que a média de utentes por ano é de aproximadamente 1, e a média de idades situa-se nos 58 anos. O número de diagnósticos e procedimentos realizados por ano é em média 1, enquanto que, por utente é de aproximadamente 2. Os custos associados aos procedimentos realizados foram em média 533.43€, e o mesmo acontece para a moda e mediana.

Quanto à moda verificou-se que o maior número de utentes atendidos por ano ocorreu em 2009. A moda dos diagnósticos por ano e por utente foi o “encontro de quimioterapia antineoplásica”, e a moda dos procedimentos efectuados foi a “injecção/infusão de substância quimioterapêutica contra o cancro”.

Em relação à mediana, o valor obtido para as idades foi de 55 anos e para os custos foi 533.43€.

Quanto ao desvio padrão, o valor que foi possível calcular foi o das idades que corresponde a  $\pm 1,1$ , sendo que para os custos não foi possível calcular pois, matematicamente é impossível.

**Tabela 4** – Registo dos valores da média, moda, mediana e desvio padrão entre os anos 2006 a 2010.

Medidas Estatísticas	Utentes p/ ano	Idade	Diagnósticos		Procedimentos		Custos (€) p/ procedimento
			p/ ano	p/ utente	p/ ano	p/ utente	
Média	0,6	58	1	1,7	1	1,7	533,43
Moda	2009	51,55 e 68	Encontro de quimioterapia antineoplásica		Injecção ou infusão de substância quimioterapêutica contra o cancro		533,43
Mediana	-	55	-	-	-	-	533,43
Desvio Padrão	-	1,1	-	-	-	-	-

Legenda:

(-) – Sem valores

### 2.2.3. Internamento

Analisando as tabelas 5 e 6 referentes ao internamento, ao longo dos 5 anos verificaram-se 75 registos, uma vez que, em mais do que uma ocasião a mesma utente foi internada em períodos diferentes. Verificou-se que no internamento, em todos os anos em estudo, foram diagnosticadas e tratadas utentes com neoplasia maligna do cancro. Verificou-se que o tempo de internamento de todos os casos esteve dentro do intervalo do limite inferior e limite superior estipulado.

Para melhor compreensão, apresenta-se os resultados do internamento por ano:

- **2006**

Casos: Verificaram-se 17 casos, todavia, existiram casos que eram reincidentes e não novos casos. As *utentes F* e *N* foram internadas 2 vezes, a *utente R* foi 3 vezes e as restantes utentes apenas ficaram internadas 1 vez. A *utente R* pode ser considerada como a moda por ser, de todas as utentes, a que mais vezes foi internada.

Idades: Uteses internadas com idades compreendidas entre os 32 e os 81 anos sendo que a média foi de 51 anos, aproximadamente. A frequência das idades foi a mesma por isso pode-se considerar que a moda são todas as idades das utentes internadas. A mediana corresponde a 47 anos e o desvio padrão a  $\pm 17$ .

Diagnósticos: Foram realizados um total de 17 o que corresponde a uma média de 1 diagnóstico por utente, sendo que a moda dos diagnósticos foi doença maligna do aparelho reprodutor feminino, com CC.

Procedimentos: Foram efectuados 37, numa média de 3 por utente, mas houve casos em que foi realizado apenas 1 ou 2 procedimentos. O procedimento realizado com maior frequência foi a transfusão de hemácias.

Tempo de internamento: O TI de todos os casos registados foi 94 dias, o que em média, corresponde a 7 dias de internamento por utente. A moda do tempo de internamento foi 1 e 5 dias, a mediana foi de 5 e o desvio padrão  $\pm 2,2$  dias.

Custos: O custo total do tratamento da neoplasia maligna do colo do útero foi de 50.223.30€, o que em média corresponde a 1.357.39€ por procedimento/TI.

▪ **2007**

Casos: Registaram-se 27 casos embora alguns fossem reincidentes. A *utente G* que tinha sido internada em 2006, volta a ser internada em 2007, por 3 vezes, numas das quais com o mesmo diagnóstico de 2006, ou seja, doença maligna do aparelho reprodutor feminino com CC. No total dos 3 internamentos realizou 7 procedimentos.

A *utente I* também é um caso reincidente, tendo sido internada com o mesmo diagnóstico do ano anterior, ou seja, “hidronefrose”. Apesar do diagnóstico ser o mesmo, esta utente realizou procedimentos diferentes. Em 2006 efectuou um “cateterismo ureteral” e em 2007 “outras cistoscopias” e um “pielograma retrógrado”.

A *utente P* foi internada nos dois anos (2006 e 2007) mas, em ambos foi diagnosticada com patologias diferentes o que conduziu a que tivesse realizado procedimentos também diferentes.

A *utente A* foi internada e intervencionada a nível de cirurgia de ambulatório, mas com diagnósticos diferentes, e dos procedimentos realizados só houve um em comum, a “nefrostomia percutânea sem fragmentação”.

A *utente V* foi internada 2 vezes com diagnósticos e procedimentos diferentes e, a *utente X* foi internada 4 vezes no mesmo ano.

Idades: Utentes internadas com idades compreendidas entre os 32 e os 87 anos, sendo que as idades mais recorrentes foram os 50 e 78 anos. A média desta variável é de 56 anos, a mediana é 50 e o desvio padrão é  $\pm 19,4$ .

Diagnósticos: O número total foi de 27 diagnósticos, sendo o mais frequente “outros locais especificados do colo do útero”. Em média foi atribuído um diagnóstico por utente.

Procedimentos: Foram realizados um total de 68 que em média corresponde a 3 procedimentos por utente. A moda dos procedimentos foi o “exame microscópico de sangue e outros exames microscópicos”.



Tempo de internamento: Em média o TI das utentes foi de 13 dias e o seu desvio padrão foi  $\pm 2,2$ . No total, foram internadas, em média, uma utente por mês.

Custos: O custo total do tratamento da neoplasia maligna do colo do útero foi 145.109.03€, o que em média corresponde a 2.133.96€ por procedimento/TI.

▪ **2008**

Casos: Registaram-se 8 casos, o que corresponde uma média de 1 por cada dois meses, aproximadamente. Neste ano a *utente I* volta a ser internada 2 vezes, numa das quais com o mesmo diagnóstico dos anos anteriores, e na 2<sup>a</sup> vez com diagnóstico diferente mas relacionado - “montagem e ajuste de cateter não vasculares, NEC”. Este foi o caso com maior número de internamentos no mesmo ano.

Idades: A média foi de 56 anos sendo que, nenhuma em particular foi mais frequente, logo pode-se considerar que a moda são todas as idades. A mediana desta variável foi 34 anos e o desvio padrão  $\pm 15,9$ .

Diagnósticos: O número total de diagnósticos foi 8, sendo que o mais frequente foi “outros locais especificados do colo do útero”. Em média foi atribuído 1 diagnóstico por utente.

Procedimentos: Realizaram-se um total de 22 procedimentos, sendo que, em média realizaram-se 3 procedimentos por utente. Os procedimentos mais frequentes foram: “outras cistografias”; “pielograma retrógrado” e “tomografia axial computadorizada do abdómen”.

Tempo de internamento: Em média o TI foi 14 dias, sendo o TI mais frequente 2 dias, a mediana 8 dias e o desvio padrão  $\pm 4,1$ .

Custos: O custo total do tratamento da neoplasia maligna do colo do útero foi 90.544.70€, o que em média, corresponde a 4.115.70€ por procedimento/TI.

▪ 2009

Casos: Registaram-se 17 casos de neoplasia maligna do colo do útero. Mais uma vez neste ano ocorreram casos de utentes que foram internadas mais do que uma vez e até mesmo de utentes reincidentes em relação a anos anteriores, como é o caso das *utentes I, Z, AJ, D, e A*.

As *utentes A e Z* já haviam sido internadas em 2007 mas com diagnósticos diferentes. Em relação a *utente A*, que já teve 2 episódios em cirurgia de ambulatório nos anos de 2007 e 2008 devido a problemas do tracto urinário, volta ao HNSR em 2009 para ser internada devido a neoplasia maligna do colo do útero.

A *utente D* foi internada no princípio do ano com neoplasia maligna do colo do útero, tendo realizado uma “biopsia”, uma “tomografia axial” e uma “colonoscopia” e, posteriormente, nesse mesmo ano efectuou uma sessão de quimioterapia em ambulatório médico.

A *utente AJ* foi internada em 2008 e em 2009 com diagnósticos diferentes, no primeiro caso com doença maligna do aparelho reprodutor feminino com CC e no segundo caso com “endocolo” e “vírus da imunodeficiência humana (VIH)”.

A *utente AR* foi internada 5 vezes, das quais três delas foram com o mesmo diagnóstico, ou seja, “hidronefrose”. Por ter sido a utente com maior número de internamentos, a moda considerada foi a *utente AR*.

Idades: As utentes internadas tinham idades compreendidas entre os 32 e os 88 anos, o que corresponde uma média de 67 anos. A moda das idades foi todas as idades uma vez que todas tiveram a mesma frequência.

Diagnósticos: O total de diagnósticos obtidos foi de 17, numa média de 1 diagnóstico por utente, apesar de existirem utentes com mais do que um diagnóstico. O diagnóstico mais frequente foi a “hidronefrose”.

Procedimentos: O total de procedimentos efectuados foi 41, sendo o “cateterismo ureteral” o de maior frequência. A média dos procedimentos realizados por utente foi de 3.

Tempo de internamento: A média foi de 11 dias, mas o TI mais frequente foi 3 e 4 dias, com um desvio padrão de  $\pm 2,4$ . Ao longo do ano, as utentes foram internadas numa média de 1 utente por mês.

Custos: O custo total do tratamento da neoplasia maligna do colo do útero foi 80.896.60€, o que corresponde a média de custos por procedimento/TI de 1.973.10€.

▪ **2010**

Casos: Este foi o ano que registou o maior número de casos de neoplasia maligna do colo do útero, alguns dos quais também reincidentes. No total foram internadas 33 utentes com uma média de 2 utentes por mês. A utente mais vezes internada no mesmo ano foi a *utente AZ* com 5 números de episódio no HNSR. Seguidamente foi a *utente BH* e as *utentes BD e BE*, com 3 e 2 episódios, respectivamente.

As *utentes AO, AQ, AR e AT* já tinham sido internadas em 2009. As *utentes A e I* desde 2006 que já foram internadas, com excepção em 2008, que foi o único ano que a *utente A* não foi internada. A *utente E* foi internada no início do ano com um diagnóstico de “obstrução urinária não especificada”, logo a seguir realizou 3 sessões (em dias diferentes) de quimioterapia em ambulatório médico. Alguns meses após o tratamento é admitida novamente no HNSR, numa primeira vez diagnosticada com “endocolo” e depois com neoplasia maligna do colo do útero.

Idades: A idade média registada foi 54 anos, sendo que a moda da idade foi 66 anos.

Diagnósticos: O total de diagnósticos obtidos foi de 33, numa média de 1 diagnóstico para 4 procedimentos por utente. O diagnóstico mais frequente foi a doença maligna do aparelho reprodutor feminino com CC.

Procedimentos: O total de procedimentos realizados foi 82, sendo o mais frequente a “injecção/infusão de substância terapêutica ou profiláctica”.

Tempo de internamento: A média do TI foi 16 dias, sendo que o TI mais frequente 2 dias, com desvio padrão de  $\pm 3,6$  dias.

Custos: O custo total do tratamento da neoplasia maligna do colo do útero foi 196.611.90€, o que corresponde a média de custos por procedimento/TI de 2.397.71€.

Custo total: A nível do internamento, no período de 2006 a 2010, o custo total do tratamento da neoplasia maligna do colo do útero foi de 563.385.53€.

**Tabela 5** – Utentes de internamento entre os anos 2006 a 2010.

Ano	U	Id	GDH	TI	Diagnóstico	Procedimento			Preço (€)
						1º	2º	3º	
2006	F	57	148	10	Fístula do trato digestivo-genital, do sexo feminino	Colostomia permanente	-	-	8702,7
			331	12	Cistite por radiação	Transfusão de hemácias	Inserção interior de sonda vesical	Irrigação de outro cateter urinário interior	7645,92
	G	40	366	5	Outros locais especificados do colo do útero	Embalagem vaginal	Transfusão de hemácias	Exame microscópico de sangue, outros exames microscópicos	3341,25
	H	33	360	1	Outros locais especificados do colo do útero	Excisão ou destruição de tecido lesionado do colo do útero	Exame microscópico de amostras do trato genital feminino, outros exames microscópicos	-	-
	I	32	324	2	Hidronefrose	Cateterismo ureteral	-	-	107,82
	J	48	355	6	Outros locais especificados do colo do útero	Histerectomia abdominal total	Remoção de ambos os ovários e tubos no mesmo episódio operatório	Excisão de nódulo linfáticos regionais	1707,96
	K	41	148	13	Neoplasia maligna secundária do intestino grosso e do recto	Colostomia permanente	-	-	11313,51
	L	60	363	17	Outros locais especificados do colo do útero	Outra dilatação e curetagem	Exame microscópico de amostras do trato genital feminino, outros exames microscópicos	Tomografia axial computadorizada de abdómen	-
	M	43	366	1	Outros locais especificados do	Ventilação invasiva contínua mecânica para	Outros contrachoque eléctricos no	Injecção ou infusão de outras substâncias	668,25

Custos associados ao tratamento do cancro do colo do útero

				colo do útero	menos de 96 horas consecutivas	coração	terapêuticas ou profiláticas		
	N	35	363	2	Neoplasia maligna de colo do útero, local não especificado	Conização do colo do útero	Outras dilatações e curetagem	-	-
			353	6	Outros locais especificados do colo do útero	Histerectomia abdominal radical	Excisão de nódulo linfáticos regionais	-	4899,36
	O	85	366	5	Outros locais especificados do colo do útero	Injecção ou infusão de outras substâncias terapêuticas ou profiláticas	Exame microscópico de sangue, outros exames microscópicos	Transfusão de hemácias	3341,25
	P	47	316	0	Doença renal crónica (DRC)	Hemodiálise	Embalagem vaginal	-	586,86
	Q	58	320	1	Pielonefrite aguda sem lesão de necrose renal medular	Exame microscópico de sangue, cultura e sensibilidade	Exame microscópico de cultura de amostras de uretra, bexiga, próstata, vesícula seminal, o tecido perivesical, e de urina e sémen	Injecção de antibiótico	501,3
	R	81	395	0	Anemia ferropriva, não especificada	Transfusão de hemácias	-	-	0
			304	8	Hidronefrose	Diagnóstico de Ultra-som do sistema urinário	Outras cistoscopias	Pyelogram retrógrado	4558,24
			304	5	Hidronefrose	-	Nefrostomia percutânea sem fragmentação	-	2848,9
2007	G	40	305	2	Hidronefrose	Nefrostomia percutânea sem fragmentação	-	-	650,6

Custos associados ao tratamento do cancro do colo do útero

		398	8	Neutropenia	Injecção ou infusão de electrólitos	Injecção de antibiótico	Injecção ou infusão de outras substâncias terapêuticas ou profiláticas	5466,64
		366	13	Outros locais especificados do colo do útero	Tomografia axial computadorizada de abdómen	Outra tomografia axial computadorizada	Série menor GI	8687,25
S	79	332	6	Cistite por irradiação	Outras cistoscopias	-	-	2925,12
T	33	355	5	Outros locais especificados do colo do útero	Histerectomia abdominal total	Excisão de nódulo linfáticos regionais	-	1423,3
U	56	355	4	Outros locais especificados do colo do útero	Histerectomia abdominal total	Remoção de ambos os ovários e tubos no mesmo episódio operatório	Excisão de nódulo linfáticos regionais	1138,64
I	32	324	8	Hidronefrose	Outras cistoscopias	Pyelogram retrógrado	-	431,28
V	58	366	7	Endocolo	Injecção ou infusão de electrólitos	Raio-X de rotina ao tórax	Injecção de antibiótico	4677,75
		572	1	Outros locais especificados do colo do útero	Electrocardiograma	Monitoramento electrocardiográfico	Medição de gases na circulação sistémica	1041,95
X	41	366	6	Outros locais especificados do colo do útero	Embalagem vaginal	Transfusão de hemácias	Exame microscópico de sangue, outros exames microscópicos	4009,5
		243	3	Dor ciática	Injecção ou infusão de outras substâncias terapêuticas ou profiláticas	-	-	1433,43

Custos associados ao tratamento do cancro do colo do útero

		239	17	Neoplasia maligna secundária dos ossos e medula óssea	Outros procedimentos radioterápicos	Exame microscópico de sangue, outros exames microscópicos	Outras imobilizações, pressão e atenção às feridas	15747,27
		468	12	Outros locais especificados do colo do útero	Transfusão de hemácias	Tomografia axial computadorizada da cabeça	Biópsia da glândula paratireóide	11678,28
K	50	170	18	Neoplasia maligna secundária do intestino grosso e do recto	Transfusão de hemácias	Arteriografia de outras artérias intra-abdominais	Oclusão cirúrgica de outros vasos, artérias abdominais	15275,34
Y	50	366	6	Outros locais especificados do colo do útero	Injecção de antibiótico	Injecção ou infusão de electrólitos	Exame microscópico de sangue, outros exames microscópicos	4009,5
W	36	355	4	Outros locais especificados do colo do útero	Histerectomia abdominal total	-	-	1138,64
Z	87	363	4	Outros locais especificados do colo do útero	Outras biópsias do colo do útero	Outros diagnósticos de Ultra-som	Tomografia axial computadorizada de abdómen	-
A A	37	355	4	Outros locais especificados do colo do útero	Histerectomia abdominal total	-	-	1138,64
A B	42	366	4	Outros locais especificados do colo do útero	Transfusão de hemácias	Exame microscópico de sangue, outros exames microscópicos	Injecção ou infusão de outras substâncias terapêuticas ou profiláticas	2673
		366	4	Outros locais especificados do colo do útero	Transfusão de hemácias	Exame microscópico de sangue, outros exames microscópicos	-	2673



Custos associados ao tratamento do cancro do colo do útero

	P	85	366	2	Outros locais especificados do colo do útero	Electrocardiograma	Raio-X de rotina ao tórax	Exame microscópico de amostras de uretra, bexiga, próstata, vesícula seminal, o tecido perivesical, e de urina e sémen, outros exames microscópicos	1336,5
	A C	67	355	11	Outros locais especificados do colo do útero	Histerectomia abdominal total	Remoção de ambos os ovários e tubos no mesmo episódio operatório	Excisão de nódulo linfáticos regionais	3131,26
	A D	78	366	20	Neoplasia maligna de colo do útero, local não especificado	Diagnóstico de ultra-som do abdómen e retroperitónio	Diagnóstico de ultra-som do sistema urinário	Biópsia percutânea do rim através de uma agulha	13365
	A	83	305	20	Hidronefrose	Nefrostomia percutânea sem fragmentação	Diagnóstico de ultra-som do sistema urinário	Exame microscópico de sangue, cultura e sensibilidade	6506
	A E	78	366	50	Outros locais especificados do colo do útero	Tomografia axial computadorizada de tórax	Raio-X de rotina ao tórax	Toracocentese	33412,5
	AF	47	355	4	Outros locais especificados do colo do útero	Histerectomia abdominal total	Remoção de ambos os ovários e tubos no mesmo episódio operatório	Excisão de linfonodos regionais	1138,64
	A G	39	363	11	Outros locais especificados do colo do útero	Outras biópsias do colo do útero	Tomografia axial computadorizada de abdómen	Outras uretoscopias	-
2008	I	32	466	2	Montagem e ajuste de cateter não vasculares, NEC	Remoção do tubo de Ureterostomia e do cateter ureteral	Pielograma retrógrado	Cateterismo ureteral	1669,22
			324	2	Hidronefrose	Outras cistoscopias	Pielograma retrógrado	Substituição do tubo de	107,82

								Ureterostomia	
	A H	50	585	47	Hérnia de outros locais especificados, com obstrução	Lise de aderências peritoneais	Anastomose intestinal	Excisão simples de outra estrutura linfática	34266,61
	AI	78	366	12	Endocolo	Tomografia axial computadorizada de abdómen	Outra tomografia axial computadorizada	Cintilografia óssea	8019
	AJ	45	367	9	Outros locais especificados do colo do útero	Outras cistoscopias	Colonoscopia	Tomografia axial computadorizada de abdómen	8546,67
	A K	53	468	7	Outros locais especificados do colo do útero	Nefrostomia	Diagnóstico de ultra-som do sistema urinário	Transusão de hemácias	6812,33
	A L	64	452	3	Procedimento complicado devido a hemorragia	Embalagem vaginal			1669,95
	A M	71	585	15	Hérnia incisional ventral, com gangrena	Hemicolectomia	Ressecção aberta do cólon transversal	Correcção de outras hérnias incisionais abertas com enxerto ou prótese	16690,61
2009	N A	88	366	4	Outros locais especificados do colo do útero	Inserção interior de sonda vesical	Exame microscópico de sangue, outros exames microscópicos	Exame microscópico de amostras de uretra, bexiga, próstata, vesícula seminal, o tecido perivesical, e de urina e sémen, outros exames microscópicos	2673
	A	63	304	14	Hidronefrose	Nefrostomia percutânea	Injecção ou infusão de outra	Exame microscópico de sangue, outros exames	7976,92

Custos associados ao tratamento do cancro do colo do útero

O					sem fragmentação	substância terapêutica ou profiláctica	microscópicos	
AP	71	324	2	Hidronefrose	Cateterismo ureteral	Outras cistoscopias	Pyelogram retrógrado	107,82
A Q	65	366	3	Outros locais especificados do colo do útero	Cateterismo ureteral	Outras cistoscopias	-	2004,75
A R	74	305	13	Hidronefrose	Nefrostomia percutânea sem fragmentação	Injecção ou infusão de outra substância terapêutica ou profiláctica	Exame microscópico de sangue, outros exames microscópicos	4228,9
		324	10	Hidronefrose	Cateterismo ureteral	Pielograma retrógrado	Transusão de hemácias	539,1
		305	1	Complicações urinárias	Nefrostomia percutânea sem fragmentação	-	-	325,3
		181	7	Obstrução intestinal não especificada	Inserção de sonda gástrica	Remoção do tubo de Ureterostomia e do cateter ureteral	Vídeo e radiotelemetria monitorização electroencefalográfica	3010,35
		305	4	Hidronefrose	Nefrostomia percutânea sem fragmentação			1301,2
I	32	466	3	Montagem e ajuste de cateter não vasculares, NEC	Cateterismo ureteral			2503,83
AS	76	332	4	Cistite por irradiação	Outra instilação geniturinário			1950,08
Z	87	14	8	Oclusão da artéria cerebral, não especificado com infarto cerebral	Tomografia axial computadorizada da cabeça	Electrocardiograma	Raio-X de rotina ao tórax	4998,24

Custos associados ao tratamento do cancro do colo do útero

	AJ	45	572	17	Endocolo	Raio-X de rotina ao tórax	Tomografia axial computadorizada da cabeça	Diagnóstico de ultra-som do sistema vascular periférico	17713,15
			703	23	Vírus da imunodeficiência humana [HIV]	Biópsia da estrutura linfática	Tomografia axial computadorizada da cabeça	Exame microscópico de sangue, cultura e sensibilidade	15679,8
	D	55	363	3	Outros locais especificados do colo do útero	Outras biópsias do colo do útero	Tomografia axial computadorizada de abdómen	Colonoscopia	-
	A T	60	127	12	Insuficiência cardíaca congestiva, não especificada	Outras curetagens de aspiração do útero	Diagnóstico de ultra-som do coração	Diagnóstico de ultra-som do sistema urinário	12542,88
	A	83	366	5	Outros locais especificados do colo do útero	Cateterismo ureteral	Tomografia axial computadorizada de abdómen		3341,25
2010	A U	44	363	33	Outros locais especificados do colo do útero	Outras biópsias do colo do útero	Toracocentese	Injecção ou infusão de outra substância terapêutica ou profiláctica	-
	A V	53	363	14	Outros locais especificados do colo do útero	Outras biópsias do colo do útero	Exame microscópico de amostras a partir do trato genital feminino bloco de celas, e esfregaço de Papanicolau	Raio-X de rotina ao tórax	-
	A X	66	367	4	Neoplasia maligna de exocérvix	Sigmoidoscopia flexível	Outros diagnósticos de Ultra-som		3798,52
	A W	41	353	9	Outros locais especificados do colo do útero	Histerectomia radical laparoscópica abdominal	Excisão de nódulo linfáticos regionais	Cateterismo ureteral	7349,04

Custos associados ao tratamento do cancro do colo do útero

A Z	31	358	15	Salpingite e ooforite não especificada como aguda, subaguda ou crónica	<i>Oophorotomy</i>	Outros diagnósticos de Ultra-som	Tomografia axial computadorizada de abdómen	4424,1
		304	22	Hidronefrose	Nefrostomia percutânea sem fragmentação	Remoção do tubo de Ureterostomia e do cateter ureteral	Transfusão de hemácias	12535,16
		320	4	Pielonefrite aguda sem lesão medular renal da necrose	Exame microscópico de cultura de amostras de uretra, bexiga, próstata, vesícula seminal, o tecido perivesical, e de urina e sémen	Exame microscópico de amostras de uretra, bexiga, próstata, vesícula seminal, o tecido perivesical, e de urina e sémen	Exame microscópico da cultura de sangue	2005,2
		468	6	Outros locais especificados do colo do útero	Nefrostomia	-	-	5839,14
		399	7	Neutropenia induzida por drogas	Exame microscópico da cultura de sangue	Exame microscópico de sangue, outros exames microscópicos	Exame microscópico de amostras de uretra, bexiga, próstata, vesícula seminal, o tecido perivesical, e de urina e sémen, outros exames microscópicos	4132,24
	A O	64	305	12	Hidronefrose	Nefrostomia percutânea sem fragmentação	-	-
B A	42	355	4	Outros locais especificados do colo do útero	Histerectomia abdominal total <sup>9</sup>	Remoção de ambos os ovários e tubos no mesmo episódio operatório	Excisão de nódulo linfáticos regionais	1138,64

Custos associados ao tratamento do cancro do colo do útero

A Q	66	468	38	Outros locais especificados do colo do útero	Outras operações sobre o recto e o tecido perirretal	Biópsia endoscópica do recto	Tomografia axial computadorizada de tórax	36981,22
A R	75	366	9	Outros locais especificados do colo do útero	Cateterismo ureteral	Pyelogram retrógrado	Remoção do tubo de Ureterostomia e do cateter ureteral	6014,25
B B	45	360	2	Fístula do trato urinário-genital, do sexo feminino	Outras vaginotomias	-	-	-
I	36	324	2	Hidronefrose	Cateterismo ureteral	-	-	107,82
B C	72	367	5	Outros locais especificados do colo do útero	Uretroscopia	Pielograma retrógrado	-	4748,15
E	51	567	22	Obstrução urinária, não especificada	Cateterização venosa para diálise renal	Hemodiálise	Nefrostomia percutânea sem fragmentação	10568,53
		572	3	Endocolo	Exame microscópico de sangue, outros exames microscópicos	Injecção ou infusão de electrólitos	Injecção ou infusão de outra substância terapêutica ou profiláctica	3125,85
		366	9	Outros locais especificados do colo do útero	Cateterismo ureteral	Remoção do tubo de Ureterostomia e do cateter ureteral	Pyelogram retrógrado	6014,25
B D	66	366	2	Outros locais especificados do colo do útero	Cateterismo ureteral	-	-	1336,5
		366	6	Endocérvice	Tomografia axial computadorizada de tórax	Tomografia axial computadorizada de abdómen	Raio-X de rotina ao tórax	4009,5

Custos associados ao tratamento do cancro do colo do útero

A T	61	260	4	Neoplasia maligna de outros locais especificados da mama feminina	Ressecção do quadrante da mama	Biópsia da estrutura linfática	-	-
BE	66	358	49	Parametrite aguda e celulite pélvica	Outras e não especificadas histerectomias subtotais abdominais	Remoção de ambos os ovários e tubos no mesmo episódio operatório	Injecção ou infusão de outra substância terapêutica ou profiláctica	14452,06
		367	6	Endocolo	Injecção ou infusão de substância quimioterápica contra o cancro	Injecção ou infusão de outra substância terapêutica ou profiláctica	Injecção ou infusão de electrólitos	5697,78
BF	40	363	16	Outros locais especificados do colo do útero	Outras biópsias do colo do útero	Colonoscopia	Tomografia axial computadorizada de abdómen	-
B G	45	366	13	Endocolo	Tomografia axial computadorizada de tórax	Tomografia axial computadorizada de abdómen	Outra tomografia axial computadorizada	8687,25
B H	44	355	2	Outros locais especificados do colo do útero	Histerectomia abdominal total9	Remoção de ambos os ovários e tubos no mesmo episódio operatório	Excisão ou destruição de tecido peritoneal	569,32
		366	2	Outros locais especificados do colo do útero	Outras cistoscopias	Outras cistografias	-	1336,5
		366	1	Outros locais especificados do colo do útero	-	-	-	668,25

Custos associados ao tratamento do cancro do colo do útero

	BI	35	353	9	Endocolo	Outras histerectomias abdominais radicais não especificadas	Excisão de nódulo linfáticos regionais	Injecção de antibiótico	7349,04
	BJ	46	572	3	Neoplasia maligna de exocérvix	Injecção de anticoagulante	Injecção ou infusão de electrólitos	Injecção de antibiótico	3125,85
	A	86	320	15	Infecção urinária, local não especificado	Injecção ou infusão de outra substância terapêutica ou profiláctica	Injecção de antibiótico	Exame microscópico de amostras de uretra, bexiga, próstata, vesícula seminal, o tecido perivesical, e de urina e sémen, cultura e sensibilidade	7519,5
	B K	66	572	28	Neoplasia maligna de colo do útero, local não especificado	Tomografia axial computadorizada de tórax	Enriquecimento de oxigénio	Diagnóstico de ultra-som do sistema urinário	29174,6
Total	75	-	-	954	102	100	82	68	563.385,5

Legenda:

(-) – Sem valores

U – Utente

Id – Idade

TI – Tempo de internamento



**Tabela 6** – Cálculo da média, moda, mediana e desvio padrão das variáveis em estudo nos anos de 2006 a 2010.

Medidas Estatísticas	Anos	U	Id	TI	Diagnósticos por utente	Procedimentos por utente	Custos (€) por procedimento/ TI
Média	2006	1	51	7	1	3	1357,387
	2007	2	56	13	1	3	2133,9563
	2008	0,6	56	14	1	3	4115,70
	2009	1	67	11	1	3	1973,10
	2010	2	54	16	1	4	2397,7056
Moda	2006	R	Todas	1 e 5	Doença maligna do aparelho reprodutor feminino, com CC	Transusão de hemácias	-
	2007	X	50 e 78	4		Exame microscópico de sangue, outros exames microscópicos	-

	2008	I	Todas	2	Outros locais especificados do colo do útero	Outras cistografias; Pielograma retrógrado; Tomografia axial computadorizada do abdómen	-
	2009	AR	Todas	3 e 4	Hidronefrose	Cateterismo ureteral	-
	2010	AZ	66	2	Doença maligna do aparelho reprodutor feminino, com CC	Injecção ou infusão de substância terapêutica ou profiláctica	-
Mediana	2006	-	47	5	-	-	-
	2007	-	50	6	-	-	-
	2008	-	34	8	-	-	-
	2009	-	68	5	-	-	-
	2010	-	51	7	-	-	-

Desvio Padrão	2006	-	17,0	2,2	-	-	2487,8
	2007	-	19,4	3,4	-	-	4932,4
	2008	-	15,9	4,1	-	-	7361,2
	2009	-	17,0	2,4	-	-	3857,4
	2010	-	14,8	3,6	-	-	5441,1

Legenda:

(-) – Sem valores

U – Utente

Id – Idade

TI – Tempo de internamento

#### **2.2.4. Cirurgia de Ambulatório versus Ambulatório Médico versus Internamento**

Nos últimos cinco anos, o HNSR registou 110 casos de utentes com neoplasia maligna do colo do útero e foram realizados 260 procedimentos.

Comparando as três áreas do tratamento da neoplasia maligna do colo do útero, verificou-se que foi ao nível do internamento onde se realizaram mais procedimentos, respectivamente 250. Tanto a cirurgia de ambulatório como o ambulatório médico realizaram 5 procedimentos cada. Deste modo, o internamento obteve uma afluência de 96,2%, em oposição aos 3,8% referentes à cirurgia de ambulatório e ao ambulatório médico.

Comparando os custos dos procedimentos realizados nos últimos cinco anos, o internamento, o ambulatório médico e a cirurgia de ambulatório gastaram, 563.385.53€, 2.667.15€ e 1.777.03€, respectivamente, perfazendo um total de 567.829.71€ gastos. Assim sendo, foi no internamento onde se consumiu mais recursos (99% aproximadamente), seguido pelo ambulatório médico e, por fim, pela cirurgia de ambulatório.

### 2.3. Discussão do Resultados

Em Portugal, o cancro é a segunda maior causa de morte sendo apenas suplantado pelas doenças cardiovasculares (DCV), e o seu peso percentual no total de mortes revela um aumento constante e progressivo. (Araújo, *et al.*, 2009; Frigato e Hoga, 2003).

O cancro do colo do útero é considerado um importante e emergente problema de saúde pública, pelo facto da população estar cada vez mais exposta a factores de risco ambientais e modificação nos hábitos de vida (Noronha *et al.*, 1999; Medeiros *et al.*, 2005).

Este tipo de cancro tem como principal causa o vírus do papiloma humano (HPV), pois estudos realizados confirmaram que, em 99,7% dos casos o agente causal da neoplasia maligna do colo do útero é o HPV (Roldão, 2007; Malheiro, 2009; Munoz, 2000; Caetano e Caetano, 2005).

De todos os genótipos de HPV existentes, apenas alguns estão relacionados com a neoplasia maligna do colo do útero, nomeadamente, os genótipos 16 e 18, os quais são responsáveis por 70 a 75% dos casos. Já os genótipos 31 e 45 são responsáveis por 6% das neoplasias malignas do colo do útero (Bosch *et al.*, 1997; Oliveira *et al.*, 2008; Pista, 2006; Pista 2007).

Estes genótipos juntamente com o 6 e o 11 estão igualmente associados a outras patologias do útero, nomeadamente, lesões cervicais pré-cancerosas (70%), lesões cervicais de baixo grau (50%), cancros vulvovaginais (90%), lesões pré-cancerosas vulvovaginais (80%) e condilomas genitais (90%) (Oliveira *et al.*, 2008).

Das lesões provocadas pelo HPV 80% não provocam alteração celular e só apenas 20% é que dão origem a alterações de baixo grau, visto que, geralmente não evoluem para neoplasias malignas. Apenas 1% das infecções é que origina alterações celulares de alto grau que poderá desenvolver o carcinoma invasivo. Esse desenvolvimento é lento e progressivo, podendo levar 20 anos ou mais desde a infecção persistente (Pinho e Mattos, 2002; Medeiros *et al.*, 2005; Halbe, 1993).

O perfil etário da população em estudo evidenciou um grupo de utentes com idades, maioritariamente, acima dos 35 anos, correspondendo a 91,4% dos casos. Estes dados vêm corroborar estudos realizados sobre a incidência do cancro em utentes com uma faixa etária acima dos 35 anos (Brasil, 2005; Caetano & Caetano, 2005; Silva, 2004; Bezerra, 2007; Pedrosa, 2001). A infecção por HPV atinge, maioritariamente, mulheres de faixa etária compreendida entre os 18 e os 24 anos, contudo tal como foi revelado neste estudo, no HNSR são as utentes entre os 35 a 65 anos que apresentam o desenvolvimento a cancro do colo do útero. Tal facto deve-se, como referido anteriormente, ao desenvolvimento tardio da doença.

Dos 5 anos analisados do tratamento prestado pelo HNSR a nível de cirurgia de ambulatório, ambulatório médico e internamento, os diagnósticos realizados tiveram maior concentração no internamento. No ambulatório médico não houve nenhum diagnóstico de neoplasia maligna do colo do útero apesar dos procedimentos realizados terem sido “injecção/infusão de substância quimioterapêutica contra o cancro”. O GDH (410) desses procedimentos pertence ao GCD 17, ou seja, das doenças e perturbações mieloproliferativas e neoplásicas mal diferenciadas (Borges *et al.*, 2011; Diário da República, 2009).

Ao nível da cirurgia de ambulatório foi registado apenas um diagnóstico de doença maligna do colo do útero no qual se realizou um cateterismo ureteral.

Em relação ao internamento, nos últimos 5 anos analisados foram registados 57 diagnósticos de neoplasia maligna do colo do útero, dos quais, 44 correspondem a patologia de “outros locais especificados do colo do útero”, 3 correspondem a “neoplasia maligna do colo do útero em local não especificado”, 8 a “endocolo” e 2 a “neoplasia maligna da exocolo”.

Segundo dados do HNSR, o número total de utentes saídos do internamento em 2006 foi 16136 utentes e, neste estudo verificou-se que em 2006 houve 8 casos de utentes com neoplasia maligna do colo do útero. Comparando estes dados, os utentes internados com neoplasia maligna do colo do útero em 2006 correspondem a 0,05% do total de utentes internados no HNSR.

Em relação a 2007, foram internadas 19 utentes com neoplasia maligna do colo do útero, que num total de 16764 utentes internados, corresponde a 0,11% do total de utentes internados no HNSR (E.P.E, 2009).

Portanto, de 2006 a 2007 constatou-se um aumento do número total de internamentos e de diagnósticos de neoplasias malignas do colo do útero. Todavia, é de ressaltar que desses utentes alguns foram reincidentes em relação ao ano anterior, nomeadamente, as *utentes G, I, K e P*. Deste conjunto de utentes apenas a *utente P* obteve diagnósticos diferentes nos dois anos (tabela 5).

No ano de 2008 foram internadas 3 utentes com doença no colo do útero, o que comparando com os dados de internamento totais do HNSR para esse ano, corresponde a 0,18%.

Não existem dados do HNSR sobre o número total de internamentos realizados em 2009 e 2010, por isso não foi possível compará-los com o total de internamentos com neoplasia maligna do colo do útero desses mesmos anos.

No presente estudo, foram registados um total 21 internamentos de utentes com neoplasia maligna do colo do útero. Os diagnósticos que possuem os GDHs 353, 355, 358, 360, 363, 366, 367, 395, 398 e 572 pertencem ao GCD 13 que corresponde às doenças e perturbações do aparelho genital feminino. Todos estes GDHs possuem uma percentagem de incidência nos diagnósticos de 51,7%, sendo que ao GDH 366 corresponde a percentagem mais elevada, 21,8% (Diário da República, 2009; Borges *et al.*, 2011).

Após o diagnóstico ser realizado é necessário que se proceda à caracterização do estadiamento e do prognóstico da doença (Frigato e Hoga, 2003). De um modo geral, as lesões encontradas podem dever-se a displasia ligeira a moderada (NIC I), a displasia moderada a grave (NIC II), displasia acentuada e carcinoma *in situ* (NIC III) e atipias escamosas de significado indeterminado (ASCUS) (Pedrosa, 2001; Malheiro, 2009; Gonçalves, 2008; Potén *et al.*, 1995).

Para a classificação desses estadiamentos é possível recorrer a um conjunto de exames de modo a definir a extensão da doença e o planeamento do seu tratamento. De acordo com o tipo de estadiamento, o tipo de tratamento a seguir pode ser cirúrgico, que consiste na realização de histerectomia parcial ou radical e numa conização, ou quando a doença já se encontra em estados mais avançados pode-se recorrer à radioterapia apenas ou por vezes associada à quimioterapia (Garcia, 2006).

Um estudo da Acta Médica Portuguesa realizado em 2009 sobre o “Custo do Tratamento do Cancro em Portugal”, (baseado em dados de 2006 sobre custos de consultas médicas e episódios de internamento com base nos GDHs de internamento, quimioterapia, radioterapia e medicamentos), revela que a despesa directa do cancro em Portugal no ano de 2006 foi de 565.03 milhões de euros (Araújo, et al., 2009).

Comparando estes dados com os dados obtidos no presente estudo, em 2006 o HNSR teve um custo directo associado ao tratamento do cancro do colo do útero de 50.223.30 euros.

Sendo assim, o peso do custo directo associado ao tratamento do cancro do colo do útero no HNSR em 2006 corresponde a 0,008% do custo directo do tratamento do cancro em Portugal.

O estudo do “Custo do Tratamento do Cancro em Portugal”, também revela que os custos em medicamentos para o cancro em Portugal representam cerca de 5,6% da despesa total de medicamentos de 2006 (Dados do IMS referentes a 2006). Convém salientar que a despesa em medicamentos para o cancro em Portugal é inferior à observada na União Europeia (Araújo, et al., 2009).

As doenças causadas pelo HPV representam um custo anual para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) estimado em 45,8 milhões de euros, revela um estudo da Escola Nacional de Saúde Pública, o qual visou estimar a carga de doenças relacionadas com HPV em homens e mulheres e teve como base a incidência e os custos totais para o SNS, bem como o total de mortes por cancro ocorridas em 2009 em Portugal (Carlos Costa, 2011).

De todos os cancros, o CCU é aquele que melhor pode ser controlado através de programas de rastreio organizados. O rastreio organizado identifica determinada população em risco e convida-a para ser rastreada. O rastreio oportunístico permite prevenir determinada doença no indivíduo que esta presente no serviço de saúde com ou sem queixas. De salientar que, apenas o rastreio organizado apresenta dados da sua eficácia para diminuição da incidência e mortalidade provocada pelo CCU.

Os resultados dos programas de rastreio implementados nos países nórdicos e no Reino Unido, demonstraram uma descida substancial da incidência e da mortalidade associada ao CCU. A Finlândia, por exemplo, obteve uma redução de 80% na taxa de mortalidade



padronizada por idade entre os anos 60 e 90. A eficácia do rastreio depende em grande parte da taxa de adesão da população ao rastreio. Nos casos da Finlândia e do Reino Unido, a taxa de adesão ao rastreio atingiu, 70% e 80%, respectivamente (Administração Regional de Saúde do Norte, 2007).

Em Portugal, o rastreio oportunístico não tem sido capaz de garantir a universalidade nem a equidade desejáveis e nem uma adequada cobertura da população.

Em conjunto, o rastreio organizado do CCU e a vacinação contra o HPV, proporcionarão a protecção mais eficaz contra o CCU, reflectindo deste modo, ganhos em saúde e ganhos financeiros.

Quatro anos após a introdução em Portugal da vacina contra 4 tipos de HPV e cerca de três anos depois de ter sido integrada no Plano Nacional de Vacinação, estima-se que o Estado poupe cerca de 114 milhões de euros em despesas de diagnóstico e tratamento de doenças associadas a este vírus (59 milhões em lesões pré-cancerosas do colo do útero (NIC II/III); 30 milhões em CCU; 11,5 milhões de euros em verrugas ou condilomas genitais), prevendo-se ainda que possam ser evitadas 422 mortes por CCU, 2.225 casos de CCU e 19.352 casos de verrugas ou condilomas genitais. Estas são as principais conclusões do estudo “Impacto da Vacinação com a Vacina Quadrivalente em Portugal: 2007-2011”, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (Rcm Pharma, 2009). O referido estudo, confirma a excelente efectividade da vacina (contra quatro tipos de HPV) demonstrando os elevados ganhos em saúde.

Deste modo, uma forma de minimizar os elevados custos do tratamento do CCU seria investir na sua prevenção através da vacinação.

Entre as limitações do presente estudo, temos que, a quantificação dos custos através dos GDHs utilizados neste estudo apresentam algumas limitações porque em alguns casos estes não são ajustados à realidade e procedimentos actuais. Na definição de GDHs podemos constatar que cada GDH possui um preço total por cada procedimento, incluindo uma diversidade de custos associados (incluindo medicação) sem considerar o consumo específico do doente durante o seu internamento. Não obstante, os GDHs são os únicos dados disponíveis em Portugal relativamente à utilização de procedimentos hospitalares específicos.

## 2.4. Conclusões

Os aspectos conceptuais da temática abordada demonstraram que o cancro do colo do útero está entre os cinco tipos de neoplasia mais frequentes no sexo feminino e que, em Portugal tem uma taxa de incidência superior à da maioria dos países Europeus.

O conhecimento científico sobre a doença e suas lesões precursoras tem aumentado muito ao longo dos anos, permitindo que uma abordagem médica e cirúrgica da doença conduza a resultados bastante positivos.

As alterações citológicas e as lesões pré-cancerígenas do colo do útero são geralmente assintomáticas. Associado a este facto está também a lenta progressão das lesões pré-clínicas, o que sugere que um modelo de rastreio organizado possa diminuir as taxas de incidência da doença. Tais factos fazem emergir a necessidade de uma aposta na realização, frequente, de rastreios do cancro do colo do útero.

A eficácia do rastreio depende em grande parte da taxa de adesão da população ao rastreio. Assim se forem implementadas um conjunto de estratégias que permitam a abordagem da população no seu meio social e até profissional, através de campanhas de sensibilização e realização de rastreios no contexto de trabalho, poderão ser eliminadas barreiras como, a falta de disponibilidade, a incompatibilidade de horários, de modo a aumentar o conhecimento sobre a doença e consequentes formas de prevenção, compreendendo as suas causas, sinais e sintomas.

Perante os resultados obtidos, conclui-se que no HNSR a maioria dos diagnósticos realizados correspondiam a displasias ligeiras, seguida pelos diagnósticos de neoplasias malignas de origem indeterminada (ASCUS) e por fim diagnósticos de neoplasias mais graves. Conclui-se também que, nos últimos cinco anos, o custo associado ao tratamento do cancro do colo do útero no HNSR, com base em GDHs foi de 567.829.71 euros. Tais custos estão muito subestimados por considerar episódios e não actos e procedimentos.

No contexto actual, em que a despesa em medicamentos continua a aumentar e os recursos disponíveis para financiar novas terapias são limitados, é crucial tomar decisões fundamentadas acerca do valor real dos tratamentos oncológicos em termos de benefícios para a saúde e custos e poupanças para o SNS. Para este fim, será necessário realizar outros estudos aprofundados nos custos directos actuais do cancro do colo do útero no Serviço Nacional de Saúde .

Por tudo isto, conclui-se que o objectivo que motivou a realização deste estudo não foi totalmente atingido pelas limitações do estudo, porque a dimensão real dos custos directos do tratamento e terapêutica não foram conseguidos. O HNSR apenas disponibilizou à autora os episódios de doença e não os custos gerados por cada episódio na doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arbyn, M., Anttila, A., Jordan, J., Ronco, G., Schenck, U., Segnan, N., Wiener, H.G., Herbert, A., Daniel, J. e Karsa L. (2008). European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. *International Agency for Research on Cancer*, Second Edition, 324. ISBN 978-92-79-07698-5. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: [http://screening.iarc.fr/doc/ND7007117ENC\\_002.pdf](http://screening.iarc.fr/doc/ND7007117ENC_002.pdf)).

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, ARSLVT (2010). *Programa de rastreio do Cancro do Colo do Útero na Região Sul*. Administração Regional de Saúde do Sul, IP.

Administração Regional de Saúde do Norte, I. (2009). *Programa de rastreio do Cancro do Colo do Útero na Região Norte*. Administração Regional de Saúde do Norte, IP.

Agosti, J. M., Goldie, S. J. (2007). *Introducing HPV vaccine in developing countries – key challenges and issues*. *N Engl J Med* 2007; 316(19):1908-10.

Alert Life Sciences Computing, S. (2011). *HPV custa ao Estado 45,8 milhões de euros por ano*. (Acedido a 17/11/2011. Disponível em: <http://www.alert.pt/pt/news/health-portal/hpv-custa-ao-estado-458-milhoes-de-euros-por-ano>).

Alliance For Cervical Cancer Prevention (2004). *Preventing Cervical Cancer Worldwide*. ACCP, 29 (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: [http://screening.iarc.fr/doc/RH\\_prp-accp\\_cervical\\_cancer\\_worldw.pdf](http://screening.iarc.fr/doc/RH_prp-accp_cervical_cancer_worldw.pdf)).

Alvarenga, G. C., Sá, E. M. M., Passos, M. e Pinheiro, V., (2000), *Papilomavírus humano e carcinogênese no colo do útero*. 12(1): 28-38. ISSN 0103-0465. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: <http://www.dst.uff.br//revista12-1-2000/06-papilomavirus-humano-carcinogenese.pdf>).

Alves, Teresa (2003). *Prevenção do Cancro do colo do útero*. *Rev. Port. Clínica Geral*, 19, 455-460. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080304144140375635.pdf>).

Anonychuk, A., Bauch, C., Merid, M., Krieking, G. e Demarteau N. (2009). *A cost-utility analysis of cervical cancer vaccination in preadolescent Canadian females*. *BMC Public Health*, 9: 401. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-401.pdf>).

Araújo, A., Barata, F., Barroso, S., Cortes, P., Damasceno, M., Parreira, A. E Pereira, R. (2009). *Custo do Tratamento do Cancro em Portugal*. *Economia e Saúde*, pp. 525-536.

- Austin, M.R. e Ramzy, I. (1998). *Increased detection of epithelial cell abnormalities by liquid-based gynecologic cytology preparations: A review of accumulated data*. Acta Cytologica, 42:178-184.
- Averill, R. e Kallison, M. (1984). Responding to PPS: *Development and Interpretation of the Diagnosis-Related Groups (DRGs)*, "Healthcare Financial Management".
- Averill, R., Mullin, R., Giardi, P. e Elia, E. (1985). *Diagnosis Related Groups - Second Revision - Definitions Manual*, Health Systems International, New Haven, Connecticut.
- Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. (2002). Cribado de cancro de cérvix. *Métodos convencionales y nuevos métodos*. Revisión de la evidencia para su posible implantación en Galicia. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias, avalia-t. Informes de evaluación: IN F2002/01.
- Barros, P. e Simões, J. (2007). *Portugal, Health System review*. Health Systems in Transition.
- Bezerra, S. (2008). *Fatores de risco para cancro de colo e lesões cervicais por Papilomavírus Humano*. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – Brasil.
- Bishop, J. W., Bigner, S. H., Colgan, T. J., Husain, M., Howell, L. P., Mcintosh, K. M., Taylor, D. A., e Sadeghi, M. H. (1998). *Multicenter masked evaluation of AutCyte PREP thin layers with matched conventional smears: Including initial biopsy results*. Acta Cytologica, 42:189-197.
- Bittencourt, R., Scaletzky, A., e Boehl, J. A. (2004). *Perfil epidemiológico do cancro na rede pública em Porto Alegre - RS*. Revista Brasileira de Cancerologia, pp. 95-101.
- Bolick, D. R. e Hellman, D. (1998). *Laboratory implementation and efficacy assessment of the Thin Prep cervical cancer screening system*. Acta Cytologica, 42:209–13.
- Borges, C. M., Lopes, F., e Silva, V. (2011). *Grande Categoria Diagnóstica (GCD)*. (Acedido a 6 de Novembro de 2011, de Portal de: Codificação e dos GDH: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grande\\_Categoria\\_Diagn%C3%B3stica\\_%28GCD%29](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grande_Categoria_Diagn%C3%B3stica_%28GCD%29)).
- Bosch, F. X., Munoz, N. e Sanjose, S. (1997). *Human papillomavirus and other risk factors for cervical cancer*. Biomed Pharmacother; 51:268-75.
- Branco, Isaura (2011). *Educação para a saúde: Contributos para a prevenção do cancro modelo CCU*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas.
- Caetano, R. e Caetano, C. (2005). *Custo-efetividade no rastreamento do cancro cérvico-uterino no Brasil*. Rio de Janeiro, 61. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/HPV/relatorio%20do%20estudo%20HPV.pdf>).
- Carpenter, B. e Davey, D. (1999). *Thin Prep Pap Test: Performance and biopsy follow-up in a University Hospital*. Cancer, 87: 105-12.

Castellsague, X. e Muñoz, N. (2008). Chapter 3: *Cofactors in human papillomavirus Carcinogenesis – role of parity, oral contraceptives and tobacco smoking*. J Natl Cancer Inst Monogr, 31 p. 20-28.

CHBM (2011). *História*. (Acedido a 4/11/2011. Disponível em Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE: [http://www.chbm.minsaude.pt/O+Centro+Hospitalar/Historia/?sm=1\\_0](http://www.chbm.minsaude.pt/O+Centro+Hospitalar/Historia/?sm=1_0)).

CHBM. (2011). Gabinete de GDH-regulamento interno. Barreiro.

Davies, R. e Westfall, G. (1984). *Reimbursement under DRGs - Implementation in New Jersey*, "Health Services Research", Vol. 18, nº 2.

Del Nero, C. R. (2002). *O que é economia da saúde*. In: Piola, S. F. e Vianna, S. M. (Orgs.) *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: Ipea.

DiBonito, L. (1993). *Cervical cytopathology: an evaluation of its accuracy based on cytohistologic comparison*. Cancer, 72: 3002-6.

Direcção Geral da Saúde (2005). *Cirurgia de Ambulatório*. (Acedido a 8/11/2011, de Instituto Nacional de Estatística: [http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detailhe.aspx?cnc\\_cod=506&cnc\\_ini=18-06-2004](http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detailhe.aspx?cnc_cod=506&cnc_ini=18-06-2004)).

Direcção Geral da Saúde (2005). *Internamento*. (Acedido a 7/11/2011, de Instituto Nacional de Estatística: [http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detailhe.aspx?cnc\\_cod=3443&cnc\\_ini=03-12-2002](http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detailhe.aspx?cnc_cod=3443&cnc_ini=03-12-2002)).

Direcção Geral da Saúde (2007). *Vírus do Papiloma Humano, Infecção e Vacinas*. DGS, Ministério da Saúde, Circular Informativa, Nº: 4/DIR, 3. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: [http://www.spdc.pt/brightcontent\\_images/11242\\_3.pdf](http://www.spdc.pt/brightcontent_images/11242_3.pdf)).

Direcção Geral da Saúde (2008). *Comissão Técnica de Vacinação, Vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV)*.

Direcção Geral da Saúde (2008, a)). *Vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV)*. DGS e Comissão Técnica de Vacinação. 45. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009812.pdf>).

Direcção Geral da Saúde (2008, b)). *Programa Nacional de Vacinação (PNV) Introdução da vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano*. DGS, Ministério da Saúde Circular Normativa. Nº: 22/DSCS/DPCD. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: <http://www.mgfamiliar.net/DGS%20PNV+HPV.pdf>).

Direcção Geral da Saúde, DGS e INE, I. (2005). *Sessões em Hospital de Dia*. (Acedido a 8/11/2011, de Instituto Nacional de estatística: [http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detailhe.aspx?cnc\\_cod=4756&cnc\\_ini=22-06-2004](http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detailhe.aspx?cnc_cod=4756&cnc_ini=22-06-2004)).

Dupree, W. B., Suprun, H. Z., Beckwith, D. G. e Lucente, V. (1998). *The promise and risk of a new technology: the Lehigh Valley Hospital's experience with liquid-based cervical cytology*. Cancer, 84: 202-207.

E.P.E, H. (2009). Relatório e Contas 2008. Barreiro.

Fahey, M. T., Irwig, L. e Mascaskill, P. (1995). *Meta-analysis of Pap Test accuracy*. Am. J. Epidemiol., n. 141, p. 680-689.

Fátima Figueiredo (2010). *Programas de Saúde*, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Ferency, A., Robitaille, J., Franco, E., Arseneau, J., Richart, R. e Wright T. (1996). *Conventional Cervical Cytologic Smears vs. ThinPrep Smears*. A paired Comparison Study on Cervical Cytology. Acta Cytologica, 40 (6): 1136-42.

Fetter, R., Freeman, J. e Mullin, R. (1985). *DRGs: How They Evolved and are Changing The Way Hospitals are Managed*, "Pathologist", Vol. XXXIX, nº 6, College of American Pathologists.

Fetter, R., Youngsoo, S., Freeman, J., Averill, R. e Thompson, J. (1980). *Case-Mix Definition by Diagnosis Related Groups*, "Medical Care", Vol.. 18, nº 2.

Fonseca, M. (2008). *Colo sem Vírus* In: Farmácia Saúde. (145, Outubro), p.14.

Fontelonga, A. e Davide, J. (2009). *Estatísticas do cancro*. (Acedido a 14/11/2011, de ALERT Life Sciences Computing: <http://www.alert-online.com/pt/medical-guide/estatisticas-do-cancro>).

Frigato, S. e Hoga, L. (2003). *Assistência à mulher com cancro de colo uterino*. Revista Brasileira de Cancerologia, pp. 209-214.

Garcia, C. B. (2006). *Avaliação De Células Mononucleares Em Utentes Com Neoplasia De Colo Uterino Em Diferentes Estadiamentos. Efeito Do Tratamento*. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Patologia Clínica. Brasil: Uberaba - MG.

Globocan (2011). *Portugal 2008*. (Acedido a 15/11/2011, de <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=620#WOMEN>).

Gonçalves, M. C. (2008). *Fatores de Risco Associados às Lesões Precursoras do Cancro do Colo do Útero na Ilha de Santa Luzia- Sergipe*. Aracaju: Universidade Tiradentes - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente.

Halbe H. W. (1994). *Cancro de colo uterino: conceito, importância, incidência e factores de risco*. In: Tratado de Ginecologia. São Paulo: ROCA. Vol. 2.

Herbert C. B., Bergeron C., Wiener H., Schenck U., Klinkhamer P., Bulten J. e Arbyn M. (2007). *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for cervical cytology terminology*.

Hutchison, M. L., Zahnieser, D. J. e Sherman, M. E. (1999). *Utility of liquid-based cytology for cervical carcinoma screening: results of a population-based study conducted in a region of Costa Rica with a high incidence of cervical carcinoma*. Cancer, 87: 48-55.

ICD-9. (2011). Obtido de <http://icd9cm.chrisendres.com>.

IGIF (2002). *Tempo de internamento*. (Acedido a 7/11/2011, de Portal de: Codificação e dos GDH: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Tempo\\_de\\_internamento](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Tempo_de_internamento)).

INE (2003). *Sessões em Hospital de Dia (número)*. (Acedido a 7/11/2011, de Portal de: Codificação e dos GDH: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Sess%C3%B5es\\_em\\_Hospital\\_de\\_Dia\\_%28n%C3%BAmero%29](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Sess%C3%B5es_em_Hospital_de_Dia_%28n%C3%BAmero%29)).

INE (2005). *Episódio*. (Acedido a 8/11/2011, de Instituto Nacional de Estatística: [http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc\\_cod=3577&cnc\\_ini=25-09-2002](http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=3577&cnc_ini=25-09-2002)).

Instituto Nacional de Câncer, Brasil (2009). *Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.

Internacional Agency For Research On Cancer - IARC (2011). *Classificação TNM/FIGO*. IARC Screening Group. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: <http://screening.iarc.fr/atlasclassiftnm.php?lang=4>).

Internacional Agency For Research On Cancer - IARC (2011). *Classificação histológica dos tumores do colo uterino*. IARC Screening Group. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: <http://screening.iarc.fr/atlasclassifwho.php?lang=4>).

International Federation Of Gynecology e Obstetrics (2009). *Global Guidance for Cervical Cancer Prevention and Control. FIGO*. 84. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: [http://www.figo.org/files/figo-corp/English\\_version.pdf](http://www.figo.org/files/figo-corp/English_version.pdf)).

Jhala D, Eltoun I. (2007). *Barriers to adoption of recent technology in cervical screening*. CytoJournal 2007, 4:16 do:10.1186/1742-6413-4-16 (acedido a 13/11/2011 <http://www.cytojournal.com> , ).

Jones, B. A. e Novis, D. A. (1996). *Cervical biopsy-cytologic correlation: a college of American pathologists Q-Probes study of 22439 correlations in 348 laboratories*. Arch. Pathol. Lab. Med., 120 (6): 523-31.

Jonsson, B. e Wilking N. (2007). *The Burden and cost of cancer*. Ann Oncol; 18 (Supp 3) :ii8-ii22.

Kainz, C., Schiffman M. e Bauer H., (1995). *Influence of age and human papillomavirus: infection on reliability of cervical cytopathology*. Arch. Gynecol. Obstet., 256.

Kligerman, J. (2002). *Falando sobre Cancro do Colo do Útero*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde - Secretaria da Assistência à Saúde.

Lopes, F. (2001). *Intervenção ambulatoria (cirurgia ambulatoria)*. (Acedido a 7/11/2011, de Portal de: Codificação e dos GDH: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Interven%C3%A7%C3%A3o\\_ambulat%C3%B3ria\\_%28cirurgia\\_ambulat%C3%B3ria%29](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Interven%C3%A7%C3%A3o_ambulat%C3%B3ria_%28cirurgia_ambulat%C3%B3ria%29)).



- Lopes, F. (2001). *Número do processo clínico*. (Acedido a 8/11/2011, de Portal de: Codificação e dos GDH: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/N%C3%BAmero\\_do\\_processo\\_cl%C3%ADnico](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/N%C3%BAmero_do_processo_cl%C3%ADnico)).
- Lopes, F. (2002). *Data de admissão*. (Acedido a 7/11/2011, de Portal de: Codificação e dos GDH: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Data\\_de\\_admiss%C3%A3o](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Data_de_admiss%C3%A3o)).
- Lopes, F. (2009). *Episódio de internamento*. (Acedido a 8/11/2011, de Portal de: Codificação e dos GDH: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Epis%C3%B3dio\\_de\\_internamento](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Epis%C3%B3dio_de_internamento)).
- Lopes, F. (2010). *Diagnóstico*. (Acedido a 8/11/2011, de Portal de: Codificação e dos GDH: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Diagn%C3%B3stico>).
- Lopes, F. (2010). *Procedimento*. (Acedido a 7/11/2011, de Portal de: Codificação e dos GDH: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Procedimento>).
- Lopes, F. (2010). *Processo clínico*. (Acedido a 7/11/2011, de Portal de: Codificação e dos GDH: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Processo\\_cl%C3%ADnico](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Processo_cl%C3%ADnico)).
- Lopes, F. (2011). *Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica (CID-9-MC)*. (Acedido a 6/11/2011, de Portal de: Codificação e dos GDH: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/ICD-9-CM>).
- Lopes, F. (2011). *GCD 17 Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Neoplasias Mal-diferenciadas*. (Acedido a 15/11/2011, de Portal de: Codificação e dos GDH: [http://codplus.gim.med.up.pt/index.php/GCD\\_17\\_Doen%C3%A7as\\_e\\_Perturba%C3%A7%C3%B5es\\_Mieloproliferativas\\_e\\_Neoplasias\\_Mal-diferenciadas](http://codplus.gim.med.up.pt/index.php/GCD_17_Doen%C3%A7as_e_Perturba%C3%A7%C3%B5es_Mieloproliferativas_e_Neoplasias_Mal-diferenciadas)).
- Malheiro, S. M. (2009). *Cancro do Colo do útero: Conhecimentos e Comportamentos*. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa.
- Marti M., Irigoyen M. e Arbeter A. (2007). Nueva vacuna contra el HPV. Arch Argent Pediatr; 105(3):260-1.
- Medeiros, Rui (2006). *O papilomavírus e a vacina contra o CCU : perspectivas para o futuro: as novas vacinas contra o cancro*. 10.º Congresso Nacional de Oncologia, In: Mundo Médico. Lisboa, Ano 8, n.º44, 22-24.
- Medeiros, V. C., Medeiros, R. C., Moraes, L. M., Filho, J. B., Ramos, E. S. e Saturnino, A. C. (2005). *Cancro de Colo de Útero: Análise Epidemiológica e Citopatológica no Estado do Rio Grande do Norte*. RBAC, Vol.37, 227-231.
- Meneghel, S. N., Gigante, L. P., e Béria, J. U. (2006). *Cadernos de Exercícios de Epidemiologia*. Canoas, Brasil: Edições ULBRA.
- Ministério da Saúde, (1997). *Falando sobre câncer e seus factores de risco*. 2 ed., Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp).

Ministério da Saúde, Brasil (2002). *Relatório de gestão: Departamento de Atenção Básica 1998-2002*. Brasília.

Ministério da Saúde: *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*.

Mitchel, H., Medley, G. e Drake, M. (1998). *Quality control measures for cervical cytology laboratories*. Acta Cytol, 32:288-92.

Mitchell, H. e Medley, G. (1995). *Differences between Papanicolaou smears with correct and incorrect diagnoses*. Cytopathol, 6:368-75.

Módulo. (2010). (Acedido a 8/11/2011, de Portal de: *Codificação e dos GDH*: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/M%C3%B3dulo>).

Mullin, R. L. (1983). DRGs: *A brief description*, Connecticut Medicine", Vol.. 47, nº 5, pp. 281-282.

Mullin, R. L. (1985). *Diagnosis-related groups and severity: ICD-9-CM*, Vol.. 254, nº 9, pp. 1208-1210.

Munoz, N. (2000). *Human papillomavirus and cancer: the epidemiological evidence*. Journal of Clinical Virology, 19 (1-2): 1-5.

Murta, E., Franca, H. G., Carneiro, M. C.; Caetano, M., Adad, S. J. e Souza, M. (1999). *Cancro do colo uterino: correlação com o início da actividade sexual e paridade*. Ver Bras Ginecol Obstet. 21(9), p. 555-559.

Nicolaidou E. e Katsambas A. D. (2007). *The burden of human papillomavirus infections and the expected impact of the new vaccines*. Expert Rev Vaccines; 6 (4):475-7.

Noronha V. L., Mello W. e Bisi F. (1999). *Fatores de risco para cancro em lesões da cérvix uterina*. Rev Paranaense Méd; 13:18-24.

Oliveira, C., Hampl, M., Joura, E. A., Amaya, G. P. e Villa, L. L. (2008). *Prevenção do cancro do colo do útero e das doenças relacionadas com papilomavírus humano – Proteger o futuro das utentes com a vacina quadrivalente contra o HPV*. Saúde Pública.

Oliveira, L.J. (1989). *Correlação colposcópica, citopatológica e histológica do cancro do colo uterino*. Revista Brasileira de Ginecologia, 11 (8): 150-2.

Pais, A. (1966). *O Barreiro contemporâneo : a grande e progressiva vila industrial* (Vol. I). Barreiro: Câmara Municipal do Barreiro.

Pedrosa, M. L. (2001). *Perfil Epidemiológico de utentes portadoras de atipias escamosas de significado indeterminado atendidas pelo programa e controle do cancro de colo uterino no Município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Pereira A, Rocha A. M. e Tavares F. (2008). *Análise custo-benefício de diferentes alternativas de rastreio do cancro do colo do útero*, Porto.

- Pereira J., Barbosa C. e Mateus C. (2007). *Análise custo-efectividade e custo-utilidade da vacina contra o Vírus do Papiloma Humano 16 e 18 (Cervarix™) no contexto de rastreio do cancro de colo do útero em Portugal*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Estudo não publicado.
- Piato S. (1999). *Epidemiologia das neoplasias malignas* In: Rodrigues de Lima G. Editor. Ginecologia Oncológica. São Paulo: Atheneu; p. 28-34.
- Pinho, A. e Mattos, M. C. (2002). *Validade da citologia cervicovaginal na detecção de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de colo de útero*. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, Vol. 38, 225-231.
- Pista A. (2006). *Epidemiologia da infecção HPV e patologias associadas*. Simpósio Sanofi Pasteur MSD, Lisboa, Portugal, 10 de Novembro. Integrado nas XIII Jornadas de Pediatria, organizadas pela Clínica Universitária do Hospital de Santa Maria, Lisboa.
- Pista A. (2007). *Epidemiologia do HPV e Doença Associada: HPV e Vacinação contra o cancro do colo do útero*. Conferência organizada pela Sociedade Portuguesa de Oncologia. Condeixa-a-Nova.
- Potén, J., Adami, H. e Bergstrom, R. (1995). *Strategies for global control of cervical cancer*. Int. J. Cancer, 1-26.
- Potter, P. e Perry, A. (2006), *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e procedimentos*. 5ªed. Loures: Lusociência. 1106 p. ISBN 972-8930-24-0.
- RcmPharma (2009). (acedido a 24/11/2011 <http://www.rcmpharma.com/actualidade/medicamentos/vacina-contras-4-tipos-de-hpv-permite-salvar-centenas-de-vidas-e-poupar-milh>)
- Diário da República (2009). *Diário da República, 1.ª série — N.º 147 — 31 de Julho de 2009*. (Acedido a 8 de Novembro de 2011, de Diário da República: <http://dre.pt>).
- Ribas, P. (2007). *Vacina contra o cancro do colo do útero: um sonho tornado realidade?* Grupo Portugês Saúde.
- Rodrigues, J. M. (1983). *Le Projet de Médicalisation du Système d'Information: Méthode, Définition, Organisation, "Les Cahiers de Gestion Hospitalières"*, nº 32, Gestion Hospitalière, nº 224, pp. 205-220.
- Rodríguez Salvia A. (1999) *Factores de riesco del cáncer de cerviz en el minucipio Cerro*. Rev Cuba Higiene Epidemiol; 37:40-46.
- Roldão, M. (2007). *Cancro do Colo do Útero – Radioterapia Externa e Braquioterapia*. Lousã, Monitor – Projectos e Edições Lda, 183. ISBN 978-972-9413-72-8.
- Santo, Jorge Espírito (2007). *A revisão da classificação TNM para o estadiamento do cancro: impacto no processo de decisão terapêutica*. In: Mundo Médico. Lisboa, Ano 9, nº 55, 88.

Santos, Carla (2010). *Prevenção do Cancro do Colo do Útero*. In: Onco News. Porto, N.º 12, 14-19. ISSN 1646-7868.

Carlos Costa (2011). *Doenças causadas por HPV custam anualmente 45,8 ME ao Estado*. (Acedido a 14/11/2011. Disponível em: <http://saude.sapo.pt/noticias/saude-medicina/doencasycausadasyporyhpvcustamyannualmentey45-8ymeyaoyestadoy.html>).

Saúde, M. (1997). *Falando sobre cancro e seus fatores de risco* (2º ed.). Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Cancro, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Cancro (Contapp).

Sawaya G. F. e Grimes D. A. (1999). *New technologies in cervical cytology screening. A word of caution*. *Obstet Gynecol*, 94(2): 307-310.

Seeley, R., Stephens, D. e Tate, P. (2005). *Anatomia e fisiologia*. 6ª ed. Loures: Lusociência. XXV, 1118 p. ISBN 972-8930-07-0.

Sellors, J. W. e Sankaranarayanan, R. (2004). *Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical*. Manual para principiantes. IARC Screening Group. ISBN 92-832-0415-8. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: <http://screening.iarc.fr/colpo.php?lang=4>).

Silva, T. (2004). *Factores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical em utentes submetidas à avaliação morfológica e pesquisa de DNA-HPV*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Medicina da Universidade Federal Pernambuco. Recife.

Silva, V. e Lopes, F. (2011). *Ambulatório médico*. (Acedido a 7/11/2011, de Portal de: Codificação e dos GDH: [http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Ambulat%C3%B3rio\\_m%C3%A9dico](http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Ambulat%C3%B3rio_m%C3%A9dico)).

Silva, V. e Lopes, F. (2011). *Complicação e/ou Comorbilidade (CC)*. (Acedido a 7/11/2011, de Portal de: Codificação e dos GDH: [http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Complicac%C3%A7%C3%A3o\\_e/ou\\_Comorbilidade\\_%28CC%29](http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Complicac%C3%A7%C3%A3o_e/ou_Comorbilidade_%28CC%29)).

Silva, V. e Lopes, F. (2011). *Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH)*. (Acedido a 6 de Novembro de 2011, de Portal de: Codificação e dos GDH: [http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Grupos\\_de\\_Diagn%C3%B3sticos\\_Homog%C3%A9neos\\_%28GDH%29](http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos_%28GDH%29)).

Silveira E. C., Tavenard A. e Nunes E. (2000). *Associação da trichomoníase com lesões pré-malignas e malignas do colo uterino*. *Rev. Bras Anal Clin*, 32:111-114.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2007). *Cancro ginecológico*. Reunião de Consenso Nacional. Coimbra, Secção Portuguesa de Ginecologia Oncológica, Secção Portuguesa de Colposcopia e Patologia Cervico Vulvo Vaginal, Sociedade Portuguesa de Ginecologia. 52. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: [www.spGINECOLOGIA.pt/uploads/cancro\\_ginecologico\\_doc\\_final1.doc](http://www.spGINECOLOGIA.pt/uploads/cancro_ginecologico_doc_final1.doc)).

Thuler, L. C. e Mendonça, G. A. (2005). *Estadiamento inicial dos casos de cancro de mama e colo do útero em utentes brasileiras*. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 656-60.

Tritz, D. M. (1995). *Etiologies for non-correlating cervical cytologies and biopsies*. Am. J. Clin.Pathol., 103(5): 594-7.

Urbano, J. (1986). *Implementation of Diagnosis Related Groups in Portugal*. Comunicação apresentada na conferência "The Management and Financing of Hospital Services", Londres.

Urbano, J. e Bentes, M. (s.d.). *Definição da Produção do Hospital: Os Grupos de Diagnósticos Homogêneos*. Secretaria de Estado da Administração de Saúde (S.I.G.S.S.).

Urbano, J., Casas M. e Ibern, P. (1988). *A Proposal for a Comparative European Study on Health Information Based on Case-Mix*.

Vaughan, J. P. e Morrow, R. H. (1992). *Epidemiologia para os municípios*. Manual para gerenciamento dos distritos sanitários. São Paulo: Hucitec.

World Health Organization (1998). *Manual on the Prevention and Control of Common Cancers*. Regional publications - Westerns Pacific Series no 20.

World Health Organization (2006, a)). *Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice*. WHO, 284. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547006\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547006_eng.pdf)).

World Health Organization (2006, b)). *Preparing for the introduction of HPV vaccines: policy and programme guidance for countries*. WHO e UNFPA. 27. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO\\_RHR\\_06.11\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_RHR_06.11_eng.pdf)).

World Health Organization (2007). *Human papillomavirus and HPV vaccines: technical information for policy-makers and health professionals*. Geneva (Switzerland): [cited 2009 set 15]. (Acedido a 27/11/11. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO\\_IVB\\_07.05\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_IVB_07.05_eng.pdf)).

World Health Organization (2010). *Information Center On HPV And Cervical Cancer Human Papillomavirus and Related Cancers – Portugal*. WHO/ICO, Summary Report 2010. (Acedido a 01/08/2011. Disponível em [http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country\\_pdf/PRT.pdf?CFID=4005139&CFTOKEN=50211239](http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/PRT.pdf?CFID=4005139&CFTOKEN=50211239)).

World Health Organization (2011). *European health for all database (HFA-DB)*. (Acedido a 15/11/2011, de World Health Organization: <http://data.euro.who.int/hfad/>)

World Health Organization and UNFPA. (2006). *Preparing for the introduction of HPV vaccines: policy and programme guidance for countries*. WHO Press.

## ANEXOS

### Anexo 1

**Tabela 1** – Dados referentes ao ano de 2009 dos utentes atendidos em Ambulatório Médico

N.º Processo	N.º Sessão	Data Sessão	Origem	Sexo	GDH	Diagnósticos			Procedimentos		
						1.º	2.º	3.º	1.º	2.º	3.º
87005939	322706	20-11-2009	HDI	Feminino	410	V5811	1801		9925		
89000685	303762	11-08-2009	HDI	Feminino	410	V5811	1808		9925		

**Tabela 2** – Dados referentes ao ano de 2010 dos utentes atendidos em Ambulatório Médico

N.º Processo	N.º Sessão	Data Sessão	Origem	Sexo	GDH	Diagnósticos			Procedimentos		
						1.º	2.º	3.º	1.º	2.º	3.º
87011135	338457	03-03-2010	HDI	Feminino	410	V5811	1808		9925		
87011135	339415	09-03-2010	HDI	Feminino	410	V5811	1800		9925		
87011135	367026	10-03-2010	HDI	Feminino	410	V5811	1800		9925		

**Tabela 3** – Dados referentes ao ano de 2007 dos utentes intervencionados ao nível de Cirurgia de Ambulatório

N.º Processo	Data Intervenção	Sexo	GDH	Diagnósticos			Procedimentos		
				1.º	2.º	3.º	1.º	2.º	3.º
97012388	15-06-2007	Feminino	305	V556	1809		9762	5503	

**Tabela 4** – Dados referentes ao ano de 2008 dos utentes intervencionados ao nível de Cirurgia de Ambulatório.

N.ºProcesso	Data Intervenção	Sexo	GDH	Diagnósticos			Procedimentos		
				1.º	2.º	3.º	1.º	2.º	3.º
97012388	25-03-2008	Feminino	331	V556	1809	591	8774	5993	

**Tabela 5-** Dados referentes ao ano de 2009 dos utentes intervencionados ao nível de Cirurgia de Ambulatório

N.ºProcesso	Data Intervenção	Sexo	GDH	Diagnósticos			Procedimentos		
				1.º	2.º	3.º	1.º	2.º	3.º
99012835	27-08-2009	Feminino	366	1808	1962		598		

**Tabela 6-** Dados referentes ao ano de 2006 dos utentes Internados

Nº Processo	Data Admissão	Sexo	GDH	TI	Diagnósticos			Procedimentos		
					1º	2º	3º	1º	2º	3º
80002708	22-05-2006	Feminino	148	10	6191	V153	5939	4613		
80002708	29-06-2006	Feminino	331	12	59582	5997	1809	9904	5794	9648
80006734	01-11-2006	Feminino	366	5	1808	6238	2851	9614	9904	9059
82008319	26-06-2006	Feminino	360	1	1808			6739	9149	
85000905	22-02-2006	Feminino	324	2	591	1809		598		
86003892	07-11-2006	Feminino	355	6	1808			684	6561	403
86006196	01-12-2006	Feminino	148	13	1975	1801	19889	4613		
86007037	25-07-2006	Feminino	363	17	1808			6909	9149	8801
95000273	23-01-2006	Feminino	366	1	1808	4019	41519	9671	9962	9929
96008258	15-01-2006	Feminino	363	2	1809			672	6909	
96008258	16-05-2006	Feminino	353	6	1808			686	403	
97005656	26-01-2006	Feminino	366	5	1808	6266	2851	9929	9059	9904
97005665	21-07-2006	Feminino	316	0	585	1808	V451	3995	9614	
98007875	08-01-2006	Feminino	320	1	59010	25020	1808	9053	9132	9921
99007787	20-02-2006	Feminino	395	0	2809	1808		9904		
99007787	14-12-2006	Feminino	304	8	591	1809	1981	8875	5732	8774
99007787	23-12-2006	Feminino	304	5	591	585	1809		5503	



**Tabela 7-** Dados referentes ao ano de 2007 dos utentes Internados

Nº Processo	Data Admissão	Sexo	GDH	TI	Diagnósticos			Procedimentos		
					1º	2º	3º	1º	2º	3º
80006734	18-05-2007	Feminino	305	2	591	1809		5503		
80006734	24-08-2007	Feminino	398	8	2880	7806	1808	9918	9921	9929
80006734	10-10-2007	Feminino	366	13	1808	5609	1975	8801	8838	8764
80013073	05-05-2007	Feminino	332	6	59582	5997	1809	5732		
82008319	16-01-2007	Feminino	355	5	1808			684	403	
83011351	19-06-2007	Feminino	355	4	1808			684	6561	403
85000905	28-05-2007	Feminino	324	8	591	1809		5732	8774	
85001574	23-04-2007	Feminino	366	7	1800	1970	5651	9918	8744	9921
85001574	07-10-2007	Feminino	572	1	1808	51881	25002	8952	8954	8965
86003894	24-01-2007	Feminino	366	6	1808	6238	2851	9614	9904	9059
86003894	23-02-2007	Feminino	243	3	7243	1808		9929		
86003894	20-04-2007	Feminino	239	17	1985	3441	1808	9229	9059	9359
86003894	09-07-2007	Feminino	468	12	1808	1985	73313	9904	8703	0613
86006196	27-12-2006	Feminino	170	18	1975	1808	5693	9904	8847	3886
87004286	04-07-2007	Feminino	366	6	1808	59582	5990	9921	9918	9059
87007629	28-10-2007	Feminino	355	4	1808			684		
87008582	05-09-2007	Feminino	363	4	1808			6712	8879	8801
94010900	27-05-2007	Feminino	355	4	1808			684		
97003512	11-02-2007	Feminino	366	4	1808	2851		9904	9059	9929
97003512	18-02-2007	Feminino	366	4	1808	2851		9904	9059	
97005665	16-04-2007	Feminino	366	2	1808	2767	585	8952	8744	9139
97010374	29-11-2007	Feminino	355	11	1808			684	6561	403
97010739	23-02-2007	Feminino	366	20	1809	5997	591	8876	8875	5523
97012388	27-03-2007	Feminino	305	20	591	1809	V153	5503	8875	9053
97022007	29-12-2006	Feminino	366	50	1808	1972	1970	8741	8744	3491
98010406	09-01-2007	Feminino	355	4	1808			684	6561	403
98010414	23-09-2007	Feminino	363	11	1808			6712	8801	5822

**Tabela 8-** Dados referentes ao ano de 2008 dos utentes Internados

Nº Processo	Data Admissão	Sexo	GDH	TI	Diagnósticos			Procedimentos		
					1º	2º	3º	1º	2º	3º
85000905	28-01-2008	Feminino	466	2	V5882	1809		9762	8774	598
85000905	14-07-2008	Feminino	324	2	591	1809		5732	8774	5993
87003100	25-09-2008	Feminino	585	47	5528	1808	19889	5459	4593	4029
88002974	07-12-2008	Feminino	366	12	1800	59582	5990	8801	8838	9214
88003102	08-04-2008	Feminino	367	9	1808			5732	4523	8801
88004382	19-06-2008	Feminino	468	7	1808	591	2859	5502	8875	9904
88008287	12-09-2008	Feminino	452	3	99811	1808	19882	9814		
95005532	15-06-2008	Feminino	585	15	55121	5602	4019	4573	4574	5361

**Tabela 9-** Dados referentes ao ano de 2009 dos utentes Internados

Nº Processo	Data Admissão	Sexo	GDH	TI	Diagnósticos			Procedimentos		
					1º	2º	3º	1º	2º	3º
80008734	23-04-2009	Feminino	366	4	1808	1976	72889	5794	9059	9139
81002096	11-03-2009	Feminino	304	14	591	2809	2767	5503	9929	9059
82008153	21-12-2009	Feminino	324	2	591	1808		598	5732	8774
82007042	17-11-2009	Feminino	366	3	1808	1981		598	5732	
84002561	12-03-2009	Feminino	305	13	591	1808	2859	5503	9929	9059
84002561	31-08-2009	Feminino	324	10	591	1808	2859	598	8774	9904
84002561	10-08-2009	Feminino	305	1	9975	1808		5502		
84002561	22-06-2009	Feminino	181	7	5609	1809	V446	9607	9762	8919
84002561	21-08-2009	Feminino	305	4	591	1808		5502		
85000905	29-04-2009	Feminino	466	3	V5882	1808		598		
85012029	10-08-2009	Feminino	332	4	59582	59970	1808	9649		
87008582	01-02-2009	Feminino	14	8	43491	2724	1800	8703	8952	8744
88003102	22-03-2009	Feminino	572	17	1800	1976	042	8744	8703	8877
88003102	13-04-2009	Feminino	703	23	042	0388	5990	4011	8703	9053
89000685	20-01-2009	Feminino	363	3	1808	56210		6712	8801	4523
89001592	15-02-2009	Feminino	127	12	4280	49121	51882	8959	8872	8875
97012388	26-08-2009	Feminino	366	5	1808	591		598	8801	

**Tabela 10-** Dados referentes ao ano de 2010 dos utentes Internados

Nº Processo	Data Admissão	Sexo	GDH	TI	Diagnósticos			Procedimentos		
					1º	2º	3º	1º	2º	3º
10001453	17-01-2010	Feminino	363	33	1808	1970	5119	6712	3491	9929
10005007	11-12-2010	Feminino	363	14	1808	1966	1970	6712	9146	8744
10010003	12-07-2010	Feminino	367	4	1801	25000	4019	4524	8879	
10018176	14-09-2010	Feminino	353	9	1808	9982		6861	403	598
81001660	06-05-2010	Feminino	358	15	6142	0414	1808	6509	8879	8801
81001660	16-08-2010	Feminino	304	22	591	6190	1808	5503	9762	9904
81001660	22-11-2010	Feminino	320	4	59010	1800	6190	9132	9139	9052
81001660	09-12-2010	Feminino	488	6	1808	V536		5502		
81001660	15-06-2010	Feminino	399	7	28803	78061	1800	9052	9059	9139
81002096	08-09-2010	Feminino	305	12	591	1808	4019	5503		
81007272	29-12-2009	Feminino	355	4	1808			6849	6561	403
82007042	24-08-2010	Feminino	488	38	1808	591	V446	4899	4824	8741
84002561	05-04-2010	Feminino	366	9	1808	591	5859	598	8774	9762
84004613	21-04-2010	Feminino	360	2	6190	6238	1808	7014		
85000905	01-11-2010	Feminino	324	2	591	1808		598		
87009250	09-06-2010	Feminino	367	5	1808			5631	8774	
87011135	02-02-2010	Feminino	567	22	59960	1800	1962	3895	3995	5503
87011135	16-08-2010	Feminino	572	3	1800	5939	042	9059	9918	9929
87011135	10-05-2010	Feminino	366	9	1808	591		598	9762	8774
88005041	08-03-2010	Feminino	366	2	1808	5859		598		
88005041	04-06-2010	Feminino	366	6	1800	59960	V4984	8741	8801	8744
89001592	09-03-2010	Feminino	260	4	1748	1808		8522	4011	
89003847	04-02-2010	Feminino	358	49	6143	1808	25002	6839	6561	9929
89003847	29-07-2010	Feminino	367	6	1800	25000	4019	9925	9929	9918
89007504	24-03-2010	Feminino	363	16	1808			6712	4523	8801
89046268	19-10-2010	Feminino	366	13	1800	V442	59960	8741	8801	8838
89052927	17-01-2010	Feminino	355	2	1808	2809		6849	6561	544
89052927	27-10-2010	Feminino	366	2	1808	1981		5732	8777	
89052927	06-10-2010	Feminino	366	1	1808	1981	V643			
95001715	21-12-2010	Feminino	353	9	1800	2449	3051	6869	403	9921
96015129	29-09-2010	Feminino	572	3	1801	41519	0389	9919	9918	9921
97012388	06-07-2010	Feminino	320	15	5990	0416	1808	9929	9921	9133
99002992	08-11-2010	Feminino	572	28	1809	486	99592	8741	9396	8875