

ORIENTAÇÃO

Número: 003/2025

Data: 31/07/2025

Assunto: Termos de referência para Projetos Piloto para o Rastreio do Cancro do Pulmão

Palavra-Chave: Rastreio Oncológico, Cancro da Pulmão

Para: Unidades Piloto para o Rastreio do Cancro do Pulmão

Contatos: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (pndo@dgs.min-saude.pt)

Nos termos do Despacho n.º 008/2025, de 6 de fevereiro, da Direção-Geral de Saúde (DGS), por proposta do Grupo de Trabalho para Elaboração de Termos de Referência para o Rastreio do Cancro do Pulmão e atendendo aos processos definidos pela Norma 004/2024, de 12 de julho de 2024, estabelecem-se os seguintes termos de referência para Projetos Piloto para o Rastreio do Cancro do Pulmão:

TERMOS DE REFERÊNCIA

1. A **População Elegível** para rastreio do cancro do pulmão (RCP) corresponde a pessoas que, no ano de início do Episódio de Rastreio, completam uma idade entre os 55 e 74 anos de idade (inclusive) e apresentam critério de alto risco, definido como uma exposição cumulativa a tabaco de pelo menos 20 Unidade de Maço Ano¹, e um dos seguintes contextos:
 - a) consumo ativo de tabaco;
 - b) cessação do consumo de tabaco há \leq 10 anos.
2. A **População a Rastrear** corresponde às pessoas da População Elegível que não apresentam qualquer dos seguintes critérios de exclusão:
 - a) exclusão definitiva: diagnóstico prévio de neoplasia maligna do pulmão;
 - b) exclusão temporária:
 - i. diagnóstico prévio de outra neoplasia maligna, desde que há < de 3 anos;

¹ 1 maço corresponde a 20 cigarros; 1 unidade de maço corresponde ao consumo, médio, de 20 cigarros por dia durante 1 ano.

- ii. Infecção respiratória há < 3 meses;
 - iii. história de TC torácica nos 12 meses anteriores;
 - iv. gravidez;
 - v. teste de rastreio primário positivo prévio e que não aderiram ou não completaram o plano de diagnóstico ou tratamento
 - vi. autoexclusão por iniciativa da pessoa, através de comunicação formal.
3. O **teste de rastreio primário** consiste em tomografia computadorizada do tórax de baixa dose (TCBD), por equipamentos sujeitos a programa de controlo de qualidade, com periodicidade anual e categorizadas de acordo com a metodologia Lung-RADS (1,2).
4. O teste de rastreio primário é:
 - a) realizado em Unidades de Rastreio de Cancro do Pulmão (URCP);
 - b) precedido de um esclarecimento sobre o método e propósito TCBD e das etapas subsequentes, por um profissional de saúde envolvido no procedimento, que formaliza o consentimento e a entrega da cópia do mesmo;
 - c) relatado no prazo máximo de 7 dias a contar da data da sua realização, por um médico especialista em Radiologia, com experiência documentada em imagiologia pulmonar.
5. O resultado do teste de rastreio primário é classificado e gerido da seguinte forma:
 - a) Teste negativo, indicação para repetir o rastreio em 1 ano;
 - b) Teste positivo, referência para consulta em Unidade de Diagnóstico em Rastreio de Cancro do Pulmão (UDRCP), para diagnóstico diferencial, classificada como nível de prioridade 1 – 30 dias seguidos (3);
 - c) Teste inconclusivo, repetição do teste de rastreio primário assim que possível.
6. Nos casos em que no resultado do teste de rastreio primário for associada à classificação Lung-RADS o qualificador “S”, deve ser gerado um alerta, diferenciado, para que as equipas de saúde familiar do utente ou para o Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários (DC/CSP) no caso de utente sem médico de família atribuído, valorizem o relatório e decidam sobre orientação clínica a proporcionar.
7. A URCP é responsável pelo agendamento e convocatória para a TCBD, devendo a seguinte informação ser registada ou integrada na Plataforma Eletrónica (PE):
 - a) data de agendamento e de eventuais reagendamentos;
 - b) data de emissão de convocatória e respetiva metodologia;
 - c) informação sobre presença ou falta de adesão:
 - i. no caso de não adesão deve ser emitida nova convocatória, num máximo de duas vezes, após o que será considerado perdido para seguimento.

- d) Informação sobre reagendamento que inclua:
 - i. origem do pedido: URCP ou da pessoa;
 - ii. justificação, no caso de reagendamento com origem na URCP;
 - iii. data do novo agendamento.
- 8. Nos casos em que a URCP verificar não existir indicação para a realização de TCBD por motivos não previstos nos critérios de exclusão, um médico dessa unidade deverá inscrever essa informação na PE. Nestes casos, deve ser gerado um alerta, por mecanismos automatizados da PE, para a equipa de saúde familiar e para o DC/CSP, para delinarem cuidados de saúde personalizados.
- 9. O relatório do teste de rastreio primário (TCBD) é integrado na PE, no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) e App SNS24 e deve conter, obrigatoriamente, a seguinte informação:
 - a) identificação da URCP, da pessoa e dos profissionais envolvidos;
 - b) dados relativos ao exame:
 - i. data da Exposição;
 - ii. dose de Exposição (mSv);
 - iii. dados do equipamento incluindo fabricante, marca, modelo e o número de série;
 - iv. data do último teste de desempenho do equipamento;
 - c) relatório descritivo, incluindo a categorização Lung-RADS;
 - d) data de validação do relatório;
 - e) indicação da data do próximo episódio de rastreio, quando aplicável;
 - f) informação sobre a referência para UDRCP, quando aplicável;
 - g) informação sobre a notificação da equipa de saúde familiar (ou para o DC/CSP dos utentes sem médico de família atribuído) para valorizar achados adicionais (casos com o qualificador "S" associado à classificação Lung-RADS).
- 10. Para os utentes com teste de rastreio primário positivo, as imagens da TCBD são transferidas, ou disponibilizadas, sem perda dos padrões de qualidade da imagem para fins de diagnóstico para a UDRCP, sem prejuízo da disponibilização das imagens de qualquer das TCBD realizadas no âmbito do RCP desse utente.
- 11. Integram o RCP todas as consultas e meios complementares de diagnósticos realizados nas UDRCP para pessoas referenciados na sequência do teste primário positivo e até haver indicação para retomar o RCP ou para a referência para uma unidade de saúde da Rede de Referência em Oncologia para tratamento de neoplasia invasora.
- 12. A UDRCP é responsável pelo agendamento e convocatória para consulta, devendo a seguinte informação ser registada ou integrada na PE:

- a) data de agendamento e de eventuais reagendamentos;
 - b) data de emissão de convocatória e respetiva metodologia;
 - c) informação sobre presença ou falta de adesão:
 - i. no caso de não adesão deve ser emitida nova convocatória, num máximo de duas vezes, após o que será considerado perdido para seguimento;
 - d) informação sobre reagendamento que inclua:
 - i. origem do pedido: UDRCP ou Pessoa;
 - ii. Justificação, no caso de reagendamento com origem na UDRCP;
 - e) data do novo agendamento.
13. O resultado da primeira consulta da UDRCP é categorizada na PE nos seguintes termos:
- a) indicação para diagnóstico diferencial;
 - b) sem indicação para diagnóstico diferencial adicional;
 - c) não adesão ao plano de diagnóstico.
14. Nos casos com indicação para biopsia, o material biológico colhido deve ser remetido para um Laboratório de Anatomia Patológica, certificado.
15. O relatório da avaliação por anatomia patológica do material biológico colhido deve conter, obrigatoriamente, a seguinte informação:
- a) tipo de material analisado;
 - b) topografia do local da biopsia ou excisão, data e hora da colheita;
 - c) quando for identificada uma neoplasia:
 - i. caracterização Morfológica;
 - ii. imunofenótipo para TTF-1 e p40;
 - d) data de validação do relatório;
 - e) identificação do médico responsável pelo relatório;
 - f) código identificador único do bloco no Laboratório;
 - g) identificação e contactos do Laboratório.
16. O relatório da avaliação por anatomia patológica é registado ou integrado na PE através da qual, por mecanismos automatizados, é:
- a) Integrado no RSE e App SNS24;
 - b) comunicados à UDRCP que realizou a biopsia;
 - c) gerado alerta para sua visualização para a equipa de saúde familiar de cada utente ou para o DC/CSP no caso de utente sem médico de família atribuído.

17. Quando na consulta da UDRCP for identificada uma neoplasia maligna, existe indicação para referência para Unidade de Saúde com competência reconhecida para o seu tratamento, de acordo com a Rede de Referência em Oncologia.
18. Na alta da UDRCP, deve ser emitido um relatório epicrítico da atividade realizada e informação sobre o ano para a realização do teste de rastreio primário subsequente, quando aplicável, ou o critério de exclusão definitivo identificado. Este relatório deve ser:
 - a) Entregue à pessoa;
 - b) Registado ou integrado na PE, através da qual, por mecanismos automatizados, é:
 - i. integrado no RSE e App SNS24;
 - ii. gerado alerta para a sua visualização para a equipa de saúde familiar de cada utente ou para o DC/CSP no caso de utente sem médico de família atribuído.
19. Nos casos em que se verifique ausência de adesão ao plano de diagnóstico, após um teste de rastreio primário positivo, por ausência de adesão a 3 convocatórias para consulta na UDRCP, deve ser classificado como perda de seguimento e gerado um alerta, por mecanismos automatizados da PE, para a equipa de saúde familiar da pessoa e para o DC/CSP, para delinear cuidados de saúde personalizados.

Rita Sá Machado

Diretora-Geral da Saúde

INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

Quadro 1: Gestão dos resultados dos testes de rastreio do cancro do pulmão.

| Resultado do Teste Primário TC Torácica de Baixa Dose | | Referenciação para Unidade de Diagnóstico de Patologia Pulmonar * | Próximo Rastreio |
|--|---|--|---------------------|
| Inconclusivo | Lung-RADS 0 | Não aplicável | Assim que possível |
| Negativo | LUNG-RADS 1 LUNG-RADS 2 | Não aplicável | 1 ano |
| Positivo | LUNG-RADS 3 LUNG-RADS 4A LUNG-RADS 4B LUNG-RADS 4X | Nível 1 – 30 dias | Não Aplicável |

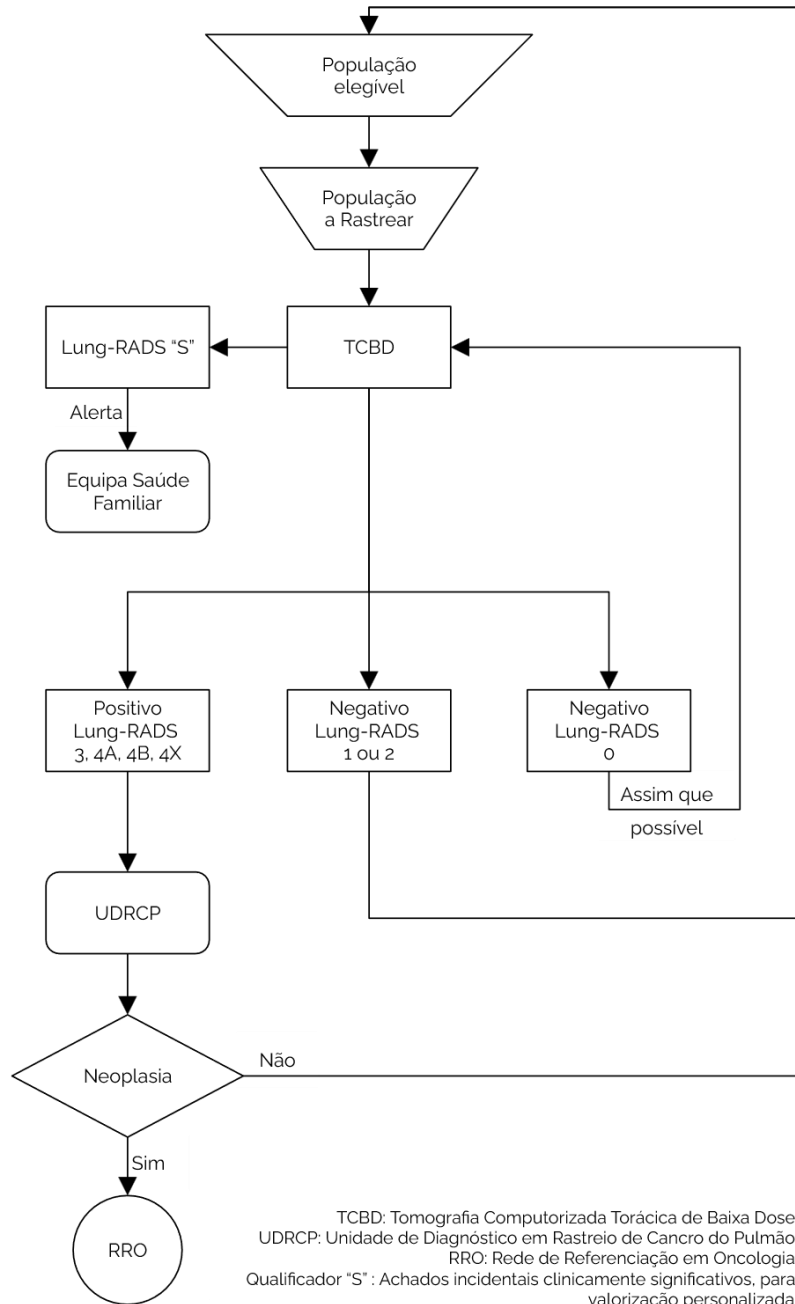
* prazo para a realização de primeira consulta de acordo com a classificação definida para efeitos de determinação dos tempos máximo de resposta garantida no Serviço Nacional de Saúde para Neoplasias Malignas, confirmadas ou suspeitas (Portaria n.º 153/2017 de 4 de maio)

- A. **Unidade de Rastreio de Cancro do Pulmão:** entende-se como Unidade de Rastreio de Cancro do Pulmão (URCP) a estrutura funcional de imagiologia médica que tem como foco a realização do teste de rastreio primário com o propósito de identificar as pessoas que beneficiam de referenciação para a Unidade de Diagnóstico de Patologia Pulmonar ou que não necessitam de gestão diferenciada da população geral. Estas unidades podem estar constituídas como estabelecimento prestador de cuidados de saúde ou como uma unidade funcional de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde², de âmbito mais lato, e deve reunir os critérios técnicos de qualidade definidos pela Sociedade Europeia de Imagiologia Torácica (4).
- B. **Unidade de Diagnóstico em Rastreio de Cancro do Pulmão (UDRCP):** a estrutura funcional que tem como foco o processo de diagnóstico diferencial de cancro do pulmão em pessoas com teste de rastreio primário positivo. Estas unidades podem estar constituídas como estabelecimento prestador de cuidados de saúde ou como uma unidade funcional de um estabelecimento prestador de cuidados de saúde, de âmbito mais lato, e devem dispor de acesso, na instituição ou por contratualização, a:
- Especialidades médicas, com experiência documentada na gestão de patologia pulmonar:

² Entende-se como entidade prestadora de cuidados de saúde aquelas que se encontram licenciadas conforme definido pelo Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto.

- i. Radiologia;
 - ii. Pneumologia;
 - iii. Anatomia Patológica;
 - iv. Cirurgia Torácica (facultativa);
 - b. Meios complementares de diagnóstico:
 - i. Tomografia Computorizada Multicorte;
 - ii. Tomografia por Emissão de Positrões associada a Tomografia Computorizada com ¹⁸F-FDG;
 - iii. Broncofibroscopia ou Videobroncofibroscopia (idealmente com acesso a sedação)
 - iv. Ecoendoscopia endobrônquica;
 - v. Biopsia pulmonar transtorácica guiada por tomografia computadorizada.
- C. As pessoas que, no momento de avaliação que antecede a realização do teste de rastreio primário reportem, ao profissional de saúde responsável pelo processo de consentimento informado, sintomas de infeção respiratória ou reportem sintomas de infeção respiratória nos 3 meses anteriores devem ser por este referenciadas para avaliação pelos médicos da URCP. Estes determinam a indicação para o teste de rastreio primário ou a necessidade de referência para as UDRCP. As pessoas que, neste contexto, forem referenciadas para as UDRCP deverão ser reclassificadas quanto aos critérios de exclusão aquando da alta.
- D. Os radiologistas e os técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica envolvidos no RCP devem desenvolver e manter competências específicas nas dimensões da comunicação, da execução técnica e da promoção da segurança radiológica, bem como para a realização de intervenção breve com o propósito de ajudar uma pessoa fumadora a parar de fumar (5), pelo que deve estar assegurada a sua formação contínua.

FLUXOGRAMA



ENQUADRAMENTO E RACIONAL

- A. As doenças oncológicas são causa significativa de morbilidade e mortalidade, com um peso crescente na nossa sociedade e para o Serviço Nacional de Saúde.
- B. Os Programas de rastreio oncológico têm como objetivo reduzir a taxa de mortalidade através do acesso a estratégias de prevenção e o desenvolvimento e implementação de processos assistenciais de diagnóstico e tratamento, de modo que o cidadão receba cuidados de saúde de qualidade, seguros e de forma atempada.
- C. O Conselho Europeu recomendou aos estados-membro, em novembro de 2022, a implementação de pilotos para rastreio do cancro do pulmão (6).
- D. Estes termos de referência, baseados na mais recente evidência sobre rastreio do cancro do pulmão, estabelecem as definições mínimas para estes programas com o propósito de apoiar o desenho de estudos de implementação (ou estudos piloto), focados na avaliação da efetividade e exequibilidade do rastreio e que permitam aferir os seus custos.

FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

- A. O cancro do pulmão é a quarta neoplasia com maior incidência em Portugal. Em 2021 foram diagnosticados 5.547 novos casos (46,6/100 000 pessoas-ano). Este tumor foi mais incidente no distrito do Porto (66,7/100 000 pessoas-ano), Região Autónoma dos Açores (59,3/100 000 pessoas-ano) e distrito de Lisboa (56,6/100 000 pessoas-ano) (7). Na avaliação da incidência por grupos etários quinquenais verifica-se que aumento da incidência é mais marcado a partir dos 55 anos (76,4/100 000 pessoas-ano) e atinge o valor mais alto para o quinquénio 70-74 anos (176,8/100 000 pessoas-ano) (7).
- B. Em Portugal, em 2022, registaram-se 4.410 óbitos por cancro pulmão em Portugal, dos quais 2.535 (57%) em pessoas com idade entre os 50 e os 74 anos (8)
- C. As neoplasias representam a segunda causa de perda de anos de vida de saúde plena (9) (DALYs) em Portugal (10) Em 2021, o cancro do pulmão era a neoplasia que mais contribuía para essa estatística (11), ultrapassando o cancro do estômago e do cólon e reto que representam as duas principais causas de perda de anos de vida ajustados pela incapacidade em 2000 (10).

- D. Os programas de rastreio de cancro do pulmão com a utilização de TCBD para pessoas com condição de alto risco, está associado a (12):
1. Redução da mortalidade por cancro do pulmão estimada em 21% (IC 95%: 13 a 28) pelo que se estima que por cada 1.000 pessoas rastreadas poderão ser evitadas entre 3 a 6 mortes por cancro do pulmão;
 2. redução da mortalidade para qualquer causa pelo que está estimado que poderão ser evitadas entre a 1 a 8 mortes por cada 1.000 pessoas rastreadas;
 3. aumento da realização de procedimentos invasivos com 45 a 55 mais procedimentos realizados por cada 1000 pessoas rastreadas;
 4. possível sobrediagnóstico de cancro do pulmão com estimativa de 180 cancros do pulmão sobrediagnosticados por cada 1000 cancros do pulmão detetados (IC 95% 0 - 360);
- E. Não existe boa evidência científica sobre os benefícios ou riscos da continuação de programas de rastreios de cancro do pulmão para pessoas em condição de alto risco com idades superiores a 74 anos (12);
- F. Não existe evidência que suporte a inclusão de pessoas grávidas, em programa de rastreio de cancro do pulmão. Este grupo foi excluído dos ensaios clínicos que documentaram o benefício do rastreio, pelo que não é possível determinar a relação benefício-risco que lhe estaria associada.

PROGRAMAS PILOTO

- A. Os estudos de implementação, ou programas piloto de rastreio do cancro do pulmão, devem:
1. Estabelecer como medida de sucesso primária a estimação da Proporção de Diagnósticos Oncológicos, no ano, definido como o quociente entre o número de diagnósticos oncológicos após um teste de rastreio primário positivo e o número de rastreios realizados no primeiro ano da sua execução;
 2. Considerar um horizonte temporal mínimo de 12 meses (1 episódio de rastreio para a população elegível identificada para o projeto);

3. descrever as estratégias para identificação de pessoas elegíveis para rastreio, que devem antever processos automatizados de identificação de pessoas elegíveis informadas pelas bases de dados em saúde acessíveis e a possibilidade de autoproposta para rastreio, desde que assegurada a verificação dos critérios de elegibilidade;
 4. formalizar e descrever o circuito de referenciação para consulta de apoio intensivo à cessação tabágica para as pessoas que, na sequência de uma intervenção breve para a cessação tabágica realizada no âmbito de um episódio de rastreio na URCP, expressem necessidade desse apoio;
 5. descrever os protocolos de diagnóstico diferencial para pessoas com teste positivo, pelas UDCRP mapeadas para o projeto;
 6. descrever o processo para monitorização da resposta clínica oferecida às pessoas com um resultado do teste de rastreio primário categorizado com o qualificador "S" do sistema de classificação Lung-RADS.
- B. Os estudos de implementação, ou programas piloto, de rastreio do cancro do pulmão devem avaliar e reportar os indicadores previstos pela Norma Metodológica e os descritos no anexo deste documento como objetivos secundários e como objetivos exploratórios as seguintes dimensões:
1. consumo de recursos em saúde, por pessoa com teste primário de rastreio positivo;
 2. custos, por pessoa rastreada.

ANEXO

Na avaliação dos programas de rastreio de cancro do pulmão, além dos indicadores definidos na Norma 004/2024 de 12 de julho, devem ser aferidos os seguintes indicadores específicos:

A. Indicadores operacionais

| | |
|---|---|
| Proporção de resultados de TCBD no prazo máximo previsto pela Norma** | <u>Numerador</u> : número de primeiros relatórios de TCBD realizados num intervalo de tempo inferior ou igual a 7 dias entre a data da validação do relatório e a data da aquisição da imagem, de entre as TCBD incluídas no denominador. |
| | <u>Denominador</u> : número de TCBD realizadas na coorte. |
| Tempo para consulta de primeira consulta na UDRCP | <u>Para utentes que não solicitaram alteração da data da primeira consulta</u> : Diferença de tempo, em dias, entre a data de realização da primeira consulta na UDRCP e data de referência pela URCP. <u>Para utentes que solicitaram alteração da data da primeira consulta</u> : Diferença de tempo, em dias, entre a data do primeiro agendamento pela UDRCP e a data de referência pela URCP. |
| | Cálculo dos percentis 25, 50 e 75. |
| Proporção primeiras consultas na UDRCP no prazo máximo previsto pela Norma*** | <u>Numerador</u> : número de primeiras consultas na UDRCP com um Tempo para consulta de primeira consulta na UDRCP inferior ou igual a 30 dias. |
| | <u>Denominador</u> : número de consultas realizadas na UDRCP para a coorte. |
| Proporção de registos de consumo de tabaco** | <u>Numerador</u> : Número de pessoas com registo de consumo ativo de tabaco. |
| | <u>Denominador</u> : Rastreios Realizados no ano. |
| Proporção de Fumadores | <u>Numerador</u> : Número de pessoas com registo de consumo ativo de tabaco. |
| | <u>Denominador</u> : Rastreios Realizados no ano. |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Proporção de Fumadores Referenciados | <u>Numerador</u> : Número de pessoas referenciadas para consulta. |
| | <u>Denominador</u> : Número de pessoas com registo de consumo ativo de tabaco. |
| Número de Diagnósticos Precoces | Número de pessoas com o diagnóstico de neoplasia maligna do pulmão categorizado como estágio I ou II da classificação de estadiamento da <i>Union for International Cancer Control</i> no ano. |
| Proporção de Diagnósticos Precoces | <u>Numerador</u> : Número de Diagnósticos Precoces. |
| | <u>Denominador</u> : Teste de Rastreio Primário Positivo no ano. |
| Número de Complicações, no ano | <p>Número de pessoas com pelo menos uma complicação nos 30 dias subsequentes a um procedimento invasivo prescrito na sequência de um episódio de rastreio, no ano.</p> <p>São complicações reportáveis as seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pneumotórax; - Episódio de internamento; - Episódio de urgência por hemoptise; - Morte. |
| Proporção de Complicações *** | <u>Numerador</u> : Número de complicações, no ano. |
| | <u>Denominador</u> : Teste de Rastreio Primário Positivo no ano. |

** indicadores operacionais a serem medidos por URCP

*** indicadores operacionais a serem medidos por UDRCP

B. Indicadores de Qualidade das Unidades de Rastreio de Cancro do Pulmão

| | |
|--|--|
| Proporção de utentes com teste de rastreio primário inconclusivo, no ano | <u>Numerador</u> : utentes com um primeiro resultado da TCBD foi Lung-RADS 0, de entre os incluídos no denominador. |
| | <u>Denominador</u> : utentes que realizaram TCBD na URCP. |
| Proporção de utentes com teste primário positivo, no ano | <u>Numerador</u> : utentes com resultado da avaliação na URCP Lung-RADS 3, 4A, 4B ou 4X. |
| | <u>Denominador</u> : utentes que realizaram TCBD na URCP. |
| Valor Preditivo Positivo | <u>Numerador</u> : utentes com uma biopsia categorizada como neoplasia maligna do pulmão, na sequência da avaliação realizada na UDRCP, de entre os identificados no denominador. |
| | <u>Denominador</u> : utentes com resultado da avaliação na URCP Lung-RADS 3, 4A, 4B ou 4X. |
| Falsos Positivos | <u>Numerador</u> : utentes com uma biopsia sem diagnóstico de neoplasia maligna do pulmão, na sequência da avaliação realizada na UDRCP, de entre os identificados no denominador. |
| | <u>Denominador</u> : utentes com resultado da avaliação na URCP Lung-RADS 3, 4A, 4B ou 4X. |
| Proporção de Intervenções Breves | <u>Numerador</u> : Número de pessoas com registo de realização de uma intervenção breve. |
| | <u>Denominador</u> : Número de pessoas com registo de consumo ativo de tabaco. |

C. Indicadores de Qualidade das Unidades de Diagnóstico em Rastreio de Cancro do Pulmão

| | |
|-----------------------------------|---|
| Proporção de Biopsias Repetidas | <u>Numerador</u> : Número de pessoas com registo de duas ou mais biopsias. |
| | <u>Denominador</u> : Número de pessoas referenciadas para a UDRCP. |
| Tempo para Diagnóstico Definitivo | <u>Para utentes que não solicitaram alteração da data da primeira consulta na UDRCP</u> : Diferença de tempo, em dias, entre a data da biopsia que documentou neoplasia maligna do pulmão e data de referenciação pela URCP. |
| | <u>Para utentes que solicitaram alteração da data da primeira consulta na UDRCP</u> : Diferença de tempo, em dias, entre a data da biopsia que documentou neoplasia maligna do pulmão e a data de referenciação pela URCP deduzido da diferença de tempo, em dias, entre a data do primeiro agendamento pela UDRCP e a data primeira consulta na UDRCP. |
| | Cálculo dos percentis 25, 50 e 75. |

ACRÓNIMOS/SIGLAS

| | |
|--------|--|
| APP | Aplicação móvel |
| CSP | Cuidados de Saúde Primários |
| DC/CSP | Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários |
| FDG | Fluorodesoxiglicose |
| PE | Plataforma Eletrónica |
| RCP | Rastreio do cancro do pulmão |
| RRO | Rede de Referenciação em Oncologia |
| RSE | Registo de Saúde Eletrónico |
| TC | Tomografia computadorizada |
| TCBD | Tomografia computadorizada do tórax de baixa dose |
| UDRCP | Unidade de Diagnóstico em Rastreio do Cancro do Pulmão |
| URCP | Unidade de Rastreio de Cancro do Pulmão |

APOIO CIENTÍFICO

- A. Os termos de referência propostos foram elaborados no âmbito da atividade da Direção do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas.
- B. O Painel de Peritos da presente Norma foi constituído por: Nuno Sousa, Cristina Bárbara, Venceslau Hespanhol, Idílio Gomes, Andreia Chaves, Paulo Faria de Sousa, Mariana Carrapatoso.
- C. Os peritos envolvidos na elaboração destes termos de referência cumpriram o determinado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro, no que se refere à declaração de inexistência de incompatibilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Christensen J, Prosper AE, Wu CC, Chung J, Lee E, Elicker B, et al. ACR Lung-RADS v2022: Assessment Categories and Management Recommendations. *J Am Coll Radiol*. 1 de março de 2024;21(3):473–88.
2. American College of Radiology Committee on Lung-RADS®. Lung-RADS Assessment Categories 2022 [Internet]. [citado 11 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/RADS/Lung-RADS/Lung-RADS-2022.pdf>
3. Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio [Internet]. mai 4, 2017. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/153-2017-106970981>
4. ESTI Lung Cancer Screening Certification Project. LCS Project | ESTI - European Society of Thoracic Imaging. [citado 11 de março de 2025]. Technical standards. Disponível em: https://www.mysti.org/content-esti/uploads/ESTI-LCS-technical-standards_2019-06-14.pdf
5. Nunes E, Candeias A, Mendes B, Pardal C, Fonseca J, Oliveira L, et al. Programa-tipo de actuação em cessação tabágica [Internet]. Alameda D Afonso Henriques; 2007 [citado 11 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/respire-bem1/ficheiros-externos/circular-normativa-n-26dspps.aspx>
6. Recomendação do Conselho de 9 de dezembro de 2022 sobre o reforço da prevenção através da deteção precoce: uma nova abordagem da UE para o rastreio do cancro que substitui a Recomendação 2003/878/CE do Conselho 2022/C 473/01 [Internet]. 2022. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32022H1213%2801%29&qid=1673368373549>
7. Maria José Bento, Pedro Leite Silva, Rita Calisto. Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal, em 2021 [Internet]. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto FG, EPE (IPO-Porto); 2024. 252 p. Disponível em: <https://ron.min-saude.pt/media/2229/ron-2021.pdf>
8. Instituto Nacional de Estatística. Óbitos (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Causa de morte (tumores malignos); Anual, 2022 [Internet]. 2022 [citado 9 de março de 2025]. Disponível em: <http://www.inec.pt>
9. Indicator Metadata Registry Details [Internet]. [citado 20 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158>
10. Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. [citado 20 de março de 2025]. GBD Compare. Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
11. Leading causes of DALYs [Internet]. [citado 20 de março de 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
12. Bonney A, Malouf R, Marchal C, Manners D, Fong KM, Marshall HM, et al. Impact of low-dose computed tomography (LDCT) screening on lung cancer-related mortality. *Cochrane Lung Cancer Group*, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 3 de agosto de 2022 [citado 11 de março de 2025];2022(8). Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013829.pub>