

SA9425

AFRICAN UNION

الاتحاد الأفريقي



UNION AFRICAINE

UNIÃO AFRICANA

**CONFERÊNCIA DOS MINISTROS DA SAÚDE
DA UNIÃO AFRICANA (CAMH6)**

**Sexta Sessão Ordinária,
22-26 de Abril de 2013,
Adis Abeba, ETIÓPIA**

CAMH/Exp/6(VI) ii

***TEMA: “Impacto das Doenças Não Transmissíveis (DNT) e das Doenças
Tropicais Negligenciadas (DTN) no Desenvolvimento em África”.***

**Relatório sobre a Abordagem do Desafio do
Cancro em Áfricaⁱ**

Panorâmica do Cancro em África
“Trabalhar em conjunto para a prevenção, controlo e o tratamento do cancro em África”

I- Introdução

1. Com mais de 1 mil milhões de pessoas, África é o segundo maior e mais populoso continente do mundo. Além de ter uma proporção significativa da população humana no mundo, África carrega um peso desproporcional de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Embora ainda se lute contra o impacto clínico, humanístico e económico das doenças transmissíveis, as doenças não transmissíveis tais como o **Cancro** estão a criar efeitos devastadores que precisam ser interrompidos antes que as mesmas abalem o continente.

2. Em Abril de 2007, a terceira sessão da Conferência da União Africana dos Ministros da Saúde, realizada em Johannesburg, África do Sul, sob o tema ‘Reforçar os Sistemas de Saúde para a Equidade e o Desenvolvimento em África’ – desenvolveu a Estratégia de Saúde de África (2007 – 2015), que visa reforçar os sistemas de saúde. A Estratégia de Saúde de África reconhece que a população de África enfrenta um grande peso relativamente a problemas de saúde susceptíveis de prevenção e tratamento’. Além disso, o triplo peso das doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como os ferimentos e os traumas, incluindo o seu impacto social, têm afectado negativamente o desenvolvimento em África’.

3. A Estratégia de Saúde de África atribui o elevado peso da doença aos seguintes factores (entre outros):

- a) Debilidade dos sistemas de saúde com serviços desprovidos de meios;
- b) Intervenções que não correspondem à dimensão do problema;
- c) Pessoas sem poder para melhorar a sua própria saúde devido a factores como a pobreza;
- d) Há uma grande desigualdade de acesso aos cuidados de saúde;
- e) Pobreza generalizada, marginalização e deslocação no continente;
- f) Falta de colaboração intersectorial;
- g) Os factores ambientais e a degradação não recebem a devida atenção (nomeadamente os défices na produção agrícola, baixo nível de alfabetização, falta de água potável e de saneamento adequado, electrificação e infra-estruturas);
- h) Guerra e conflito civil;
- i) Ciclo vicioso da pobreza e seus determinantes que aumentam o peso da doença enquanto os problemas de saúde em si aumentam a pobreza; e
- j) A falta de profissionais de saúde formados e motivados.

4. A mais importante conclusão da Estratégia de Saúde de África é que o investimento na saúde contribuirá para o desenvolvimento económico.

II- O ónus da doença

5. O cancro está tornar-se cada vez mais a principal causa da morbilidade e mortalidade a nível mundial e em África, com 12,7 milhões de novos casos diagnosticados em 2008. A previsão é de que este número venha a aumentar para 21,4 milhões em 2030¹. Em 2008, de acordo com a base de dados da GLOBOCAN do Centro Internacional de Investigação do Cancro (CIIC) foram registados, em África, 492.135.000 homens e 494.955.000 mulheres, com um total populacional de 987.091 000². O número de novos casos de cancro diagnosticados em 2008 foi de 715.600 (325.000 para homens e 390.600 para mulheres). Em termos gerais, foram registadas 541.800 mortes por cancro (por exemplo, 78% das pessoas em África diagnosticadas com o cancro morreram da doença). A taxa de incidência normalizada de cancro de acordo com a idade em Angola foi de 12,1/100.000 habitantes (12,2 para homens e mulheres). Os cinco tipos de cancro mais frequentes nos homens foram o cancro da próstata, fígado, sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkiniano (LNH) e o cancro do pulmão. Em mulheres, os cancros mais comuns foram da mama, colo do útero, fígado, colo-rectal e o cancro do LNH (figuras 1 e 2). Tanto nos homens como nas mulheres a taxa de mortalidade foi extremamente elevada.

6. Por outro lado, a América do Norte tem uma população de 345.053.000, e a taxa de incidência normalizada do cancro de acordo com a idade nos homens e nas mulheres é muito mais elevada do que em África, ou seja 29,9/100 000. Os cinco tipos de cancro mais comuns nos homens são o cancro da próstata, pulmão, colo-rectal, bexiga e do LNH. Nas mulheres, são o cancro da mama, pulmão, colo-rectal, colo do útero e do LNH (Figuras 3 e 4). No entanto, de salientar é o número inferior de casos em relação ao rácio de letalidade na América do Norte (40%) comparando com África, onde aproximadamente 80% de todas as pessoas diagnosticadas com cancro morrem da doença.

A tabela 1 mostra as taxas específicas de mortalidade em diferentes regiões do mundo relativamente às mortes por cancro. Estes dados mostram que África carrega custos mais elevados de todas as doenças, incluindo o maior número de mortes por cancro.

¹ Sankaranarayan R, Swaminathan R, Brenner H et al Cancer survival in Africa, Ásia e Central America: a population-based study. Lancet Oncol 2010; 165 – 73

² <http://globocan.iarc.fr>

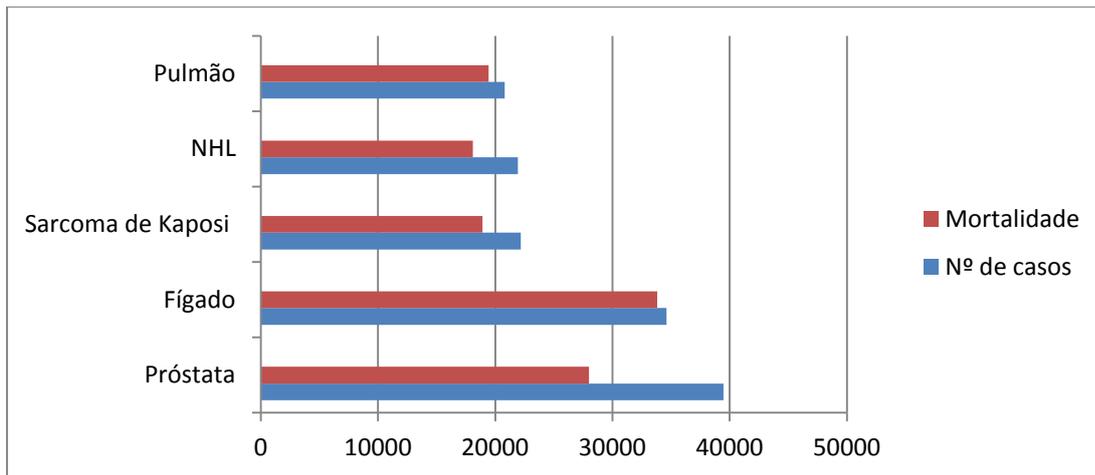


Figura 1: Cinco tipos de cancro mais comuns entre os homens em África, dados da GLOBOCAN de 2008

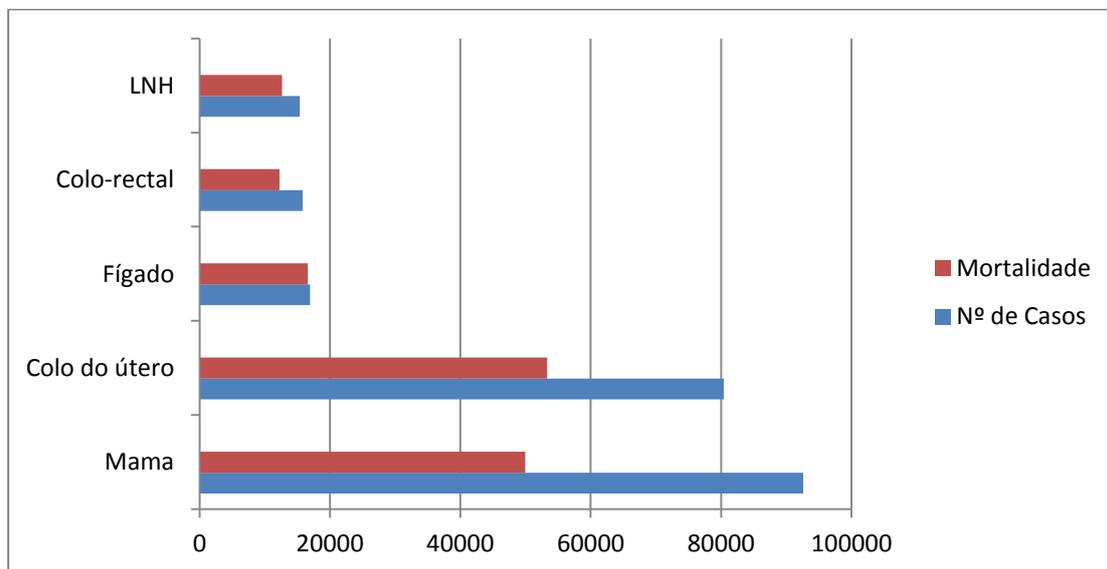


Figura 2: Cinco tipos de cancros mais comuns em mulheres em África, dados da GLOBOCAN de 2008

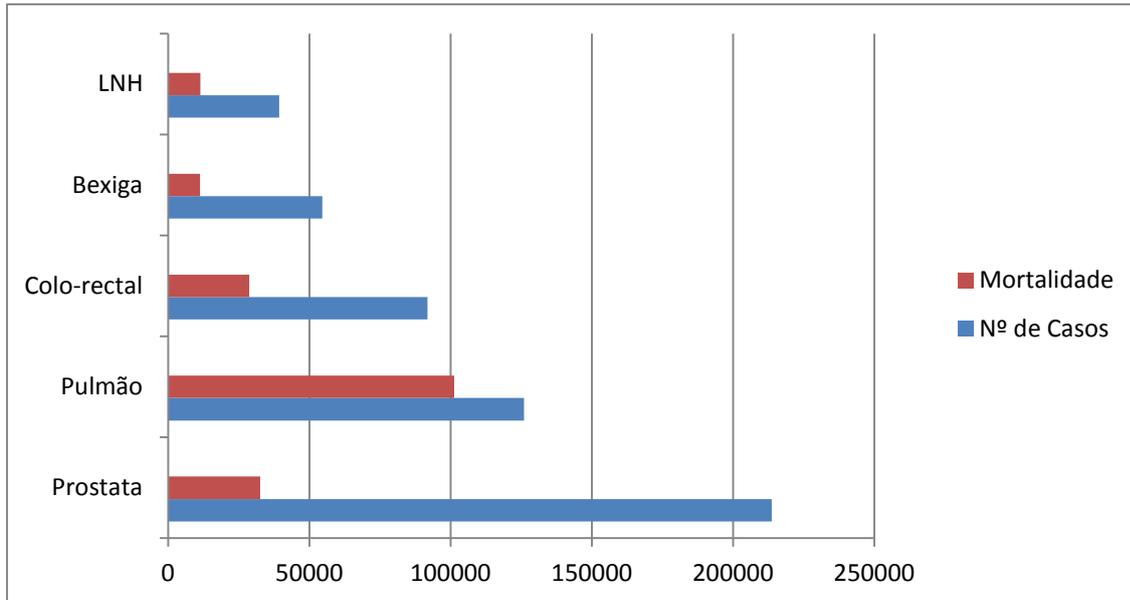


Figura 3: Cinco tipos de cancro mais comuns nos homens na América do Norte, dados da GLOBOCAN de 2008

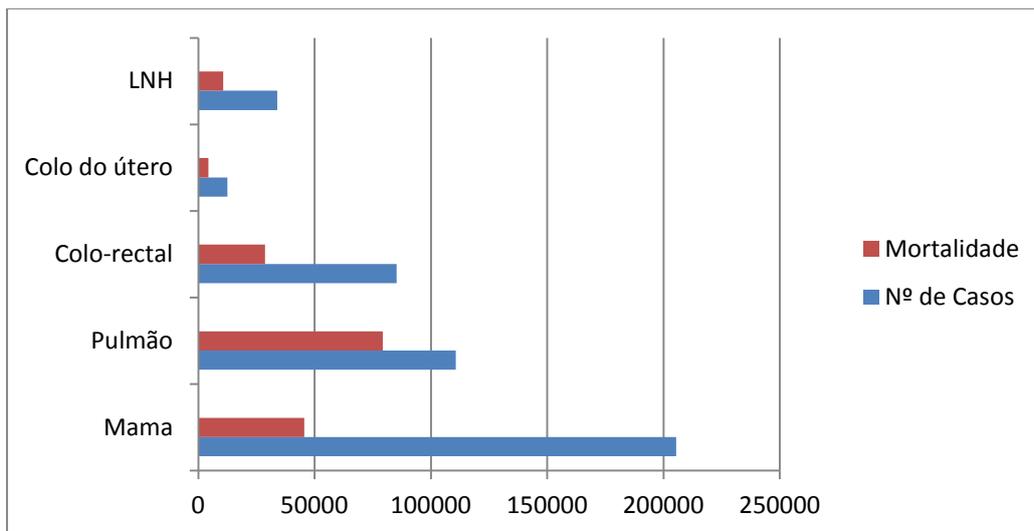


Figura 4: Cinco tipos de cancro mais comuns em mulheres na América do Norte, dados da GLOBOCAN de 2008

	Doenças transmissíveis/100.000 habitantes	DNT/por 100.000 habitantes	Lesões/100.000 habitantes	Malária/100.000	VIH/SIDA	Mortalidade Materna /100.000 nascidos vivos	Mortes por cancro/100.000
África	798	779	107	94	160	480	147
Região da América	72	455	63	0.1	10	63	136
SE da Ásia	334	676	101	2.9	13	200	125
Região Europeia	51	532	63	0	9.6	20	166
Medit Oriental	254	706	91	2.5	6.5	250	127
Pacífico Ocidental	74	534	64	0.2	3.4	49	168
World	230	573	78	12	27	210	150

Tabela 1: Mortalidade por causas específicas em diferentes regiões do mundo, Estatísticas da Saúde Mundial de 2012, Organização Mundial da Saúde, Genebra

7. Há uma grande disparidade na incidência e nos padrões de mortalidade por cancro nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento, o que é reflexo das diferenças regionais na prevalência e distribuição dos principais factores de risco, acesso do diagnóstico e intervenções terapêuticas, qualidade dos serviços de saúde e disponibilidade de pessoal de saúde qualificado. Por exemplo, o cancro da próstata, colo-rectal, colo-rectal, mama feminina é 2 – 5 vezes mais elevado nos países desenvolvidos, ao passo que os cancros relacionados com infecções, por exemplo, do estômago, fígado e do colo do útero são mais comuns nos países menos desenvolvidos³. Além disso, o cancro nos países mais pobres é geralmente diagnosticado se encontra numa fase avançada, tornando o tratamento, quando disponíveis, altamente ineficaz⁴, de acordo com uma avaliação de mais de 300.000 mortes por cancro dos anos de 1990 em África, Ásia e América Central. Apenas dois países em África tinham dados adequados, a Gâmbia e o Uganda. Na Gâmbia, a taxa de sobrevivência de 5 anos para as pessoas diagnosticadas com cancro foi de 22% e no Uganda de 13%, com excepção do cancro da mama com uma taxa de sobrevivência de cinco anos equivalente à 46%.

III- Desafios em África

8. Para muitos países africanos, os desafios do controlo do cancro são significativos, mas não impossíveis de resolver. O processo começa com o

³ Jemal A, Bray F, Center M, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global Cancer Statistics. 2011; 61:169 – 90

⁴ Sankaranarayan R, Swaminathan R, Brenner H et al Cancer survival in Africa, Asia and Central America: a population-based study. Lancet Oncol 2010; 165 – 73

reconhecimento da dimensão do problema. Isto não tem sido bem conduzido em muitos países africanos, devido a fracos dados de qualidade (apenas cerca de 8% das mortes na África Subsariana são medicamente comprovadas). Além disso, devido ao número muito limitado de serviços de patologia em muitos países africanos, o diagnóstico do cancro não é feito antes da morte, nem mesmo as causas da morte são declaradas e mantidas a nível central. É notável a falta de dados sobre o cancro, em comparação com os dados bastante extensivos sobre a mortalidade materna, doenças infecciosas e nutricionais. Tendo sido reconhecida a elevadíssima taxa de mortalidade materna, a questão passou a merecer mais atenção e alocação de recursos, embora muitos países africanos estejam ainda longe do objectivo gizado de reduzir a mortalidade materna aos níveis recomendados nos ODM até 2015.

9. Os outros desafios são os seguintes:

- a) A falta de registos de casos de cancro baseado na população com indicações precisas da causa de morte;
- b) A falta de serviços de patologia e de outros diagnósticos;
- c) Segundo estimativas relativamente à falta de pessoal formado⁵, em 31 países da África Subsariana, em 2015, a falta de profissionais de saúde, tais como doutores, enfermeiros e parteiras será de 792.000 com encargos salariais de mais de \$2,2 mil milhões anualmente. Actualmente estima-se que existem 145.000 médicos na África Subsariana, o que representa 5% dos 2.877.000 médicos em actividade na Europa⁶;
- d) A falta de acesso ao tratamento (cerca de 22% dos 54 países em África não têm acesso a qualquer forma de terapias anticancerosas que incluem a ecologia cirúrgica, quimioterapia e radiação); e
- e) Onde se verifica a presença de instalações de radiação, estas são irremediavelmente muito poucas para a população. Por exemplo, existe uma máquina de radiação na Etiópia para 60 milhões de habitantes, 1 na República Democrática do Congo para 73 milhões de habitantes, 1 no Malawi para 16 milhões de pessoas, 1 em Moçambique para 23 milhões de pessoas e 1 no Senegal para 13 milhões de pessoas. Existem 10 instalações de radiação na Nigéria para uma população de 162 milhões de pessoas, em comparação com as 3.331 instalações nos EUA para uma população de 300 milhões de pessoas e 86 instalações no Reino Unido com uma população de 62 milhões de pessoas;
- f) Constata-se a falta de acesso aos cuidados médicos, bem como despesas desembolsadas do próprio bolso bastante elevadas incorridas pelas pessoas em África. Por exemplo, na Nigéria 62% de todas as despesas saem do próprio bolso do cidadão, em comparação com os 10% no Reino Unido. Estima-se que as despesas de saúde pagas do próprio bolso estão a levar 100 milhões de pessoas à pobreza extrema a nível mundial [Estatísticas da Saúde Mundial de 2012, Organização Mundial da Saúde, Genebra];
- g) Além disso, regista-se a 'fuga de cérebros' do pessoal de saúde em África para realidades mais atractivas com melhores salários, condições de

⁵ Estatísticas Mundiais da Saúde 2012, Organização Mundial da Saúde, Genebra

⁶ Ibid

trabalho, planos e apoio de carreiras. Num inquérito realizado de 168 escolas de medicina em África, em que 105 responderam, mais de metade registaram perda entre 6 e 18% do corpo docente para a emigração nos últimos 5 anos [Lancet 2011;377:113- 21]. Além disso, a maioria das escolas de medicina têm um ensino e formações muito limitadas relativamente aos cuidados do cancro; e

- h) A falta de cuidados paliativos, resulta num grande número de mortes desnecessariamente agonizantes.

IV- Tipos de Cancro

A- Cancro da Próstata

10. Globalmente, o cancro da próstata é o segundo tipo de cancro mais comum nos homens e a sexta causa mais comum de morte entre os homens. Com uma taxa de incidência ajustada de acordo com a idade de 17,5/100,000 e a taxa de mortalidade de 12,5/100,000, o cancro da próstata é ocupa o primeiro lugar em termos de incidência e mortes por cancro entre os homens em África.¹ As incidências do cancro da próstata nos homens em todas as regiões de África são: 53,9/100.000 na África Austral; 22,2/100.000 na África Ocidental; 16,4/100.000 na África Central; 14,5/100.000 na África Oriental; e 8,1/100.000 na África do Norte. Por outro lado, a mortalidade causada pelo cancro da próstata nos homens em todas as regiões de África são: 19,3/100.000 na África Austral; 18,3/100.000 na África Ocidental; 13,4/100.000 na África Central; 11,7/100.000 na África Oriental; e 6,2/100.000 na África do Norte.

11. É importante observar que as taxas de incidência das regiões africanas podem estar subestimadas devido ao número limitado de despistagens do cancro da próstata e a escassa utilização do teste antígeno específico da próstata (PSA) nos países de poucos recursos. Não obstante a isso, o combate ao cancro da próstata em África é de grande importância para a saúde dos homens, tendo em conta o peso da doença em África.

➤ Factores de Risco para o Cancro da Próstata

12. De acordo com a Sociedade Americana contra o Cancro - American Cancer Society,² os factores de risco confirmados para o cancro da próstata relacionam-se com a idade, origem africana e o histórico familiar do cancro da próstata. O factor de risco relativo à **origem africana** torna o cancro da próstata uma doença crónica que deve ser urgentemente atacada em África. Os outros factores de risco que relacionados ao cancro da próstata são: a dieta rica em carne processada, produtos lácteos e a obesidade.²

➤ Prevenção e Orientações para a Despistagem

13. Os papéis dos comportamentos na redução dos riscos do cancro da próstata (tais como o consumo do tabaco/álcool/drogas, hábitos alimentares, consumo suplementar e a actividade física) e na detecção precoce do cancro da próstata, enquanto factores de protecção/risco ainda não são claros. Os comportamentos de

prevenção, tais como o consumo nutricional, são no mínimo, sugestivos e não concludentes. Uma área que mereceu muito interesse investigativo é a quimioprevenção, que levou à descoberta da finasterida e a dutasterida. Ambos os medicamentos estão a ser utilizados actualmente para tratar o crescimento benigno da próstata, porém, não estão oficialmente aprovados para a prevenção do cancro da próstata.

14. Os dois instrumentos principais de despistagem, utilizados rotineiramente para o diagnóstico do cancro da próstata são o exame de toque rectal e o antígeno específico da próstata (PSA). Embora um número significativo de estudos de investigação na população em geral tenha demonstrado uma relativa melhoria das taxas de mortalidade com a detecção precoce do cancro da próstata, os benefícios da despistagem do cancro da próstata na população em geral continua a suscitar controvérsia. Numa avaliação sistemática e uma meta-análise dos ensaios aleatórios controlados e centrados na despistagem da próstata do cancro, Djulbegovic et al.³ concluiu que: (1) A despistagem do cancro da próstata não tem um impacto significativo na mortalidade em geral ou nas mortes causadas pelo cancro da próstata; e (2) A despistagem ajuda a diagnosticar o cancro da próstata na fase inicial, porém correndo o risco de haver um tratamento excessivo e efeitos adversos a jusante que actualmente é difícil de serem quantificados com precisão. Contudo, todos os estudos analisados por Djulbegovic et al.³ não incluíram um número significativo de homens de origem africana. Assim, há uma falta de evidência sobre o impacto da despistagem do cancro da próstata para homens de origem africana. Há uma necessidade gritante de ensaios de despistagem específicos nas populações em risco, tais como nos homens africanos, para formular recomendações de despistagem específicas que têm em conta os valores e as preferências dos homens africanos.

15. A American Cancer Society recomenda que os homens com risco elevado de desenvolverem o cancro da próstata, tais como os homens de origem africana, devem começar a discutir sobre a despistagem com os seus médicos a partir dos 45 anos de idade. A secção de Urologia da Associação Nacional Médica dos Estados Unidos da América (NMA), por sua vez, apoia a utilização do PSA para a detecção precoce do cancro da próstata nos homens de origem africana. De acordo com a declaração de melhores práticas da Associação Americana de Urologia sobre a detecção precoce do cancro da próstata, a NMA recomenda: (1) Teste inicial de PSA aos 40 anos de idade para os homens de origem africana; (2) Tanto o exame de toque rectal (DRE) como o antígeno específico da próstata (PSA) como parte da despistagem; (3) Um processo consciente de tomada de decisão, em que os homens são informados sobre as vantagens e desvantagens da despistagem; e (4) Uma avaliação multifactorial do risco com base na idade, etnicidade, histórico familiar, cinética e a densidade do PSA.

➤ **Estratégias do Cancro da Próstata**

16. Para fazer face de forma eficaz ao cancro da próstata em África, propusemos estratégias no domínio do desenvolvimento de capacidades, investigação, formação, envolvimento da comunidade e da definição de políticas.

i. Estratégias de desenvolvimento de capacidades

- Melhorar a validade do registo do cancro para as doenças urológicas.
- Desenvolver biobancos de colaboração regionais e armazéns de dados epidemiológicos para apoiar a prevenção e a pesquisa de controlo do cancro da próstata.
- Desenvolver redes de investigação cooperativa para dar resposta ao cancro da próstata em África.
- Promover o envolvimento dos líderes comunitários, activistas no combate ao cancro e os decisores políticos na pesquisa sobre o cancro da próstata.

ii. Estratégias de investigação

- Determinar a etiologia do cancro da próstata em África.
- Compreender as contribuições relativas dos factores genéticos, estilos de vida e ambientais no desenvolvimento e progressão do cancro da próstata em África.
- Determinar a influência da emigração na morbilidade e mortalidade provocada pelo cancro da próstata, comparando africanos na diáspora e africanos indígenas.

iii. Estratégias de formação

- Desenvolver um quadro de cientistas africanos do cancro da próstata através de programas integrados de educação, formação e orientação.
- Realizar workshops contínuos de educação e apoiar os prestadores de cuidados de saúde a promover cuidados de saúde de qualidade e acessíveis ao longo dos contínuos cuidados do cancro da próstata, incluindo a avaliação de riscos, detecção, diagnóstico, tratamento, sobrevivência e cuidados terminais.

iv. Estratégia de envolvimento da comunidade

- Aumentar a formação, sensibilização da comunidade e apoiar as actividades de combate ao cancro em África para promover a prevenção e o controlo contra o cancro da próstata.

v. Estratégia de empenhamento político

- Formar os decisores africanos sobre questões do cancro da próstata para a prevenção e a adopção de políticas eficazes contra o cancro da próstata.
- Estabelecer parcerias com os decisores políticos por forma a melhorar o acesso a cuidados de alta qualidade e económicos do cancro da próstata.

B- Cancro da Mama

17. O cancro da mama é o segundo mais comum em termos de incidência e mortalidade entre as mulheres africanas. A incidência do cancro da mama em 2008 foi de 21,3 por 100.000 e a mortalidade causada cancro da mama foi de 16,4 por 100.000 em África.

18. Tal como acontece com muitos cancros, as taxas de incidência do cancro da mama em África podem estar subestimadas devido ao número reduzido de despistagens do cancro da mama nos países de baixos recursos. As oportunidades para a despistagem do cancro da mama, incluindo a mamografia, são limitadas na maioria das regiões de África. Muitos cancros da mama são diagnosticados tardiamente, dificultando o tratamento, devido à apresentação tardia. Na Líbia e na Nigéria, mais do que metade dos pacientes apresentaram-se na fase III ou IV ^[1,2], enquanto na África Oriental, mais de 70% dos pacientes apresentaram-se na fase III ou IV ^[3]. Na Nigéria, houve um registo de 39% dos pacientes com problemas de tumores fúngicos e 13% apresentaram evidências clínicas de metástases [4].

➤ Factores de Risco para o Cancro da Mama

19. Existem vários factores de risco para o cancro da mama, incluindo a idade no início da menarca e da menopausa, idade na primeira gravidez completa, paridade, amamentação e a obesidade. Outros factores dietéticos (por ex., o consumo de álcool) e o estilo de vida (por ex., hábitos sedentários) foram largamente mencionados como sendo factores de risco. Em geral, as mulheres com elevados riscos de contracção do cancro da mama são aquelas que levam o estilo de vida “ocidental”. Uma vez que as mulheres africanas continuam a adoptar o estilo de vida, padrões reprodutivos e dietéticos parecidos ao estilo de vida “ocidental”, prevê-se que a incidência e a mortalidade por cancro da mama irão continuar a crescer. É necessário que a despistagem e o tratamento tenham em conta esta tendência, para se conseguir travar o crescimento da mortalidade causada pelo cancro da mama.

➤ Prevenção e Orientações para a Despistagem

20. Os papéis dos comportamentos de redução do risco do cancro da mama (tais como o consumo do Tabaco ou do álcool, consumo de gorduras e a actividade física) foram amplamente estudados na Europa e na América do Norte, porém, estas estratégias não foram avaliadas em África. Uma área que mereceu muito interesse em termos de investigação é a quimioprevenção, que tem sido um êxito na redução do risco do cancro da mama. O tamoxifeno, o raloxifeno e os outros moduladores selectivos do receptor estrogénico são utilizados para a prevenção e o tratamento do cancro primário da mama para prevenir tumores secundários (contralaterais).

21. Os instrumentos fundamentais de despistagem utilizados de forma rotineira para a detecção do cancro da mama são o auto-exame da mama, exame clínico da mama e a mamografia, com novos instrumentos de despistagem (imagem por ressonância magnética “IRM” da mama), cada vez mais utilizada em alguns grupos

de alto risco. Embora um número significativo de estudos de investigação na população em geral tenha demonstrado uma melhoria relativa das taxas de mortalidade com a detecção precoce do cancro da mama, os benefícios da despistagem do cancro da mama na população em geral ainda constituem uma controvérsia. A utilização da técnica da mamografia em mulheres jovens (por ex., menos de 50 anos de idade) não foi recomendado pelo Grupo de Acção dos Serviços Preventivos dos EUA, assim, as mulheres mais jovens não beneficiarão da despistagem como acontece com as mulheres mais velhas. Não foram mostrados em todos os estudos de que o auto-exame da mama reduz a mortalidade causada pelo cancro da mama especificamente. Nenhum estudo aprofundado sobre a eficácia da despistagem da mama foi realizado em África. É necessário que sejam feitos ensaios específicos de despistagem às populações em risco, tais como as mulheres africanas, para a formulação de recomendações específicas sensíveis aos valores e preferências das mulheres africanas.

➤ **Estratégias do Cancro da Mama**

22. Para fazer face de forma efectiva ao cancro da mama em África, propusemos estratégias no domínio do desenvolvimento de capacidades, investigação, formação, envolvimento comunitário e definição de políticas.

i. Estratégias de desenvolvimento de capacidades:

- Melhorar a validade do registo do cancro para as doenças mamárias.
- Desenvolver biobancos regionais de colaboração e bancos de dados epidemiológicos para apoiar a prevenção do cancro da mama e o controlo da investigação.
- Desenvolver redes de investigação cooperativa para dar resposta ao cancro da mama em África.
- Promover o envolvimento dos líderes comunitários, activistas na luta contra o cancro e os decisores políticos na investigação do cancro da mama.

ii. Estratégias de investigação:

- Determinar a etiologia do cancro da mama em África;
- Compreender as contribuições relativas dos factores genéticos, estilo de vida e ambientais no desenvolvimento e progressão do cancro da mama em África;
- Determinar a influência da emigração na morbilidade e mortalidade causada pelo cancro da mama, fazendo uma comparação entre os africanos nas diáspora e os africanos indígenas.

iii. Estratégias de formação

- Desenvolver um quadro de cientistas africanos do cancro da mama, através de programas integrados de educação, formação e orientação;
- Realizar workshops contínuos de formação e apoiar os prestadores de cuidados de saúde a promover cuidados de saúde de qualidade e acessíveis ao longo dos contínuos cuidados do cancro da próstata, incluindo a avaliação de riscos, detecção, diagnóstico, tratamento, sobrevivência e dos cuidados terminais.

iv. Estratégia de envolvimento da comunidade

- Aumentar a formação, sensibilização da comunidade e apoiar as actividades de luta contra o cancro da mama em África para promover a prevenção e o controlo contra o cancro da mama.

v. Estratégia de empenhamento político

- Formar os decisores políticos africanos sobre questões do cancro da mama para a prevenção e a adopção de políticas de controlo eficazes do cancro da mama;
- Estabelecer parcerias com os decisores políticos por forma a melhorar o acesso aos cuidados de saúde prestados no domínio do cancro da mama com garantia de qualidade e custo-eficácia.

C- Cancro do Colo do Útero

23. O cancro do colo do útero (CC) continua a ser um desafio de saúde pública, sendo o segundo tipo de cancro mais comum entre as mulheres a nível mundial. África, de momento, é o continente que mais sofre do impacto da doença. Cerca de 530.000 novos casos são diagnosticados anualmente em todo o mundo com mais de 85 por centos a apresentarem-se num estado avançado da doença, quando intervenções terapêuticas não são possíveis nos países em desenvolvimento que, na sua maioria, encontram-se em África, e estimam-se mais de 274.000 mortes anualmente por causa da doença. A incidência específica com base na idade varia de 25 à 30/100.000 com um valor médio de 28,5/ 100.000. A incidência máxima com base na idade é aproximadamente da 4^a-6^a décadas de vida.

➤ Factores de risco

24. O principal factor causal do CC é a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (VPH), que é na sua maioria transmitido sexualmente e está igualmente associado aos outros cancros, tais como o cancro da nasofaringe, do pénis; e da cabeça e do pescoço. Os serótipos mais comuns associados ao CC são o 16 e 18. O padrão da infecção do VPH na população varia pela localização e idade das mulheres. As mulheres são na sua maioria propensas à infecção do VPH entre os 10 aos 25 anos de idade e, por conseguinte, a probabilidade diminui até os 40 anos de idade. Sabe-

se que há uma maior variação dos tipos de VPH nos países, regiões e continentes. África tem a taxa mais alta de infecção do VPH entre as mulheres por localização. A explicação biológica da ligação entre a infecção do VPH e o CC de momento é a persistência da infecção por pelo menos 6 meses; isto geralmente ocorre em cerca de 10 à 15 % dos casos.

25. Os outros factores de risco ligados ao CC incluem: (1) os factores ambientais, tais como os contraceptivos hormonais, os factores biológicos (idade, elevada paridade; presença da infecção sexualmente transmitida e a sua situação no que se refere ao VIH); os factores de riscos relativos ao estilo de vida (idade de início da vida sexual, vários parceiros sexuais e o cigarro); (a poligamia e a higiene pessoal) e outros factores são o analfabetismo, pobreza e o histórico familiar; (2) os cofactores virais, tais como os tipos, cargas e co-infecções virais e por último (3) cofactores do hospedeiro, tais como a composição e as variações genéticas.

➤ **Estratégias de prevenção para o Cancro do Colo do Útero**

26. O cancro do colo do útero é uma doença totalmente passível de prevenção e vários países utilizaram esta oportunidade para reduzir o peso que este representa. Em geral, as estratégias de prevenção podem ser amplamente divididas em prevenção primária, secundária e terciária. A vacinação contra o VPH continua a ser a estratégia principal para a prevenção primária do CC e isto tem sido amplamente subscrito pelas várias agências de regulamentação e pelos governos nacionais. Após a aprovação do escritório de controlo farmacêutico e alimentar americano - Food and Drug Administration (FDA), foram colocadas em circulação as duas vacinas, a seguir: (1) Cervarix, e (2) Gardasil (ver Tabela 2).

Variáveis	Gardasil	Cervarix
Fabricante	Sanofi Pasteur MSD	GlaxoSmithKline
Genótipos HPV	6, 11, 16, 18	16, 18
Adjuvante	Fosfato de alumínio	AS04
Aprovação da FDA	2006	2008
Dosagem	0, 2, e 6 meses	0, 1, e 6 meses
Indicação	Prevenção do cancro do útero	Prevenção do cancro do útero e de verrugas genitais

Tabela 2. Vacinas Aprovadas contra o VPH

27. A OMS recomenda que a vacina contra o VPH seja administrada a meninas antes de iniciarem a sua vida sexual (dos 9 aos 12 anos ou dos 13 aos 26 anos) e foi ainda aconselhado que este limite de idade pode ser modificado com base na idade média da iniciação sexual de cada país. Vários países desenvolvidos formularam as suas políticas nacionais e começaram a sua implementação de forma abrangente. Contudo, vários países africanos ainda não iniciaram a implementação da estratégia nacional de vacinação contra o VPH.

28. A comunicação em torno da mudança comportamental é outro método de prevenção primária e envolve a partilha de informação sobre as práticas relativas ao sexo seguro na comunidade. O aconselhamento das meninas contra o sexo de risco e o desencorajamento à vida sexual com vários parceiros irá potencialmente reduzir a probabilidade de infecção do HPV e subsequente risco do CC.

29. A despistagem, como prevenção de nível secundário, visa detectar as mulheres infectadas que não apresentam sintomas de lesões cancerosas, para tratamento, no seio da população). O teste de Papanicolaou (Pap) é a referência universal para a despistagem do CC. Ele tem uma elevada sensibilidade e uma moderada especificidade. Recomenda-se que as mulheres activas sexualmente façam o teste de Papanicolaou em cada 3 anos pelo menos até a 6^a década de vida. A maioria dos países desenvolvidos tem utilizado esta política para reduzir drasticamente o peso do CC, ao passo que vários países em desenvolvimento, sobretudo em África, não possuem uma estratégia de despistagem nacional.

30. Os desafios que enfrentam os países em desenvolvimento na adopção do teste de Papanicolaou incluem a falta de mão-de-obra, como os prestadores de cuidados médicos especializados em despistagem citológica (técnicos de laboratório “cytoscreeners” e citopatologistas) e o custo elevado do procedimento. A inspecção visual do colo do útero com ácido acético ou com a solução de Lugol (VIA ou VILLI) foi recomendada, como estratégia de despistagem alternativa para o terceiro mundo, onde o acesso ao teste de Papanicolaou é limitado. Estudos têm mostrado que estes métodos têm uma sensibilidade bastante comparável, porém uma especificidade menor na detecção de lesões pré-malignas do colo uterino. O benefício da VIA ou da VILLI está no facto de ser barato, fácil de executar, não requer competências de alta especialização e o tratamento pode ser oferecido no mesmo lugar quando é detectado alguma anomalia.

31. A prevenção terciária envolve a detecção da doença na fase inicial e na concessão do tratamento abrangente, que pode ser uma operação cirúrgica ou radioterapia ou ambos. A gestão da doença na fase inicial é fortemente associada a uma melhor sobrevivência ao cancro e por vezes é possível a cura. De momento, a maioria dos países em África carecem de capacidade e competências para providenciar um tratamento multidisciplinar holístico ao CC.

➤ **Estratégias para o Cancro do Colo do Útero**

32. A estratégia eficaz para reduzir o peso que o CC representa em África deve ser holística, realística e baseada em estratégias de prevenção comprovadas, que promove a investigação multidisciplinar translacional, a participação activa da comunidade e dos decisores políticos, incluindo as agências doadoras, a capacitação dos prestadores de cuidados de saúde em todas as facetas de tratamentos/intervenções e assegurar políticas favoráveis que permitirão promover melhor o acesso ao tratamento do CC de forma qualitativa.

a- Estratégias de desenvolvimento de capacidades

- Melhorar a qualidade do registo do cancro, especialmente na comunidade onde o CC é muitas vezes ignorado.
- Desenvolver uma estratégia aprofundada de mapeamento para o CC na comunidade, a fim de fazer face aos desafios que os dados epidemiológicos reais representam.
- Desenvolver redes de investigação cooperativa para dar resposta ao CC em África.
- Promover o envolvimento dos líderes comunitários, dos activistas contra o cancro e dos decisores políticos na investigação do CC.

b- Estratégias de investigação

- Investigar os tipos de VPH e outros factores de risco complementares que são peculiares à África e também, determinar se existe qualquer variação regional do ponto de vista pato-fisiológico da eliminação da infecção do VPH e subsequente desenvolvimento do CC no continente.
- Compreender as contribuições relativas dos factores genéticos, estilo de vida e ambientais no desenvolvimento e progressão do CC em África.
- Determinar os farmacogenómicos do CC nas populações indígenas em África.

c- Estratégias de formação

- Promover programas de bolsas de estudo de curto e de longo prazo em todas as facetas do tratamento do CC, especialmente para as jovens e entusiásticas faculdades em África
- Promover a inauguração da certificação para a subespecialidade da gine-oncologia com todo o outro equipamento auxiliar.
- Exercer pressão para o aumento do número de unidades de radioterapia nos países africanos, que irão providenciar a Braquiterapia e a teleterapia de forma ininterrupta em África a um custo acessível
- Realizar workshops de formação de forma contínua e apoiar os prestadores de cuidados de saúde na promoção de cuidados de alta qualidade e acessíveis ao longo do tratamento contínuo do CC, incluindo a avaliação do risco, prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento, sobrevivência e dos cuidados terminais.

d- Estratégia de envolvimento da comunidade

- Aumentar a formação, sensibilização da comunidade e apoiar as acções de consciencialização sobre o cancro em África para promover a prevenção e o controlo do CC.

- Utilizar o método sociocultural africano existente de divulgação da informação para promover a consciencialização do CC como um desafio sanitário, as oportunidades de despistagem e tratamento

e- Estratégia de empenhamento político

- Engajar os líderes africanos na necessidade de promover a prevenção do CC em África, de modo a colocarem o assunto nas suas listas de prioridades para apreciação e financiamento.
- Promover a introdução de políticas favoráveis que reduzirão a prevenção do CC em África, tais como a incorporação da vacina contra o VPH no programa de vacinação de rotina e a despistagem nas suas políticas de seguro de saúde.

D- Cancro do Fígado

33. O fígado, como um órgão essencial, desempenha papéis importantes e vitais para a economia metabólica do corpo. Em resultado do seu papel central na sobrevivência e existência, o fígado está exposto a uma barragem de antígenos e xenobióticos, alguns dos quais são infecciosos e, por vezes, cancerígenos. O cancro do fígado é fatal e ocorre em todo o mundo. O cancro do fígado é maioritariamente de duas categorias, ou seja, o cancro primário do fígado e o cancro secundário ou metastático. Nos países com baixa prevalência de infecção do Vírus da Hepatite B (VHB), as lesões hepáticas secundárias são a principal causa do cancro do fígado, ao passo que nas regiões com alta prevalência do VHB, tais como na China e na África Subsariana, o carcinoma hepatocelular (CHC) é responsável pela maioria dos casos de cancro do fígado. No entanto, é mais comum nas regiões do mundo onde os factores de risco são mais prevalentes.

34. Mundialmente, o CHC é o sexto tipo de cancro mais comum no mundo e o quinto tipo de cancro mais comum nos homens, bem como o oitavo mais comum nas mulheres. Além disso, é igualmente a terceira causa mais comum de mortes causadas pelo cancro, porém 8% de mortes é causada pelo cancro. A maioria das mais de 600.000 mortes anuais atribuíveis ao CHC, ocorrem na Ásia e na África Subsariana, principalmente por causa da endemicidade dos principais factores de risco.

➤ Factores de Risco

35. A cirrose hepática é a passagem final comum da maioria das doenças hepáticas crónicas conhecidas, e, portanto, constitui o principal factor de risco mais para o CHC. Na África Subsariana, o VHB é o principal factor de risco para a cirrose hepática e, portanto, para o CHC. Vários estudos mostram que a prevalência do VHB no CHC está entre 60%-80%. No entanto, está bem estabelecido que alguns pacientes com a infecção do VHB evoluem para o CHC, sem desenvolverem a cirrose hepática. Outros importantes factores de risco são o vírus da Hepatite C (VHC) e as Aflatoxinas B1 (AFB1). As causas menos comuns em África são: Esteatohepatite Não-Alcoólica (EHNA/NASH), Diabetes Mellitus, Obesidade, Álcool,

Tabaco, Tirosinose, Hemocromatose, deficiência de alfa-1-antitripsina, hepatite auto-imune crónica activa e a Cirrose Biliar Primária.

➤ **Prevenção**

36. O custo para os cuidados das doenças hepáticas, geralmente, fica além do alcance de um cidadão comum em África, onde a maioria das pessoas vive abaixo da linha da pobreza. A essência da prevenção do CHC nas nações pobres em recursos, portanto, é a prevenção primária do VHB, através da vacinação universal da hepatite B aos recém-nascidos, a qual a Organização Mundial da Gastroenterologia (OMG) avançou como a única estratégia eficaz.

37. A vacinação infantil universal para a infecção do VHB é a medida preventiva mais gratificante porque a maioria dos adultos e crianças infectadas em África são infectadas na infância, através da transmissão horizontal. A energia e o vigor pelo qual isto é executado será determinante para o progresso na contenção do cancro do fígado em África. De facto, se as nações africanas irão adoptar a abordagem da Organização Mundial da Saúde como está a ser aplicado para a vacinação da pólio, a prevalência do CHC chegará ao seu nível mais baixo, conforme demonstrado pelos estudos na Gâmbia e no Taiwan.

38. Além da vacinação aos recém-nascidos contra a infecção do VHB, devem ser considerados os seguintes grupos para vacinação: bebés nascidos de mães com o VHB; pessoas expostas ao sangue e aos componentes do sangue (profilaxia pós-exposição); trabalhadores de saúde; pessoas com vários parceiros sexuais/VIH; indivíduos em instituições fechadas como infantários, prisões, residências, etc.; Aqueles com ferimentos agudos, tais como mordidas, *piercings*, tatuagens, escovas de dentes, etc.; com doença falciforme hemoglobinopatia, hemofílicos; pacientes de hemodiálise; Consumidores de Drogas por via Intravenosa (IVDU); e receptores de transplante (menos comum em África).

➤ **Orientações para a Despistagem**

39. A despistagem passa por uma aplicação única de um teste de diagnóstico entre os indivíduos assintomáticos, a fim de identificar os sinais não reconhecidos da doença numa fase precoce ou os precursores da doença. Portanto, a despistagem para o cancro do fígado e os factores de risco devem ser estabelecidos a nível dos cuidados primário, secundário e terciário de saúde. Os melhores métodos de despistagem devem necessariamente ser inofensivos, prontamente disponíveis e acessíveis. Para captar a maioria da população, a despistagem deve ser realizada em vários “pontos de entrada” pelo facto de a vacinação aos recém-nascidos contra a infecção do VHB não ser amplamente praticada na maioria dos países africanos. A despistagem para identificar os factores de risco é fortemente defendida.

40. O segundo nível de despistagem é para o cancro do fígado. A alfa-fetoproteína (AFP) tem sido o principal parâmetro para o carcinoma hepatocelular, mas com a possibilidade de algumas variantes secretoras não-alfa-fetoproteínas do CHC associado com a baixa sensibilidade e especificidade da AFP, grande parte

das autoridades agora recomenda uma combinação da AFP e da ultra-sonografia do fígado. Contudo, alguns estudos recentes consideraram que a combinação de um outro marcador sorológico com a AFP produz maior previsibilidade do CHC, em comparação com a utilização exclusiva da AFP. Estas combinações são AFP e anticorpo anti-p53, AFP e antígeno carcinoma células escamosas, AFP e antígeno do cancro dos testículos e a mutação do códon 249 do gene p53, utilizando plasmócitos desprovidos de ADN, entre outros. Uma proteína codificada pelo gene GPC3, o glipicano 3 também foi considerada ser específica ao CHC, utilizando a coloração imuno-histológica. Algumas destas modalidades sofisticadas de diagnóstico e despistagem estão, no entanto, longe do alcance da maioria das nações africanas.

➤ **Estratégias específicas para o controlo em África**

41. É necessário que os governos nacionais dos países africanos concentrem esforços e assumam um firme compromisso, de modo a estarem a altura dos desafios impostos pela pobreza omnipresente, falta de infra-estruturas e especialistas médicos e outras reivindicações apresentadas pelo povo e traçarem um caminho através do planeamento, firme vontade política e colaboração com a comunidade internacional para travar a eminente epidemia do cancro do fígado em África. As estratégias específicas para o controlo do cancro do fígado em África devem, necessariamente, estar ancoradas no tripé da Prevenção, Detecção Precoce ou Diagnóstico e tratamento, e dos Cuidados Paliativos.

a- Estratégias de desenvolvimento de capacidades

- Formar médicos e cientistas de laboratório sobre os avanços actuais na gestão da hepatite;
- Equipar as instalações sanitárias secundárias e terciárias para a despistagem do vírus da hepatite;
- Educação sanitária contínua aos trabalhadores de saúde e à população em geral.

b- Estratégias de investigação

- Os governos nacionais e as agências de financiamento devem encorajar a investigação na produção de vacinas contra o VHB e o VHC;
- O desenvolvimento de novos testes não invasivos para os biomarcadores do CHC, utilizando anticorpos sorológicos, as tecnologias de proteómica e de genómica;
- Geração de base de dados para o registo do VHB, VHC e do Cancro

c- Estratégias de formação

- Formar e reciclar os trabalhadores de saúde no domínio das intervenções preventivas e terapêuticas disponíveis para a hepatite viral.

d- Estratégias de envolvimento da comunidade

- Despistagem voluntária para a hepatite viral;
- Educação sanitária e encorajamento da participação activa no Dia Mundial de Combate à Hepatite (1 de Outubro);
- Melhoria do armazenamento de cereais para evitar a contaminação por Aflatoxinas, através de cuidados próprios relativamente às culturas e ao armazenamento de alimentos.

e- Estratégias de empenhamento político

- Vacinação universal obrigatória aos recém-nascidos para contra o VHB. Aplicação da VHB no Programa Nacional de Vacinação (PNV);
- Programas de Vigilância e Despistagem para os factores de risco conhecidos com vista à detecção precoce da doença do fígado. Acompanhamento dos portadores do VHB, anti VHC positivos, pacientes que sofrem de hepatite crónica e cirróticos;
- Vacinação dos grupos em risco, tais como trabalhadores de saúde, prostitutas, açougueiros, etc.;
- Criação de um Grupo de Acção sobre a Hepatite para o reforço da vigilância e da despistagem, bem como para aumentar e manter a consciencialização sobre a hepatite.
- Prevenção contra o abuso do álcool;
- Tornar o custo dos cuidados de saúde acessível, utilizando o Sistema Nacional de Seguro de Saúde (SNSS) em todos os sectores;
- Designação de centros especializados regionais de excelência para as doenças infecciosas e hepáticas.

E- Cancro do Pulmão

42. Enquanto nos países industrializados, o cancro do pulmão é a forma de cancro mais comum entre os homens e a principal causa de mortalidade relacionada com o cancro em todo o mundo, o mesmo não acontece certamente em África. Existem poucos relatos sobre o cancro do pulmão em África, embora o número de diagnósticos esteja a crescer.

43. A incidência de cancro do pulmão é baixa na maioria dos países africanos, porém cada vez maior. O impacto da doença é particularmente maior no Norte de África e na África do Sul. As taxas de cancro do pulmão são as mais baixas nos países da África Oriental e Ocidental.

44. Segundo o relatório da AORTIC de 2008, sobre a taxa de incidência ajustada por idade, para os cancros mais comuns entre os homens, o cancro do pulmão era a terceira causa principal de morbilidade do cancro com uma incidência de 8,4 por 100.000 habitantes. É de notar que, embora o cancro do pulmão, de acordo com o mesmo relatório, não estava entre as 10 causas mais comuns de cancros em mulheres, constitui actualmente um peso crescente, com um número crescente de adenocarcinomas diagnosticados em mulheres, além do aumento das taxas de consumo de tabaco entre adolescentes do sexo feminino nos últimos tempos.

45. As taxas normalizadas por idade em relação ao cancro do pulmão, em Kampala, Uganda, aumentaram nos homens, passando de 0,5/100.000 em 1954-1960 para 1/100.000 em 1989-1991. O cancro do pulmão em Natal, África do Sul, aumentou seis vezes para os homens e cinco vezes para as mulheres entre 1971 e 1982. Na região Sudoeste do Zimbabwe, um estudo foi feito a pacientes com cancro entre 1963 e 1977, tendo relevado que o tabagismo > 15g por dia estava associado ao aumento do risco de cancro do pulmão nos homens em comparação aos não-fumadores. Estudos anteriores na Nigéria, mostraram, como se esperava, uma incidência muito baixa de cancro do pulmão - 1,1% para os homens e 0,6% para as mulheres na década de 1960, mas as novas tendências começam a mostrar números cada vez maiores de cancro do pulmão.

46. O tabagismo continua a ser o factor etiológico mais comum do cancro no pulmão, no entanto, outros factores já foram identificados associados ao cancro do pulmão, tais como a exposição interior ao fumo do tabaco presente no ambiente, vapor do óleo de cozinha, queima de carvão, ou rádon, poluição ao ar livre e exposição no trabalho ao amianto e a outras substâncias cancerígenas.

47. Oitenta e cinco a 90% dos indivíduos com cancro do pulmão tiveram exposição directa ao tabaco. Existe uma relação dose-resposta entre o grau de exposição ao fumo de cigarro e o desenvolvimento do cancro do pulmão. A idade em que começou a fumar, o número de cigarros fumados por dia e o tempo de consumo do cigarro, tudo isso, influencia a probabilidade de desenvolver o cancro do pulmão. Além disso, a intensidade do hábito de fumar, a profundidade de inalação, bem como a composição do cigarro influenciam o risco.

48. O risco de contrair o cancro do pulmão diminui ao longo do tempo após a cessação do consumo do cigarro, embora nunca atinge o nível de um não-fumador ao longo da vida. Fumar charuto também constitui um factor de risco independente para a contracção do cancro do pulmão.

49. A exposição à fumaça lateral do cigarro, ou o tabagismo passivo, pode levar a um aumento do risco de cancro do pulmão. O risco pode variar com o nível e duração da exposição. Em geral, é um risco muito menor do que é o fumo activo.

50. Estima-se que 2% a 9% dos cancros do pulmão estão relacionados a exposições profissionais. Uma predisposição genética herdada tem apoio epidemiológico como um factor de risco, mas os mecanismos são teóricos.

51. As mulheres parecem apresentar, à partida, um maior risco de contrair o cancro do pulmão, bem como uma maior susceptibilidade aos efeitos do tabagismo. As doenças pulmonares, como a tuberculose (TB), causando fibrose no pulmão e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), também constituem um risco para o cancro do pulmão

52. As taxas de morbilidade e mortalidade associadas ao cancro do pulmão podem ser reduzidas significativamente se as pessoas pararem de fumar ou pararem de consumir produtos do tabaco. Tem sido claramente demonstrado que as

taxas de consumo do tabaco caem assim como a incidência do cancro do pulmão. Desta forma, constitui uma preocupação fundamental de saúde pública que haja uma redução do consumo do tabaco em todas as suas ramificações, se quisermos evitar uma epidemia do cancro do pulmão em África.

V- Caminho a seguir

53. O Conselho Executivo da AORTIC reuniu-se e criou a 'Declaração de Dakar' em 2011 (ver anexo D). As acções propostas pelo Conselho estão resumidas a seguir:

- **Consciencialização sobre o Cancro**
 - Declara o cancro como um grande problema de saúde pública em África;
 - Promove o desenvolvimento e a implementação dos Programas Nacionais de Controlo do Cancro por todos os Ministérios de Saúde em África;
 - Prioriza as estratégias de controlo do cancro aos “principais” cancros passíveis de prevenção ou de cura; incorporam a vacinação contra os cancros passíveis de prevenção, tais como o VPH e o VHB nos programas nacionais de vacinação; apoiam a campanha de luta contra o tabaco e a obesidade;
 - Promove sinergias de esforços, através da interacção e da formação de parcerias com as organizações que trabalham no controlo do cancro.

- **Cuidados Oncológicos**
 - Prestar serviços de cuidados paliativos;
 - Aumentar o acesso para as terapias anticancerosas eficazes;

 - Prestar apoio aos cuidados oncológicos de qualidade, através do desenvolvimento de diagnósticos e recursos relevantes, incluindo a patologia, radiologia, cirurgia, quimioterapia e outros.

- **Educação sobre o Cancro**
 - Promover campanhas educacionais e de saúde pública massivas aos meios de comunicação social, governos e à população em geral para melhorar a prevenção, detecção precoce e o tratamento dos “principais” cancros
 - Desenvolver Programas de Formação sobre o Cancro para os técnicos de saúde, investigadores e defensores dos direitos dos pacientes africanos

- **Investigação sobre o Cancro**
 - Criar e dotar de recursos os registos oncológicos a nível da população
 - Desenvolver e apoiar a pesquisa para criar novos conhecimentos e orientar a inovação no controlo do cancro.

VI- Parceria para o cancro em África – Papel dos Institutos Nacionais do Cancro (INC) - Iniciativas dos Institutos Nacionais do Cancro sobre o planeamento do controlo do cancro relevante para África

54. O surgimento de cancro em África constitui uma prioridade de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que nos próximos dez a quinze anos, África irá ter um dos maiores crescimentos na incidência e taxas de mortalidade por cancro, em comparação com outras regiões do mundo. A resposta global ao cancro enquanto problema de saúde pública em África exigirá a implementação de programas eficazes e acessíveis de controlo do cancro, que estejam integrados no sistema clínico e de saúde pública existente. Também exigirá pesquisas locais sobre informações relevantes que abordam lacunas ao longo do tratamento do cancro. O NCI continua a desempenhar um papel no controlo e prevenção do cancro em África através dos programas enumerados abaixo.

a- Parceria Internacional para o Planeamento do Controlo do Cancro (PIPCC)

55. O Instituto Nacional do Cancro (NCI) e a União Internacional de Controlo do Cancro (UICC) conduzirão a formação da Parceria Internacional de Planeamento do Controlo do Cancro (PIPCC), fundada em Novembro de 2012. O objectivo desta parceria é colaborar em projectos que irão complementar a missão e a visão de cada um, em termos de planeamento do controlo do cancro. A PIPCC tem duas prioridades gerais:

- 1) Encorajar os países em desenvolvimento a defender a prioridade da luta contra o cancro nos seus sistemas de saúde, sensibilizando os decisores políticos nacionais, através das redes colectivas da PIPCC.
- 2) Ajudar os países a desenvolver e implementar planos eficazes de controlo e prevenção do cancro. A PIPCC ajuda a coordenar os esforços em torno do desenvolvimento e disseminação de materiais e instrumentos de planeamento de controlo do cancro, assistência técnica e formação, e a fazer face à falta de dados.

56. Embora as prioridades da ICCPP não sejam específicos para a África, neste momento, é de esperar que alguns dos instrumentos sejam benéficos para muitos países, por exemplo, o banco de dados dos planos de controlo do cancro. A PIPCC está actualmente a definir o âmbito da assistência técnica e, tem como objectivo adaptar tal assistência aos países/ regiões/ populações.

b- Colaboração na vacinação contra o VPH nos países em desenvolvimento

57. O NCI está a participar nas discussões com a UICC e a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI) para apoiar o planeamento de controlo do cancro nos países que estão a implementar o projecto de demonstração da vacina contra o VPH. O Gana, Quênia, Madagáscar, Malawi, Níger, Serra Leoa e Tanzânia foram

seleccionados para os projectos de demonstração da vacina contra o VPH em África. O NCI propôs apoiar uma série de Fóruns de Liderança, com o objectivo de reforçar as capacidades das partes interessadas sobre o Planeamento Nacional de Controlo do Cancro (NCCP) específico para o cancro do colo do útero. Estes Fóruns de Liderança irão também discutir o papel dos decisores políticos ao mais alto nível neste processo e serão realizados em cada um dos países seleccionados para o projecto de demonstração.

58. O NCI está a planear dois fóruns de liderança para o controlo do cancro para o Médio Oriente/Norte de África e a África Subsariana, respectivamente, para 2013. O objectivo dos fóruns de liderança é incentivar os líderes e os principais intervenientes a desenvolverem um plano ou um mecanismo para fazer avançar as iniciativas do PNCC nos seus respectivos países. A estrutura do workshop de formação plurinacional inclui o trabalho modular sobre temas específicos, como a introdução ao controlo geral do cancro; avaliação da prontidão para o planeamento de controlo do cancro; perfil de cancro por país; mobilização de apoio de recursos; criação e manutenção de parcerias, bem como o tratamento dos aspectos técnicos e políticos dos processos de planeamento nacional.

59. Os participantes irão trabalhar com os delegados e peritos de outros países durante o fórum. As equipas nacionais irão receber conhecimentos sobre os instrumentos de análise da situação nacional, os instrumentos nacionais de planeamento e as técnicas de trabalho. As apresentações serão intercaladas com debates, actividades facilitadas pelas equipas nacionais e o tempo específico para as equipas desenvolverem os planos de acção que são partilhados com outros participantes para o debate crítico.

c- Vigilância do Cancro

60. Os dados de registo do cancro são vitais para o planeamento e controlo do cancro. O NCI é parceiro da Iniciativa Global para o Desenvolvimento do Registo do Cancro, nos países de baixo e médio rendimento (GICR), liderado pela Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer (IARC). A GICR é implementada através de centros regionais que prestam apoio técnico e científico, oferecem formações à medida das necessidades individuais para o registo do cancro com base na população, apoiam o registo do cancro e as associações e redes filiadas, e coordenam os projectos de investigação internacionais (Referência: <http://gicr.iarc.fr/>). Os centros regionais para a Ásia Ocidental e para o Norte de África, no Centro de Registo do Cancro, em Izmir (Turquia), e na África Subsariana, em colaboração com a Rede Africana de Registo do Cancro, entrarão em funcionamento brevemente.

61. O Centro de Saúde Global apoia o objectivo do Instituto Nacional do Cancro na promoção da pesquisa global sobre o cancro, criação de conhecimentos e no aproveitamento de recursos em todas as nações para dar resposta aos desafios do cancro e reduzir as mortes causadas pelo cancro em todo o mundo. O Centro para a Saúde Mundial continuará a procurar e a colaborar com os parceiros nacionais e internacionais para o desenvolvimento e a implementação de programas de apoio sobre o controlo do cancro e a prestação de assistência técnica na execução pelos dos programas de controlo do cancro nos países em desenvolvimento.

APÊNDICE

DECLARAÇÃO DA AORTIC DE DAKAR PARA O CONTROLO DO CANCRO EM ÁFRICA – 2011

Os membros do **Conselho Executivo da AORTIC** reuniram-se em Dakar, Senegal, em Novembro de 2010, para desenvolver um plano estratégico para a defesa, formação e investigação do cancro em África.

A- O Conselho reconheceu os seguintes desafios:

1. Que existem aproximadamente 700.000* novos casos de cancro diagnosticados em África por ano com mais de 500.000 mortes registadas anualmente.
2. Que a mortalidade em relação a taxa de incidência de pessoas diagnosticadas com cancro varia entre 75 e 90 %, o que muito mais elevada do que a documentada na Europa, onde a mortalidade varia entre 30 e 50%.
3. Que até 2030, haverá 1,3 milhões novos casos de cancro em África, com uma mortalidade também elevada em relação à taxa de incidência actual, a menos que medidas drásticas sejam tomadas.
4. Que há, em média, apenas 1 máquina de radioterapia para 5 milhões de pessoas em África (em alguns países este número chega a 1 por 60 milhões), comparado aos 5 por um milhão na Europa, uma diferença de 25 vezes.
5. Em pelo menos 15 países de África, a população não tem acesso a qualquer forma de terapias anticancerosas.
6. Além disso, apenas 5/53 dos países em África têm Registos Nacionais de Cancro, de modo que a verdadeira incidência do cancro e o seu impacto na população não está documentado.
7. Que em África, as pessoas com cancro apresentam-se numa fase tardia da doença, tornando o tratamento ou a cura impossível e que a população raramente tem acesso ao tratamento paliativo.
8. Que existe uma falta geral de conhecimento entre as comunidades, a profissão de saúde e as autoridades de saúde do cancro; existe uma pobre qualidade de dados baseados na população e dados patológicos sobre o cancro e, geralmente, os sistemas de cuidados de saúde para as pessoas que vivem em África são fracos.

B- O Conselho reconheceu as seguintes necessidades em África:

1. Uma necessidade urgente para o desenvolvimento dos Programas Nacionais de Controlo do Cancro;
2. A necessidade de trabalhar com várias agências para prevenir, controlar e prestar cuidados aos pacientes com cancro em África;
3. Identificar e conceder prioridade aos “principais” cancros, tais como o cancro da mama, do colo do útero, da próstata e os cancros relacionados

com o Tabaco, com especial ênfase aos cancros infantis, infecções/tumores malignos associados ao VIH/SIDA e as manifestações linfoproliferativas. É necessário desenvolver estratégias inovadoras para a prevenção e a detecção precoce do cancro e assegurar o acesso às terapias anticancerosas de baixo custo, que são específicas ao país e à região;

4. Estabelecer, manter e apoiar a formação contínua em cuidados paliativos, e assegurar a consciencialização geral da necessidade urgente de cuidados paliativos para evitar o sofrimento desnecessário de pessoas com cancro em estado avançado. Tal inclui a disponibilização de medicamentos eficazes para o controlo da dor e outras intervenções para aliviar o sofrimento. Desenvolver programas de formação adequados sobre o cancro a nível regional e nacional, incluindo cursos/formações de curto, médio e longo prazo para identificar e catalogar os que já existem;
5. Desenvolver os recursos de apoio ao tratamento do cancro nas áreas prioritárias, tais como: serviços de patologia e a utilização da telemedicina, serviços de diagnóstico, tais como radiologia, serviços clínicos, incluindo oncologia ginecológica, médica e cirúrgica, capacitação em metodologia de investigação, ética e desenvolvimento de Conselhos de Revisão Institucional;
6. Criar e estabelecer parcerias com organizações mundiais do cancro, os meios de comunicação social, fornecedores de tecnologia, experiência dos membros da AORTIC e as organizações profissionais regionais, decisores políticos, sector privado, profissionais de saúde, grupos comunitários e alianças das doenças não transmissíveis, enquanto se prioriza as sinergias de esforços.

C- O Conselho aprovou medidas nos seguintes domínios:

- **Consciencialização sobre o Cancro**
 - Declara o cancro como um grande problema de saúde pública em África;
 - Promove o desenvolvimento e a implementação dos Programas Nacionais de Controlo do Cancro por todos os Ministérios de Saúde em África;
 - Prioriza as estratégias de controlo do cancro aos “principais” cancros passíveis de prevenção ou de cura; incorporam a vacinação contra os cancros passíveis de prevenção, tais como o VPH e o VHB nos programas nacionais de vacinação; apoiam a campanha de luta contra o tabaco e a obesidade;
 - Promove sinergias de esforços, através da interacção e da formação de parcerias com as organizações que trabalham no controlo do cancro.
- **Cuidados Oncológicos**
 - Prestar serviços de cuidados paliativos;
 - Aumentar o acesso às terapias anticancerosas eficazes;

- Apoiar os cuidados oncológicos de qualidade, através do desenvolvimento de diagnósticos e recursos relevantes, incluindo a patologia, radiologia, cirurgia, quimioterapia e outros.
- **Educação sobre o Cancro**
 - Promover campanhas educativas de massa e de saúde pública aos meios de comunicação social, governos e à população em geral para melhorar a prevenção, detecção precoce e o tratamento dos “principais” cancros
 - Desenvolver programas de formação sobre o cancro para os técnicos de saúde, investigadores e defensores dos direitos dos pacientes africanos
- **Investigação sobre o Cancro**
 - Criar e dotar de recursos os registos oncológicos baseados na população
 - Desenvolver e apoiar a pesquisa para gerar novos conhecimentos e orientar a inovação no controlo do cancro.

“Trabalhar em conjunto para a prevenção, o controlo e o tratamento do cancro em África”

*Este indicador baseia-se em aproximadamente 35.000 casos de sarcoma de Kaposi que ainda não estão incluídos na base de dados GLOBOCAN, mas estará na próxima versão (J Ferlay, IARC, Outubro de 2011).

** Na sequência da reunião da AORTIC em Novembro de 2010, em Dakar, Senegal, as Nações Unidas realizaram uma cimeira de alto nível sobre as Doenças Não Transmissíveis (DNT) e emitiram uma declaração política em que reconhecem que o cancro e outras doenças não transmissíveis constituem um desafio de proporções epidémicas que requerem uma resposta coordenada e sustentável à escala mundial. A AORTIC remete todos os leitores interessados ao website da UICC que apresenta o documento (www.uicc.org).
