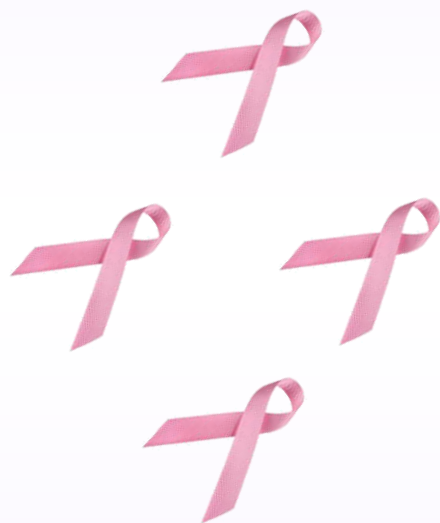


INTERVENÇÕES ESSENCIAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLO PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DO CANCRO NA REGIÃO AFRICANA DA OMS



Concepção gráfica: TIP/AFRO



Um Manual para Líderes e Gestores

Organização Mundial da Saúde
Escritório Regional para a África
Brazzaville • 2012

INTERVENÇÕES ESSENCIAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLO PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DO CANCRO NA REGIÃO AFRICANA DA OMS

Um Manual para Líderes e Gestores

Organização Mundial da Saúde
Escritório regional para a África
Brazzaville * 2012

Índice

Página

Agradecimentos.....	iii
Lista de abreviaturas e acrónimos.....	vi
Prefácio	iv
Acerca do manual sobre prevenção e controlo do cancro.....	1
Capítulo 1: Visão geral do cancro em África.....	4
Capítulo 2: Intervenções essenciais para o controlo do cancro.....	13
2.1 Intervenção 1: Formular uma política e um plano estratégico nacional contra o cancro dentro do quadro das DNT.....	16
2.2 Intervenção 2: Estabelecer fontes de recolha de dados fiáveis e sustentáveis.....	18
2.3 Intervenção 3: Promover a prevenção primária contra o cancro.....	20
2.4 Intervenção 4: Promover iniciativas de prevenção secundária e fornecer serviços de detecção precoce de forma mais ampla.....	22
2.5 Intervenção 5: Fornecer serviços de tratamento de cancro de qualidade.....	27
2.6 Intervenção 6: Fornecer bons serviços de cuidados paliativos.....	29
2.7-Intervenção 7: Realizar programas educacionais/de formação para os grupos-alvo identificados.....	31
2.8 Intervenção 8: Realizar vários tipos de investigação sobre cancros.....	33
Capítulo 3: Eficácia e viabilidade económica das intervenções essenciais de controlo do cancro.....	35
3.1. Prevenção comparada com outras intervenções da saúde.....	35
3.2. Viabilidade económica de estratégias alternativas.....	35
Capítulo 4: Controlo do cancro com base nas realidades em matéria de recursos – três cenários diferentes.....	39
4.1. Cenário A – Países sem recursos destinados ao o controlo do cancro.....	39
4.2. Cenário B – Países com recursos limitados destinados a serviços para o cancro mas sem um PNCC.....	40
4.3. Cenário C – Países com baixo rendimento que possuem um PNCC, mas com recursos pouco adequados atribuídos aos serviços oncológicos.....	41
Conclusão	45
Referências	47
Anexo: Descrição das principais publicações e documentos da OMS sobre a prevenção e controlo do cancro	48.

Agradecimentos

As contribuições valiosas feitas pelos seguintes colegas que redigiram e reviram estas orientações e forneceram sugestões e conselhos úteis são devidamente reconhecidas.

REVISORES ESPECIALISTAS EXTERNOS

- ❖ Dr. Baffour Awuah, Centro Nacional para Radioterapia e Medicina Nuclear, Hospital Universitário Korle-Bu, Accra, Gana
- ❖ Dr. Ebrima Ba, Registo Oncológico da Gâmbia, Banjul, Gâmbia
- ❖ Dr. Mike Chirenje, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Colégio das Ciências da Saúde, Universidade de Zimbabwe, Harare, Zimbabwe.
- ❖ Sr Joachim Didon, Informações sobre a Saúde e Secção de Estatísticas, Departamento da Saúde, Seicheles
- ❖ Dr. Antoine Echimane, Serviço de Cancerologia, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire
- ❖ Dr. Ima-Obong A. Ekanem, Departamento de Patologia, Colégio das Ciências Médicas, Universidade de Calabar, Calabar, Nigéria
- ❖ Dr. Doudja Hammouda, Instituto Nacional de Saúde, Argel, Argélia
- ❖ Dr. Namory Keita, Serviço de Ginecologia-Obstetrícia, CHU Donka, Conakry, Guiné
- ❖ Sr.^a Dorcas Kiptui, Oficial de Programas para o Controlo do Tabaco, Divisão de Doenças Não Transmissíveis, Ministério da Saúde, Nairobi, Quénia
- ❖ Sr.^a Ann Korir, Registo Oncológico do Quénia, Nairobi, Quénia
- ❖ Dr Moussa Koulibaly, Centro Nacional de Anatomia Patológica, CHU Donka, Conakry, Guiné
- ❖ Dr. Shyam Manraj, Registo Nacional Oncológico, Instituto da Saúde da Maurícia, Maurícia
- ❖ Dr. Charles Gombe Mbalawa, Registo Oncológico de Brazzaville, Serviço de Medicina e Cancerologia, CHU de Brazzaville, Congo
- ❖ Dr. Fernando Miguel, Instituto Nacional do Cancro, Luanda, Angola
- ❖ Dr. David Mugwanya, MRC UNITRA, Hospital Académico Nelson Mandela, Umtata, África do Sul
- ❖ Dr. Geoffrey Mutuma, Unidade de Investigação de Patologia e Oncologia, CCR-KEMRI, Nairobi, Quénia
- ❖ Dr. Paul Ndom, Serviço de Medicina, Hospital Geral de Yaoundé, Camarões
- ❖ Dr. Louis Ngendahayo, Faculdade de Medicina - B.P. 30 – Butare, Ruanda
- ❖ Dr. Twalib Ngoma, Instituto Oncológico Ocean Road, Dar es Salam, Tanzânia
- ❖ Dr. Hassan Nouhou, Registo Oncológico de Níger, Niamey, Níger
- ❖ Dr. Jackson Orem, Instituto Oncológico do Uganda, Hospital Mulago, Universidade de Makerere, Kampala, Uganda
- ❖ Dr. Olufemi Ogunbiyi, Departamento de Patologia; Colégio de Medicina e Universidade; Hospital Universitário, Ibadan, Nigéria
- ❖ Dr. Max Parkin, Serviço de Ensaios Clínicos, Unidade de Estudos Epidemiológicos, Universidade de Oxford, Oxford, Reino Unido
- ❖ Dr. Lydia Mpanga Sebuyira, Hospício no Uganda em Makindye Kampala, Kampala

PESSOAL DA OMS

Escritório Regional da OMS para a África

- ❖ Dr. Jean-Marie Dangou, Escritório Regional da OMS para a África, Brazzaville
- ❖ Dr. Antonio Felipe Jr, Escritório Regional da OMS para a África, Brazzaville
- ❖ Dr. Boureima Hama Sambo, Escritório Regional da OMS para a África, Brazzaville
- ❖ Dr. Sidi Allet Louazani, Escritório Regional da OMS para a África, Brazzaville
- ❖ Dr. Chandralall Sookram, Escritório Regional da OMS para a África, Brazzaville
- ❖ Dr. Matshidiso Moeti, Escritório Regional da OMS para a África, Brazzaville
- ❖ Dr.^a Alimata J. Diarra-Nama, Escritório Regional da OMS para a África, Brazzaville
- ❖ Dr. Davison Munodawafa, Escritório Regional da OMS para a África, Brazzaville
- ❖ Dr.^a Miriam Nanyunja, Escritório Nacional da OMS para o Uganda, Kampala
- ❖ Sr. Bernardino Pereira Teixeira, Escritório Regional da OMS para a Angola, Luanda
- ❖ Dr. Peter Sangolo, Escritório Nacional da OMS para a Zâmbia, Lusaca

Escritório Regional da OMS para as Américas

- Dr.^a Sylvania Luciani, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde

Sede da OMS

- Dr. Andreas Ullrich, Organização Mundial da Saúde, Genebra

Lista de abreviaturas e acrónimos

ACCP:	Aliança para a Prevenção do Cancro do Colo do Útero
AFRO:	Escritório Regional da OMS para a África
AORTIC:	Organização Africana para a Investigação e Formação em Oncologia
APM:	Auto-palpação mamária
CAF:	Cirurgia de Alta Frequência
CAP:	Conhecimento, Atitude e Prática
CSC:	Cuidados da Saúde com base na Comunidade
CSP:	Cuidados de Saúde Primários
EBV:	Vírus Epstein-Barr
ECM:	Exame Clínico da Mama
EDAF:	Estratégia de Dieta Alimentação e Actividade Física
HBC:	Cuidados Domiciliários
HBV:	Vírus da Hepatite B
HCV:	Vírus da Hepatite C
HPV:	Vírus do Papiloma Humano
IACR:	Associação Internacional de Registos de Cancro
IAEA:	Agência Internacional de Energia Nuclear
IARC:	Agência Internacional para a Investigação do Cancro
IEC:	Informação, Educação e Comunicação
IMC:	Índice de Massa Corporal
INCTR:	Rede Internacional para o Tratamento e Investigação do Cancro
MdS:	Ministério da Saúde
NCI:	Instituto Nacional Oncológico
OCRI:	Instituto Oncológico de Ocean Road
OMS:	Organização Mundial da Saúde
ONG:	Organização Não-Governamental
PAV:	Programa Alargado de Vacinação
PBCR:	Registo Oncológico com base na População
PNLCC:	Plano Nacional de Luta contra do Cancro
PNLCS:	Programa Nacional de Luta contra a SIDA
RNB:	Rendimento Nacional Bruto
SIDA:	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SRI:	Saúde Reprodutiva e Infantil
SWOT:	Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças
UICC:	União para a Luta Controlo Internacional contra o Cancro
VIA:	Inspecção Visual com Ácido Acético
VIH:	Vírus da Imunodeficiência Humana
VILI:	Inspecção Visual com Solução de Lugol

Prefácio

O cancro está a tornar-se rapidamente num dos principais problemas de saúde na Região Africana da OMS e são necessárias intervenções para a sua prevenção e controlo. A luta contra o cancro entrou numa nova fase, com a chegada de alguns progressos importantes que podem melhorar radicalmente os cuidados aos doentes. Muitos casos oncológicos podiam ser prevenidos se os doentes deixassem de fumar, evitassem certas infecções crónicas ou melhorassem a sua alimentação e se fossem implementados programas de rastreio. A OMS continua fiel ao seu objectivo de assegurar um acesso idêntico a cuidados de saúde de qualidade para todos os doentes oncológicos e de prevenir o cancro através da implementação de intervenções de prevenção primárias. O Escritório Regional da OMS para a África (AFRO) já desenvolveu uma estratégia regional para a prevenção e controlo do cancro de modo a lidar com esta questão cada vez mais importante. As intervenções prioritárias estão bem definidas na estratégia mas não são feitas nenhuma recomendações robustas relativamente à viabilidade económica de intervenções essenciais a serem incorporadas nos sistemas de saúde existentes em África. É preciso dar orientação aos países sobre como implementar as intervenções essenciais para reduzir o fardo do cancro na Região Africana da OMS.

Este manual procura reforçar e acelerar a tradução dos conhecimentos na luta contra o cancro em acções de saúde pública e serve também como um dos principais documentos de referência acerca do desenvolvimento de programas nacionais de controlo de cancro. É por isso destinado principalmente a líderes, gestores e pessoas que tomam decisões na área da saúde e áreas relacionadas; profissionais médicos; instituições académicas; organizações não governamentais e, de uma forma mais geral, às partes interessadas que necessitam acompanhar a prevenção e controlo do cancro. Pretende-se também que este manual sirva como um guia claro e abrangente na escolha de intervenções essenciais e economicamente viáveis a serem implementadas de acordo com as conjunturas locais sem que se esqueça o que é viável e desejável. Destaca a implementação passo a passo de intervenções prioritárias a curto prazo, seguidas de intervenções ampliadas e optimizadas a serem concretizadas a médio e longo prazo dentro dos limites dos recursos disponíveis.

A informação fornecida neste manual foi compilada por peritos nesta área que estão totalmente conscientes da situação do cancro na Região Africana da OMS. Este trabalho realça o facto que muitos cancros são evitáveis e todos podem ser controlados, mesmo em ambientes de poucos recursos.

Gostaria de agradecer aos meus colegas, aos cientistas e a todos cujos esforços tornaram este trabalho possível. Acreditamos que este manual irá servir como um documento de referência completo durante muitos anos.



Dr. Luis G. Sambo
Regional Director

Acerca do manual sobre a prevenção e controlo do cancro

1. Antecedentes

A prevenção e controlo do cancro envolve a acção de saúde pública concebida para reduzir a incidência e mortalidade do cancro e melhorar a qualidade de vida dos doentes, através da implementação sistemática de estratégias com base em evidências para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos.

O objectivo desta publicação é reforçar e acelerar a tradução dos conhecimentos na luta contra o cancro em acções de saúde pública. Também pode servir como um meio de advocacia e como uma ferramenta prática que ajuda os responsáveis pela tomada de decisões e os gestores de programas a obterem aconselhamento sobre intervenções essenciais de controlo do cancro.

Os objectivos deste manual são:

- a) Traçar o perfil das intervenções eficazes e viáveis que abranjam a prevenção aos cuidados terminais.
- b) Fornecer opções práticas sobre como os países africanos podem implementar estas intervenções de forma equitativa e sustentável, tendo em consideração os seus ambientes socioeconómicos.
- c) Fornecer modelos operacionais completos com base em áreas de demonstração bem-sucedidas e competências especializadas.

As intervenções de prevenção e controlo de cancro devem ser realizadas passo a passo e devem também ter objectivos mensuráveis claros, onde cada passo representa a base para o desenvolvimento da fase seguinte. É aconselhável começar por baixo, concentrando esforços numa pequena área de demonstração com uma boa probabilidade de sucesso. Justifica-se o desenvolvimento deste manual com base:

- a) No significativo fardo do cancro em África.
- b) Na tendência cada vez maior de riscos de cancro em África.
- c) Na necessidade de fazer um uso mais eficiente dos recursos reservados para o cancro, uma vez que actualmente a maior parte dos recursos são utilizados no tratamento de cancros em estado avançado ou incuráveis.
- d) Nos enormes benefícios para a saúde pública que podem resultar da correcta aplicação de intervenções essenciais para a prevenção e controlo do cancro.

2. Desenvolvimento

Este manual foi desenvolvido através de um processo participativo que incorporou as opiniões e competências de um grande número de partes interessadas internacionais, tanto em África como em países desenvolvidos. As intervenções propostas foram testadas com sucesso no terreno em diferentes partes do mundo, incluindo em África. A Organização Mundial da Saúde contratou um perito africano que compilou as evidências existentes e sugeriu intervenções para reduzir o fardo do cancro na Região Africana da OMS. Foi pedido a peritos em oncologia que revissem o projecto do manual e fornecessem comentários, que foram

também revistos na reunião referida anteriormente. O grupo de peritos ofereceu orientações relativamente às revisões e emendas a serem feitas. Por fim, o Manual de Prevenção e Controlo do Cancro foi editado para revisão da compreensão, precisão técnica, gramática e pontuação.

3. Conteúdos

Este manual procura fornecer informação contextual e oportunidades de intervenções essenciais para a prevenção e controlo do cancro na Região Africana da OMS. Também detalha os impactos económicos e sociais do cancro na Região e os desafios na implementação de intervenções, oferecendo orientações para a atribuição de prioridades a essas intervenções, de modo a melhorar a distribuição dos recursos existentes no alargamento das intervenções de prevenção e controlo recomendadas.

O manual tem quatro capítulos e um anexo. O primeiro capítulo fornece uma visão geral do cancro em África. O segundo capítulo descreve oito intervenções essenciais a implementar para a prevenção e controlo do cancro na Região Africana. Os dois últimos capítulos oferecem orientações de rentabilidade das intervenções essenciais de controlo do cancro, assim como três cenários diferentes para a implementação com base nas realidades em matéria de recursos.

Este manual complementa diversas publicações da OMS, como o Relatório Global “Prevenção de Doenças Crónicas – um investimento vital”¹, os “Módulos sobre Controlo do Cancro: passar do conhecimento à acção”²; “Programas, Políticas e Orientações Administrativas Nacionais para o Controlo do Cancro”³, “Componentes Essenciais para o Controlo do Tabaco”⁴ e a estratégia regional africana para a prevenção e controlo do cancro⁵. No Anexo é fornecida uma breve descrição destas orientações da OMS que realçam o valor acrescentado desta publicação.

4. Resultados pretendidos

Os resultados pretendidos deste manual são fornecer orientações aos Estados-Membros sobre:

- a) A elaboração de orientações feitas por medida sobre como implementar intervenções essenciais de controlo do cancro em todos os países africanos com base na situação local e nas recomendações actuais.
- b) A integração de intervenções essenciais de prevenção e controlo do cancro nos sistemas de cuidados de saúde existentes.
- c) O desenvolvimento de uma estratégia nacional de recursos humanos para o programa luta contra o cancro.
- d) O desenvolvimento de rubricas orçamentais e propostas nacionais para um financiamento externo/de doadores de actividades de prevenção e controlo nos países africanos. O documento irá ajudar na definição de estratégias para a mobilização de recursos.
- e) A adopção das lições aprendidas a partir das experiências em alguns dos países africanos e de outros países onde prevalecem condições semelhantes quando são desenvolvidos planos de acção nacionais para a prevenção e controlo do cancro.

- f) A melhoria da qualidade de vida de doentes oncológicos em África, aumentando as taxas de sobrevivência e diminuindo as taxas de incidência e mortalidade.

5. A quem se destina o manual

Os destinatários desta publicação são os decisores políticos na área da saúde pública, gestores dos programas oncológicos dentro e fora do Ministério da Saúde e das instituições do sistema de saúde, incluindo institutos oncológicos nacionais ou instituições equivalentes, líderes de organizações não governamentais relacionadas com o cancro, e todas as partes interessadas que têm o poder de influenciar o desenvolvimento e a configuração de programas eficazes de controlo do cancro.

6. Processo de implementação

O manual recomenda a integração de intervenções essenciais economicamente viáveis nos sistemas de saúde actuais dos Estados-Membros da Região Africana da OMS. Destaca a implementação passo a passo de intervenções prioritárias a curto prazo, seguidas de intervenções ampliadas e optimizadas a serem realizadas a médio e longo prazo dependendo da disponibilidade dos recursos. Em quase todas as zonas de África onde os recursos são limitados, um dos grandes desafios será transformar o conhecimento em acção através do desenvolvimento de estratégias para seleccionar e implementar intervenções essenciais de controlo do cancro.

Este Manual de Prevenção e Controlo do Cancro foi concebido como um documento genérico para complementar a publicação da OMS “National Cancer Control Programmes – Policies and Managerial Guidelines, 2nd Edition, WHO Geneva, 2002” (Programas Nacionais de Controlo do Cancro – Políticas e Orientações Administrativas, 2ª Edição, OMS Genebra, 2002). A decisão sobre a escolha de intervenções e o grau de adaptação necessária estará dependente das necessidades e circunstâncias de cada país. Incentiva-se os líderes e os gestores a analisarem o manual, seleccionarem e adaptarem as intervenções essenciais genéricas em versões localmente aceitáveis e culturalmente sensíveis para se adequarem ao contexto nacional. A equipa é incentivada a considerar normas e modificações nacionais ao programa nacional de controlo do cancro.

É importante identificar um grupo de partes interessadas essenciais e nomear uma comissão, incluindo representantes do Ministério da Saúde, organizações não governamentais, associações profissionais, gestores da saúde de instituições privadas e governamentais, funcionários de saúde do distrito, outros ministérios e departamentos essenciais, líderes de opinião locais, grupos de mulheres, grupos religiosos e grupos de jovens. O tamanho da comissão irá depender das necessidades de cada país, mas a experiência mostra que muitas vezes deixam de ser funcionais grandes grupos para estas tarefas. Uma vez nomeada a comissão, poderá ser elaborada uma síntese de trabalho ou um mandato para a mesma.

A comissão irá definir quais as intervenções essenciais que requerem atenção e são adequadas ao plano nacional polivalente de luta contra o cancro. Cada país terá as suas próprias políticas, procedimentos, protocolos e padrões oncológicos. É importante que as recomendações contidas neste manual sejam consistentes com estas políticas. No entanto, se existir uma discordância, a comissão deve considerar se a política nacional foi baseada nos conjuntos de evidências mais recentes.

CAPÍTULO UM

Visão geral do cancro em África

Cancro é o termo genérico para um grupo de mais de 100 doenças que podem afectar qualquer parte do corpo e possuem características definidas, nomeadamente a proliferação de células anormais na parte afectada do corpo, a capacidade de estas crescerem para além dos limites habituais e a tendência de invadirem tecidos adjacentes e propagarem-se a órgãos ou tecidos secundários como metástases.

1. Epidemiologia do cancro

Globalmente, o cancro é actualmente uma das causas mais comuns de morbilidade e mortalidade. É responsável por mais de 10 milhões de novos casos e mais de 6 milhões de mortes anuais por todo o mundo. Mais de 20 milhões de pessoas por todo o mundo vivem com um diagnóstico de cancro e mais de metade de todos os casos ocorre em países em desenvolvimento. O cancro é responsável por cerca de 20% de todas as mortes nos países industrializados e por 5%-10% nos países em desenvolvimento. Prevê-se que até 2020 existirão anualmente 15 milhões de novos casos e 10 milhões de mortes relacionadas com o cancro¹. Grande parte deste aumento nos números absolutos é o resultado de mudanças no estilo de vida e do envelhecimento das populações por todo o mundo. Com base nos dados da OMS, mais de 50% de todos os cancros ocorrem entre os três quartos da população mundial que vive em nações em desenvolvimento e que possui apenas 5% dos recursos globais que são actualmente gastos nos serviços oncológicos.

Há décadas, o cancro era considerado raro em África e era visto como um problema do mundo desenvolvido, onde está apenas atrás das doenças cardiovasculares no que toca às principais causas de morte. O aumento alarmante da incidência do cancro deve-se principalmente às doenças infecciosas, incluindo a pandemia do VIH/SIDA, tabagismo e ao consumo nocivo do álcool, má alimentação, inactividade física, poluição ambiental e um aumento geral da esperança de vida. A Região enfrenta um contínuo e pesado fardo de doenças não transmissíveis (DNT) como cancro, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias crónicas. Isto tem como resultado um duplo fardo no quadro clínico da doença, que tem de ser lidado de forma eficaz com os poucos recursos que estão disponíveis, caso contrário os ganhos na luta contra as doenças transmissíveis podem ser perdidos para as DNT.

Segundo os dados de 2008 do Globocan, o número de novos casos de cancro, excluindo os cancros de pele não melanoma na Região Africana da OMS, foi de 571 000 (318 000 em mulheres e 253 000 em homens).⁶ Os cancros mais comuns nos homens foram o da próstata (13,7% de todos os cancros), hepático (11,5%), sarcoma de Kaposi (8,7%), cancro do esófago (6,2%) e o linfoma não-Hodgkin (6,2%). Nas mulheres os cancros mais comuns foram o cancro do colo do útero (23,8%), cancro da mama (21,3%), hepático (4,7%) e o sarcoma de Kaposi (3,8%). Em 2008, o número de mortes na Região resultante de cancro foi de 435 000 (226 000 nas mulheres e 209 000 nos homens). Mas as estatísticas da mortalidade em África são insuficientes devido à ausência de um registo completo de óbitos na maior parte dos países. Estima-se que cerca de 12,4% dos 804 milhões de habitantes da Região Africana da OMS contrairá cancro antes dos 75 anos. O risco aumenta com a idade: 90% dos casos de cancro em África irão ocorrer após os 40 anos, exceptuando o linfoma de Burkitt, o nefroblastoma e a

leucemia. Actualmente não é muito comum o cancro nas crianças, e este representa 1% de todos os casos de cancro. Se não forem colocadas em prática intervenções, estima-se que no ano de 2020 o número de novos casos de cancro será de 804 000 (385 000 nos homens e 418 000 nas mulheres) e o número de mortes devido a cancros será de 626 400 (310 100 nos homens e 316 300 nas mulheres)^{7;8;9}. Se agirmos agora podemos salvar 100 000 vidas todos os anos até 2020.

O risco de contrair cancro em África varia de acordo com a área geográfica e chegou-se à conclusão que é mais elevado em áreas urbanas de maior densidade populacional. As várias formas de cancro têm também diferentes distribuições geográficas. Por exemplo, o sarcoma de Kaposi – (relacionado com o VIH) é mais comum na África Subsariana que no norte do continente africano. Os factores de risco modificáveis do cancro pertencem a três principais categorias:

1. Factores infecciosos: está agora bem estabelecido que o HPV16 e o HPV18 são apontados como responsáveis pelo cancro do colo do útero. Este vírus é transmitido sexualmente e o risco de transmissão aumenta quando as actividades sexuais se iniciam em idades precoces e existem vários parceiros sexuais. Esse comportamento leva também a um maior risco de transmissão do VIH e à contracção da SIDA, que por sua vez aumenta também o risco de contracção do HPV. A estratégia utilizada nos programas de prevenção da SIDA deve também ser utilizada na prevenção do cancro do colo do útero. Está disponível uma vacina contra o HPV, mas esta não é muito utilizada em África actualmente devido ao seu custo elevado e a outros factores. As crianças devem ser vacinadas contra a hepatite B e esta vacina deve ser incorporada no Programa Alargado de Vacinação (PAV) em todos os países africanos. Isto irá reduzir significativamente a incidência de cancro hepático e doenças hepáticas crónicas nas próximas gerações de adultos. Em África, a maior parte dos cancros da bexiga estão associados a infecções crónicas com bilharzíase (esquistossomiase). Esforços para eliminar os vectores dos caracóis, fornecer um abastecimento de água potável, um melhor saneamento e o tratamento imediato de indivíduos afectados são algumas das medidas que podem ajudar a reduzir o risco de contrair este cancro.
2. Factores comportamentais: o público tem de ser continuamente educado acerca dos riscos elevados de cancro do pulmão, boca, garganta e esófago devido ao consumo do tabaco. Deve ser implementada uma educação às crianças em idade escolar sobre os perigos do tabaco e exposição ao fumo passivo, assim como uma política para aumentar regularmente o preço do tabaco. Os produtores de tabaco devem ser encorajados a mudarem para outras colheitas comerciais e para outras actividades económicas. O público deve ser sensibilizado para o facto de que a perda económica devido a doenças relacionadas com o tabaco supera de longe a receita da produção e venda do tabaco. O consumo elevado do álcool, especialmente nas pessoas que também fumam, traz consigo um risco elevado de cancro, nomeadamente da boca, garganta, fígado e esófago, aumentando também o risco do cancro da mama. O risco de cancro aumenta com a obesidade, enquanto uma alimentação equilibrada baixa em gorduras e que contenha muitos frutos frescos e vegetais está associada à redução do risco de cancro. A educação de saúde sobre como evitar doenças sexualmente transmissíveis e como utilizar os preservativos pode ajudar a reduzir o risco do cancro do colo do útero e o sarcoma de Kaposi (através da prevenção da infecção pelo VIH).

3. Factores ambientais: o cancro da pele é muito comum nos albinos em África. O público em geral e as crianças em idade escolar devem ser sensibilizados acerca do risco de uma exposição prolongada ao sol em indivíduos com pele clara e em albinos. Deve ser encorajada a utilização de roupas apropriadas e chapéus por parte dos albinos. A incidência do sarcoma de Kaposi relacionado com a SIDA que afecta a pele tem aumentado de forma rápida nos últimos anos e prevê-se que continuará a aumentar.

2. Prevenção do cancro e serviços de tratamento

Os serviços de tratamento de cancro em geral e as unidades de radioterapia em particular são actualmente muito pouco adequadas¹⁰. Muitos países africanos com dificuldades económicas, estruturais, logísticas e de transporte ainda enfrentam uma grave escassez de serviços de quimioterapia, serviços cirúrgicos e serviços de cuidados paliativos. As outras formas de tratamento, embora produzam um serviço paliativo, são muito caras e pouco rentáveis. Uma consideração fundamental e um ingrediente necessário para melhorar os cuidados paliativos em África é integrar estes cuidados nos serviços de saúde existentes, assegurando que os medicamentos dos cuidados paliativos, especialmente a morfina, são incluídos na lista de medicamentos essenciais e são obtidos.

3. Sobrevivência ao cancro

A sobrevivência de doentes oncológicos em alguns intervalos definidos após o diagnóstico (três a cinco anos) é muito utilizada como uma medida de sucesso na gestão do cancro. Reflecte a eficácia da detecção precoce e das actividades de tratamento, uma vez que o prognóstico de um doente oncológico depende acima de tudo do estágio da doença na altura do diagnóstico e da qualidade do tratamento recebido (assim como outros factores como a idade e a saúde geral do doente). Em África, essa informação apenas ficou disponível recentemente a partir de grupos especiais de doentes de vários hospitais (por exemplo, tratados por um único cirurgião ou que frequentaram clínicas especiais). Foram publicados alguns resultados recentes de estudos de base populacional realizados em dois países da Região, as cidades de Kampala (Uganda)¹¹ e Harare (Zimbabwe)¹². As taxas de sobrevivência de cinco anos documentadas são das mais baixas alguma vez relatadas mundialmente a partir de registos oncológicos de base populacional. Os doentes africanos, mesmo os inúmeros zimbabuenses brancos, têm uma taxa de sobrevivência de cinco anos muito mais baixa que os doentes oncológicos que vivem nos Estados Unidos (Quadro 1). No entanto, os resultados mostram que o cancro não é uma doença uniformemente fatal em África – por exemplo, um terço das mulheres com cancros da mama e cancros do colo do útero podem sobreviver aos seus cancros, mesmo nas circunstâncias actuais.

Quadro 1: Comparação da taxa de sobrevivência de cinco anos (%) no Zimbabwe e nos EUA^{11; 12}

Local do cancro	Zimbabwe (Harare)		EUA	
	Doentes negros	Doentes brancos	Americanos negros, sobrevivência ajustada*	Americanos brancos, sobrevivência ajustada†
Estômago	13.2	-	19.5	-
Colo-rectal	17.4	19.4	51.9	61.2
Fígado	1.4	-	7.2	-
Pulmão	5.7	10.2	12.8	14.3
Mama	37.9	74.4	70.1	87.3
Colo do Útero	30.5	-	58.1	-
Próstata ‡	27.1	83.7	95.9	99.2
Bexiga	16.8	72.8	66.5	81.1
Linfomas	23.1	-	53.2	-
Sarcoma de Kaposi	4.4	-	14.9	-

* ajustada à distribuição de idades dos doentes negros do Zimbabwe;

† ajustada à distribuição de idades dos doentes brancos do Zimbabwe

‡ Sobrevivência de 3 anos

4. Esforço económico do cancro

A maior parte dos países africanos tem estruturas políticas, económicas e administrativas semelhantes. Esses países são também assolados por pobreza, pela epidemia do VIH/SIDA, por um conjunto de doenças transmissíveis e diversos outros problemas de saúde graves, incluindo DNT – onde o cancro apresenta-se como uma das principais preocupações de saúde pública. Quando se aborda a prevenção e controlo do cancro em África devemos perceber que os países africanos têm uma grande variedade nos Rendimentos Nacionais Brutos (RNB), que é a medida adoptada pelo Banco Mundial para definir os países por níveis de recursos. O corte para as economias de baixo rendimento é um RNB *per capita* de 745 dólares ou menos (em 2001), e para as de médio rendimento até 9206 dólares, sendo que os rendimentos acima deste valor são classificados como altos rendimentos. A disponibilidade de recursos a serem gastos na saúde, e por isso no controlo do cancro, varia consoante o grupo de rendimento a que o país pertence. Mesmo aqueles países com níveis de rendimento semelhantes podem ter históricos, valores culturais e infra-estruturas completamente diferentes, afectando dessa forma as suas oportunidades e prioridades. A velocidade a que as economias dos países africanos estão a crescer também afecta o quanto pode ser feito relativamente ao controlo do cancro. Nos níveis de rendimento mais baixos, isto é, em países onde o crescimento económico estagnou (que é infelizmente o caso de vários países na África Subariana), a prevenção e controlo do cancro não pode ser uma área para despesas adicionais.

Espera-se que a magnitude do problema do cancro em África atinja o dobro nas próximas duas décadas caso não sejam implementadas intervenções presentemente. As consequências de saúde e económicas resultantes seriam substanciais. De acordo com os relatórios do Banco Mundial, o impacto económico do cancro em África é devastador e bastante maior do que o número de casos poderia sugerir por si só. O cancro afecta indivíduos, famílias, comunidades, empresas e governos e tem um impacto económico em todos eles. Se a magnitude do cancro em África continuar a aumentar, como indicam as actuais tendências, os ganhos gerais nos RNB serão lentamente anulados. O cancro afecta o estado de saúde geral da sociedade e leva a que as populações paguem do próprio bolso as despesas relacionadas com a saúde. Baixa a produtividade e o desempenho do crescimento e por isso tem um efeito no desempenho macroeconómico. O impacto económico do cancro em África é especialmente grave, uma vez que a maior parte dos cancros ocorre em pessoas que se encontram nas faixas etárias economicamente produtivas. O choque económico inclui muitas vezes tanto a perda de rendimentos como despesas associadas com os custos dos cuidados de saúde. Se este impacto económico adverso é para ser evitado em África, devem ser formulados, financiados e implementados urgentemente os Programas Nacionais de Luta contra o Cancro (PNLCC), sendo estes integrados nos sistemas de saúde e serviços relacionados existentes.

5. Factores de risco ou atenuantes para a incidência do cancro

Estima-se que mundialmente cerca de 43% das mortes relacionadas com cancro se devem ao tabagismo, maus hábitos alimentares, consumo nocivo do álcool, inactividade física e infecções. Destes factores, o consumo do tabaco é a causa de cancro mais evitável em todo o mundo. Para além do cancro do pulmão, o tabagismo causa tumores na laringe, pâncreas, rins e bexiga. A ingestão excessiva de álcool está associada a uma elevada incidência de carcinomas na cavidade oral e no esófago. Para além disso, a implementação de estratégias preventivas eficazes e integradas irá reduzir, a longo prazo, a incidência de outros tumores em locais como o estômago, fígado, mama, colo do útero, cólon e recto. O cancro em África está bastante associado ao estatuto social. Os factores de risco oncológicos são mais elevados em indivíduos com menos educação. Para além disso, os doentes com um baixo estatuto social possuem taxas de sobrevivência sistematicamente mais baixas que os doentes com um estatuto social mais elevado. A situação é pior em África porque muitas das pessoas que vivem com cancro não têm acesso aos cuidados e apoios que necessitam. Em nome da boa governação e tendo em conta os direitos humanos elementares, os cuidados e apoios que os doentes oncológicos necessitam devem ser devidamente considerados, uma vez que melhoram consideravelmente a qualidade de vida e as hipóteses de sobrevivência. Os cuidados oncológicos devem também incluir apoio físico, social, emocional e espiritual, para além do acesso a uma alimentação adequada.

Embora os conhecimentos actualmente disponíveis acerca da prevenção, tratamento e cuidados paliativos para o cancro seja extenso, ainda é necessário saber mais em várias áreas, especialmente na compreensão da etiologia, prevenção e tratamento. Já existe uma boa compreensão das causas que podem ajudar a prevenir pelo menos um terço dos cancros por todo o mundo. Está também disponível informação que pode permitir a detecção precoce e o tratamento eficaz de mais um terço dos casos. Existem métodos eficazes para o alívio adequado das dores e para a prestação de cuidados paliativos a todos os doentes oncológicos, para além de um apoio apropriado às suas famílias, mesmo em cenários de baixos recursos.

Em muitos dos casos este amplo conhecimento não é geralmente posto em prática. Os esforços para prevenir e controlar o cancro são prejudicados pela baixa prioridade que é frequentemente dada à doença pelos governos e ministérios da saúde. Actualmente existe uma dependência e despesas excessivas no tratamento, e existe também uma desigualdade considerável entre os recursos alocados para a investigação oncológica básica e os recursos dedicados à prevenção e controlo da doença. Por exemplo, a prevenção primária, a detecção precoce e os cuidados paliativos são muitas vezes negligenciados a favor de abordagens orientadas para o tratamento, mesmo em casos onde estas abordagens não são rentáveis e causam um sofrimento humano desnecessário. Outro exemplo é a falha de levar em consideração as desigualdades sociais relacionadas com a prevenção e controlo do cancro. A incidência e a sobrevivência do cancro estão claramente ligadas a factores socioeconómicos. Grupos de baixo rendimento e desfavorecidos estão geralmente mais expostos a factores de risco evitáveis, como agentes cancerígenos ambientais, abuso de álcool, agentes infecciosos e tabagismo. Estes grupos têm menos acesso aos serviços de saúde e à educação da saúde que lhes capacitariam a tomarem decisões para protegerem e melhorarem a sua própria saúde. Para além disso, alterar os estilos de vida expõe as pessoas a factores de risco outrora encontrados apenas em países desenvolvidos (como inactividade física, alimentação rica em gordura animal e tabagismo).

6. Intervenções para a prevenção e controlo do cancro

6.1 A Prevenção oferece frequentemente a estratégia mais rentável a longo prazo relativamente ao controlo do cancro. As medidas preventivas são duplamente benéficas, uma vez que podem também contribuir para a prevenção de outras doenças crónicas que partilham os mesmos factores de risco. Os agentes infecciosos são responsáveis por quase 25% das mortes por cancro no mundo em desenvolvimento e 6% nos países industrializados. Em cenários de baixos rendimentos com uma elevada prevalência de cancros induzidos por agentes biológicos são necessárias medidas especiais para combater essas infecções. Por exemplo, em áreas endémicas para o cancro hepático, a vacinação contra o vírus da hepatite B, integrada noutros programas de vacinação, é a principal medida preventiva. As vacinas foram desenvolvidas e testadas em seres humanos; provaram ser eficazes na prevenção do cancro do colo do útero dentro em breve. A prevenção da infecção por VIH irá também reduzir a incidência de cancros relacionados com o VIH/SIDA, como o sarcoma de Kaposi ou o linfoma. Várias medidas preventivas e protectoras específicas para controlar ou evitar agentes cancerígenos ou factores de risco ambientais (incluindo exposição excessiva dos albinos em África à luz directa do Sol) e no local de trabalho irão reduzir de forma significativa a incidência de cancros como o cancro do pulmão, da bexiga e da pele.

6.2 A detecção precoce, que envolve o rastreio de populações assintomáticas e a sensibilização acerca de sinais e sintomas precoces, aumenta a probabilidade de cura quando o tratamento é realizado imediatamente. No entanto, requer que as instalações confirmem o diagnóstico e forneçam um tratamento adequado à população necessitada. É especialmente relevante ter conhecimento dos sinais e sintomas precoces para o cancro da mama, colo do útero, boca, laringe, endométrio, estômago, do cólon, do recto, e da pele. Com base nas evidências disponíveis, actualmente apenas se pode exercer advocacia a favor do rastreio da população para os cancros da mama, do colo do útero, do cólon e do recto nos países onde os recursos estão disponíveis para uma cobertura alargada da população e onde existem instalações médicas e tratamentos de diagnóstico de qualidade apropriados. Infelizmente, todos eles são escassos em África. Todavia, estão em curso estudos para avaliar métodos de rastreio de baixo custo que possam ser implementados e sustentados em cenários de baixos recursos. Por exemplo, a inspecção visual após a aplicação de ácido acético (VIA) provou ser

um método de rastreio eficaz para o rastreio do cancro do colo do útero num futuro próximo. São necessários mais estudos para avaliar alternativas de baixo custo à mamografia, como um exame clínico da mama¹³.

6.3 O tratamento do cancro é muito caro e procura curar a doença, prolongar a vida e melhorar a qualidade de vida. O tratamento mais eficaz e eficiente está ligado aos programas de detecção precoce, seguido de padrões de cuidados com base em evidências. As orientações de tratamento e de prática melhoram os resultados do tratamento ao definirem padrões de gestão dos doentes. Actualmente, na maior parte dos países africanos, os serviços básicos de tratamento oncológico não existem e quando estão disponíveis é habitual que as máquinas de radioterapia se avariem devido à falta de manutenção preventiva. No que toca à quimioterapia, uma das grandes preocupações é a falta de medicamentos citotóxicos, viabilidade e acessibilidade do serviço. Para além destas situações, a maior parte dos países africanos não possuem políticas oncológicas, orientações de encaminhamento, orientações de tratamento e prática e recursos como dinheiro, pessoal capacitado e tempo são muitas vezes limitados. Nestas circunstâncias, é caso para perguntar como é que os países africanos podem causar impacto na prevenção e controlo do cancro se não são colocados em prática um planeamento, advocacia e perseverança estratégicos.

Em África, a maior parte dos doentes oncológicos requer cuidados paliativos, uma vez que se apresentam normalmente para tratamento quando a sua doença já atingiu uma fase avançada. Os cuidados paliativos envolvem não só o alívio da dor, mas também um apoio espiritual e psicológico aos doentes e à sua família desde a altura do diagnóstico, passando pela evolução da doença até ao fim da vida e ao luto, o que ajuda a melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, independentemente das possibilidades de cura. Estes serviços podem ser fáceis de oferecer e são bastante baratos. Por exemplo, pode ser fornecida morfina para administração oral em caso de dores moderadas ou graves a custos relativamente baixos e a experiência no Hospício do Uganda revela que o custo de dez dias de morfina oral é de 30 cêntimos de dólar americano^{14;15;16}. Todavia, o acesso a serviços de alívio de dor e de cuidados paliativos é muitas vezes limitado, mesmo em cenários de elevados recursos, devido à falta de vontade política, falta de informação e educação suficientes do público em geral, dos fornecedores e doentes dos cuidados de saúde, e devido também à excessiva regulamentação sobre o uso de opiáceos^{17;18;19}.

6.4 As outras actividades de prevenção e controlo do cancro são a **vigilância e a investigação**. Ambas são fundamentais para um planeamento eficaz e eficiente dos programas de controlo do cancro e para a monitorização e avaliação do seu desempenho. Um sistema de vigilância completo fornece informações sobre a incidência do cancro e as tendências da doença e dos factores de risco. Também documenta o efeito da prevenção, da detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. Os países africanos estão a realizar inquéritos STEP para avaliarem a prevalência das DNT e dos seus factores de risco, incluindo o cancro. Os registos de cancro fazem parte do sistema de vigilância. Os registos de base populacional fornecem informações sobre casos e tendências de incidência; ao passo que os registos hospitalares fornecem informações relativamente a diagnósticos, distribuição por estágios, métodos de tratamento e sobrevivência. A investigação contribui para determinar as causas do cancro e para avaliar estratégias de prevenção, tratamento e controlo. Por isso, o planeamento da investigação e a definição de prioridades são elementos importantes de um programa eficaz de controlo do cancro.

A OMS está empenhada em acções de saúde pública concebidas para reduzir a incidência e a mortalidade do cancro e para melhorar a qualidade de vida dos doentes através da implementação sistemática de estratégias com base em evidências para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. Várias resoluções publicadas no sítio da OMS na Internet foram adoptadas e várias intervenções implementadas a nível global, regional e nacional. Para assegurar uma sustentabilidade a longo prazo são essenciais parcerias eficazes para programas de prevenção e controlo do cancro. A OMS reforçou as suas ligações com outras instituições activas no campo da prevenção e controlo do cancro. Como resultado, foi lançada a aliança composta por organizações internacionais, agências do sistema das Nações Unidas, órgãos governamentais, organizações não governamentais e entidades do sector privado que abrangem campos de especialização como a medicina, enfermagem, investigação, saúde pública e comunicações. Esta aliança também inclui a “Aliança para a Prevenção do Cancro do Colo do Útero (ACCP)” e “A Minha Criança Importa”, uma campanha da UICC.

Na área da investigação do cancro, a Agência Internacional para Investigação do Cancro (IARC), que faz parte da OMS, realiza investigações orientadas sobre a etiologia e prevenção do cancro. Esta agência fornece evidências sobre a prevalência e incidência do cancro, as causas do cancro e os mecanismos da carcinogénese, assim como as recomendações para as estratégias mais eficazes da prevenção do cancro e da detecção precoce. Os resultados da investigação e os relatórios das publicações da IARC fornecem a base para a formulação de políticas para a prevenção e controlo do cancro e para a implementação do programa por parte da OMS. A recente publicação científica da IARC chamada “Cancro em África: Epidemiologia e Prevenção”⁸ contém os mais recentes dados epidemiológicos e as projecções acerca do cancro, o actual conhecimento sobre as causas do cancro e as recomendações políticas para os programas de luta contra o cancro.

7. Justificação para um PNLCC

Na implementação de intervenções para prevenir e controlar o cancro existe uma grande margem para melhorar, e um Programa Nacional de Luta contra o Cancro (PNLCC) pode melhorar significativamente os resultados através de diagnósticos precoces e da optimização da distribuição de recursos de tratamento limitados. Um PNLCC bem planeado é o instrumento mais eficaz que irá colmatar a lacuna existente entre o conhecimento e a prática. Estes programas, quando integrados em sistemas de saúde e serviços relacionados existentes, asseguram uma implementação sistemática e equitativa das estratégias de controlo ao longo da prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos, tal como consignado nas orientações da OMS para o PNLCC³. As pessoas que tomam decisões e os gestores do programa podem tirar o máximo partido dos recursos disponíveis de modo a beneficiar toda a população através de uma abordagem equilibrada às intervenções com base em evidências com a ajuda de um PNLCC bem planeado.

As pessoas que tomam decisões devem perceber que com o fardo da SIDA e com os efeitos persistentes de outras doenças endémicas, o cancro faz sentir constantemente os seus efeitos negativos em África. A magnitude do problema do cancro irá aumentar à medida que a esperança média de vida aumenta. É pouco provável que os países africanos possam assumir todos os aspectos do controlo do cancro de forma imediata, desde a prevenção até ao tratamento e cuidados paliativos, devido à grande escassez de pessoal formado, instalações de tratamento (centros de cancro, hospitais, centros de saúde, etc.) e redes de comunicação fiáveis, assim como sistemas de referência. É por isso recomendado que cada país africano, com quaisquer recursos que estejam actualmente disponíveis, implemente acções específicas,

utilizando uma abordagem passo a passo, que irão reduzir o impacto do cancro na sua população. O programa pode então ser alargado à medida que as condições financeiras e sociais melhoram. Alguns aspectos do controlo do cancro em África não muito dispendiosos e podem ser implementados de imediato. Os países africanos devem também compreender o facto que várias organizações estão dispostas a auxiliar os países que necessitam de ajuda.

8. Experiências na criação de PNLCC

A primeira coisa que se nota na implementação de um PNLCC é que, ao contrário de outros programas de controlo de doenças, o controlo do cancro é muito complicado. O programa está a lidar com várias doenças (independentemente do facto de) que são provocadas por agentes cancerígenos semelhantes, como o tabaco, infecções ou alimentação. O que se constata em seguida é que a maior parte das intervenções de controlo do cancro com base em evidências apoiam-se em modelos terapêuticos que funcionam bastante bem em cenários ocidentais e são caros, necessitam de alta tecnologia e são por isso difíceis de aplicar em ambientes de baixos recursos. No caso de esses procedimentos serem impostos, seja por que razão for, em países pobres sem recursos adequados, é inevitável que falhem devido à falta de apoio técnico, assim como à incapacidade do público e da profissão em sustentá-los. Um bom exemplo é a despistagem mamográfica e o teste de Papanicolau; a experiência em alguns dos países africanos mostrou que do ponto de vista da saúde pública, estas duas intervenções não produzem resultados nem são exequíveis. A mamografia, que é uma técnica de rastreio economicamente viável, requer não só dinheiro mas também um alto nível de perícia técnica. Do mesmo modo, o teste do Papanicolau requer uma perícia técnica elevada e um sistema de prestação de cuidados de saúde organizado. No entanto, as tecnologias emergentes para o rastreio do cancro do colo do útero, como a VIA e o teste HPV podem ser implementadas de forma bastante rentável.

Em África, é muito importante que a escolha das intervenções essenciais para a prevenção e controlo do cancro sejam baseadas na aceitabilidade das pessoas a que se destinam. Estas intervenções devem ser acessíveis, adaptáveis ao contexto local e integradas noutros programas nacionais de saúde. A implementação passo a passo de vários aspectos do controlo do cancro é uma opção que devia ser seriamente tomada em consideração no cenário de recursos limitados em África.

A redução da incidência do cancro é um objectivo essencial para as intervenções de controlo do cancro. A OMS, no seu documento acerca dos PNLCC³, identificou e classificou os cancros que são evitáveis, facilmente detectáveis e tratados de forma eficaz e também os que têm como única solução os cuidados paliativos. Estas orientações, juntamente com a informação da IARC sobre o fardo e os padrões do cancro, podem ser utilizadas pelos países africanos durante a elaboração do PNLCC.

CAPÍTULO DOIS

Intervenções essenciais para a prevenção e controlo do cancro em África

Ao considerar a adopção de intervenções com base em evidências de países ricos e desenvolvidos, devem ser colocados em prática julgamentos económicos, éticos e também científicos. As infra-estruturas são também uma consideração muito importante, pois mesmo os cuidados oncológicos básicos requerem pessoal formado, instalações de tratamento (centros oncológicos, hospitais e centros de saúde), uma comunicação fiável e sistemas de referência. Todos estes não estão actualmente ao alcance da maioria dos países africanos. Uma situação como esta obriga a que os países sejam orientados nos critérios a serem aplicados para a avaliação do valor de quaisquer intervenções e na atribuição de prioridades à sua ordem de implementação. O cenário ideal seria assegurar que todos os indivíduos têm um acesso idêntico a quaisquer intervenções, independentemente do seu nível de educação e do seu estatuto na sociedade. A realidade em África é que tudo aquilo que é colocado à disposição depende das estruturas em funcionamento (organização, pessoal adequado, recursos, etc.) e dos processos (sistemas de valores, a forma como são feitas as coisas e a informação). Isto levanta um grande problema, pois o cancro não está no topo da agenda da saúde em África e tem também de competir com outras doenças pelos mesmos recursos. A utilização de recursos desta forma, sem um planeamento cuidadoso, leva ao desperdício e é pouco eficaz do ponto de vista económico.

As intervenções recomendadas

As intervenções recomendadas para a prevenção e controlo do cancro incluem actividades com uma boa relação custo-eficácia bem coordenadas e implementáveis como:

- a) A criação de uma política oncológica nacional e de um plano estratégico, assim como advocacia e sensibilização relativamente ao cancro;
- b) A criação/reforço de fontes fiáveis e sustentáveis de recolha de dados, especialmente registos oncológicos;
- c) Prevenção oncológica primária;
- d) Iniciativas de prevenção secundárias e serviços de detecção precoce;
- e) Serviços de tratamento oncológico de qualidade;
- f) Bons serviços de cuidados paliativos;
- g) Programas educacionais/de formação para grupos-alvo identificados;
- h) Vários tipos de investigação sobre cancros.

Como atribuir prioridade às intervenções

Quando é realizada uma análise de situação específica num país, os decisores políticos têm de escolher como afectar os fundos entre o cancro e outras prioridades ou então outras intervenções oncológicas e para isso precisam de algo mais do que apenas informações sobre intervenções que são amplamente aceites com base em evidências economicamente viáveis noutros países que não o seu. O custo total de uma intervenção é geralmente o factor decisivo, independentemente de quão desejável uma intervenção possa ser.

Por exemplo, o custo de uma intervenção como a vacinação contra a hepatite B em crianças – que é uma prioridade global para todos os países – depende do número de nascimentos e da cobertura esperada, do custo unitário da vacina e da capacidade de incorporar a vacina (por exemplo, a adequação da cadeia a frio) em programas de vacinação existentes. O cálculo neste caso é relativamente simples. No entanto, se a questão for entre instituir um programa de rastreio para o cancro do colo do útero e o cancro da mama então as estimativas de custo tornam-se mais complexas, assim como os cálculos dos rácios da viabilidade económica e da relação custo-benefício. Em ambos os casos, o rastreio implica a disponibilidade de tratamento para os cancros (ou condições pré-cancerosas) detectados, assim como a manutenção da própria estrutura de rastreio. Neste relatório, a informação geral acerca da viabilidade económica ou da relação custo-benefício de intervenções, tal como está especificado na literatura, teve direito a um guia devido ao reconhecimento de que quando é necessário tomar uma decisão numa altura específica e num país em particular têm de ser realizados cálculos muito mais específicos. Alguns países africanos têm profissionais em economia da saúde capazes de fornecerem um apoio para a tomada dessas decisões, mas muitos não. A OMS deve fornecer uma assistência técnica aos países que não possuem profissionais capazes de realizarem os cálculos necessários, ajudando dessa forma nas decisões sobre dotações nos orçamentos da saúde. Outros factores que devem ser considerados ao tomar estas decisões relativamente à dotação orçamental incluem a disponibilidade de fundos e acessibilidade; viabilidade económica e acessibilidade dos métodos de intervenção; aceitabilidade; viabilidade; garantia de segurança e de qualidade; sustentabilidade e resposta apropriada e compreensiva.

A OMS desenvolveu recursos (Anexo) que contêm um conjunto de questões e uma metodologia proposta para facilitar a realização de uma avaliação da situação e iniciar o planeamento/alargar um programa oncológico, recursos esses que podem ser utilizados por um administrador do programa.

Nos próximos capítulos iremos descrever como pôr em prática as intervenções essenciais a seguir referidas.

- 1. Intervenção 1: Formular uma política e um plano estratégico nacional de luta contra o cancro dentro do quadro das DNT**
- 2. Intervenção 2: Estabelecer/reforçar fontes de recolha de dados fiáveis e sustentáveis**
- 3. Intervenção 3: Promover a prevenção primária contra o cancro**
- 4. Intervenção 4: Promover iniciativas de prevenção secundária e oferecer serviços de detecção precoce de forma mais ampla**
- 5. Intervenção 5: Fornecer serviços de tratamento do cancro de qualidade**

- 6. Intervenção 6: Fornecer bons serviços de cuidados paliativos**
- 7. Intervenção 7: Realizar programas educacionais/de formação para os grupos alvo identificados**
- 8. Intervenção 8: Realizar vários tipos de investigação sobre cancros.**

Os detalhes sobre como escolher estas intervenções essenciais com base em cenários locais, incluindo os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, são destacados no capítulo 4.

2.1. Intervenção 1: Formular uma política e um plano estratégico nacional contra o cancro dentro do quadro das DNT.

Estratégia: Política, Advocacia e trabalho em rede para o controlo do cancro

Existe a crença de que não importam as limitações financeiras que um país atravessa, uma política nacional de luta contra o cancro bem concebida e bem gerida que culmine num PNLCC é a melhor forma de reduzir a morbilidade e a mortalidade do cancro e aumentar a qualidade de vida dos doentes oncológicos e das suas famílias. Na elaboração de uma política nacional de luta contra o cancro, a elaboração da política, a administração, a advocacia e a prática da medicina devem trabalhar em conjunto na justificação das prioridades na conquista da boa saúde para todos. A maior parte das DNT partilham factores de risco comuns, o que deve ser levado em consideração quando se procede à formulação da política, planeamento estratégico e trabalho em rede contra o cancro. A OMS já publicou orientações para ajudar os gestores e os líderes no desenvolvimento e implementação de políticas e programas nacionais de controlo do cancro³. O PNLCC ou um plano estratégico necessitam ser adaptados ao contexto local. Por vezes as pessoas que tomam decisões e os profissionais da saúde podem enfrentar dilemas éticos quando definem prioridades devido ao pequeno “bolo orçamental que deve ser partilhado”. Nestas circunstâncias, devem pensar se os sistemas e as práticas actuais salvaguardam a solidariedade e a equidade de forma compatível com os seus valores e com uma distribuição justa da riqueza.

Ao planear a prevenção e controlo do cancro, a advocacia é uma estratégia essencial com o propósito de influenciar a forma como o público e as pessoas que tomam decisões a todos os níveis pensam e agem. Ao informarem e educarem o público e as decisores políticos, os defensores do controlo do cancro podem influenciar de forma positiva as leis, regulamentações e regras que têm impacto na experiência do cancro desde a prevenção até aos cuidados paliativos. A colaboração procura avançar a política oncológica e o plano de estratégia associado; partilhar a aprendizagem e reduzir a duplicação dos esforços; trabalhar em assuntos e tópicos comuns com vista a promover a consistência; encorajar relações de trabalho entre todas as partes interessadas no país e através das fronteiras organizativas, de modo a promover uma abordagem colaborativa ao planeamento e prestação dos serviços.

Quadro 2: Matriz proposta de actividades para a política de controlo do cancro e para o planeamento estratégico, advocacia e colaboração

ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENIENTES	INDICADORES ESSENCIAIS DE DESEMPENHO
Nomear uma Comissão Nacional Administrativa para o PNLCC de acordo com as orientações da OMS ³	Representação de vários sectores	O Ministro da Saúde (MdS)	Reuniões regulares, actas das reuniões e resoluções.
Definir prioridades da prevenção e controlo do cancro com base numa análise da situação interna, dentro do contexto do programa das DNT	Prioridades claramente definidas no mandato da comissão referida anteriormente	MdS	Análise da situação Documento da política das DNT Documento dos termos de referência para a Comissão Nacional do PNLCC
Integrar as actividades de prevenção e controlo do cancro nos cuidados de saúde primários (CSP) e noutros níveis do sistema de saúde	Controlo do cancro integrado nos CSP	MdS	Controlo do cancro como uma das prioridades nos planos dos CSP
Incorporar o controlo do cancro nos programas de saúde das ONG [locais e internacionais]	Colaboração com as ONG e os MdS	MdS e ONG	Aumento das partes interessadas no controlo do cancro Representação das ONG no PNLCC
Colaborar com outros programas de saúde, como por exemplo, paludismo, esquistossomíase, luta contra a SIDA, hepatite B, etc., para reforçar o sistema de saúde	Controlo do cancro integrado na prestação de cuidados de saúde	Gestores do programa	Partilhas e intercâmbio entre o PNLCC e outros programas de saúde
Defender a prevenção do cancro e a melhoria dos serviços oncológicos	Influenciar os responsáveis políticos	Todas as partes interessadas	Formulação da política e do plano estratégico nacionais contra o cancro e sua implementação
Desenvolver uma estratégia de comunicação para a prevenção e controlo do cancro	Sensibilizar indivíduos e comunidades Influenciar os responsáveis políticos	MdS e outras partes interessadas	Aliança e colaboração para a prevenção e controlo do cancro

2.2. Intervenção 2: Estabelecer/reforçar fontes de recolha de dados fiáveis e sustentáveis.

Estratégia: Estatísticas Vitais, Registos oncológicos e inquéritos por amostragem

Um PNLCC abrangente requer informações fiáveis sobre o fardo do cancro e um sistema de vigilância oncológico, os seus determinantes (factores de risco) e resultados. O manual da OMS sobre os PNLCC³ e o módulo sobre o planeamento do cancro² descrevem os elementos de um sistema de vigilância oncológico, incluindo a medição do fardo do cancro (incidência, mortalidade, prevalência e sobrevivência) e da prevalência de factores essenciais de risco. Um sistema de vigilância concentra-se também na monitorização e avaliação dos resultados do programa de controlo do cancro. Devem ser definidos os indicadores de sucesso dos vários componentes do PNLCC quando este for formulado.

Não deve ser calculado apenas o fardo do cancro. As intervenções essenciais para a prevenção e controlo do cancro devem ser avaliadas e documentadas para se poder fazer uma comparação fácil nos países africanos. Embora cara e morosa, a documentação dos efeitos deve ser feita pois é essencial na atribuição de prioridades de intervenção. O benefício de uma intervenção específica pode também ser calculado em termos de vida prolongada (mortalidade reduzida) ou de qualidade de vida relacionada com a saúde melhorada. Embora seja fácil calcular a sobrevivência, é difícil quantificar a qualidade de vida de forma a que seja possível compará-la com outras pessoas na mesma situação.

Quadro 3: Matriz proposta de actividades para estatísticas vitais, registos oncológicos e inquéritos por amostragem

ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENIENTES	INDICADORES ESSENCIAIS DE DESEMPENHO
Advocacia a favor de um recenseamento regular da população	Informação sobre a população em geral	Escritório Nacional de Estatísticas	Publicação de dados nacionais
Registo do certificado de óbito	Informação sobre causas de morte	Registos de óbitos	Publicação de registos de óbitos
Criar serviços adequados de histopatologia	Serviços de histopatologia criados oportunamente	MdS e instituições	Unidades de histopatologia com pessoal suficiente/bem equipadas e financiadas
Criar um registo oncológico de base populacional	Recrutamento/nomeação e formação de pessoal	Organizações Internacionais: IARC, NCI, OMS e UICC	Registo oncológico aprovado pela IARC, pessoal do registo oncológico bem formado. Competência epidemiológica/estatística disponível.
Registo oncológico funcional de base populacional	Estatísticas de incidência válidas. Informação sobre o estágio e resultados da incidência dos cancros	Hospitais e MdS	Adesão à IARC. Relatórios anuais sobre o perfil do cancro
Obter dados populacionais básicos sobre a prevalência de factores de risco	Relatórios de inquéritos	MdS e hospitais	Dados de prevalência sobre o tabaco, álcool, aflatoxinas, altura/peso (IMC)
Obter dados populacionais sobre infecções relacionadas com o cancro	Relatórios da prevalência destas infecções	OMS, MdS e hospitais	Prevalência de HBV, HCV, VIH (HPV e <i>H. pylori</i>)
Divulgação/publicação de relatórios oncológicos anuais	Relatórios oncológicos anuais	Institutos e registos oncológicos	Publicações regulares

2.3. Intervenção 3: Promover a prevenção primária contra o cancro

Estratégia: Prevenção e sensibilização oncológica

Prevenção oncológica

A prevenção procura minimizar ou eliminar a possibilidade de exposição a agentes que causam cancro, assim como reduzir os factores biológicos de risco na comunidade. Oferece a melhor e mais barata oportunidade para controlar o cancro a longo prazo. Preocupa-se em sensibilizar a população acerca dos factores de risco e dos estilos de vida que podem levar ao desenvolvimento do cancro.

A prevenção do cancro é uma responsabilidade política e também médica. De modo a prevenir o cancro, é necessário saber que factores podem aumentar o risco de um indivíduo desenvolver cancro e tomar medidas para reduzir esses factores. A prevenção deve ter uma perspectiva a longo prazo, uma vez que os benefícios do investimento na prevenção apenas se tornarão óbvios após várias décadas ou na geração seguinte. As medidas de prevenção e de promoção da saúde devem ser bem coordenadas e muitas das medidas que são eficazes a controlarem o cancro são também eficazes em controlar doenças cardiovasculares e outras doenças crónicas.

Toda a população, as ONG e o governo devem participar na redução/eliminação de factores no ambiente que contribuem para o desenvolvimento de cancro. Deve ser dada prioridade aos factores infecciosos, comportamentais e ambientais em África.

Sensibilização oncológica

A sensibilização oncológica pode ser atingida através da promoção da educação oncológica ao público e às crianças em idade escolar. Os métodos que podem ser utilizados são:

- a) Cartazes, artigos de imprensa, conversas em programas radiofónicos e televisivos nas línguas locais e na língua oficial dos países.
- b) Educação oncológica na escola, locais de reunião e de trabalho.
- c) Incorporação de materiais de educação de saúde oncológica nos currículos escolares primários e secundários.

Quadro 4: Matriz proposta de actividades para a prevenção e sensibilização oncológica

ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENIENTES	INDICADORES ESSENCIAIS DE DESEMPENHO
Identificar medidas para cancros evitáveis, como a vacinação para o cancro do fígado e do colo do útero e campanhas/medidas antitabaco	Medidas de prevenção oncológicas claramente definidas para os cancros do pulmão, do colo do útero e do fígado	MdS e outras partes interessadas	Documentação de medidas preventivas para os cancros mais comuns do país
Reforçar a vacinação contra o vírus da hepatite e introduzir as vacinas HPV	Maior número de pessoas vacinadas no país contra infeções crónicas causadas pelo cancro	MdS e outras partes interessadas	Percentagem da população que foi vacinada contra o vírus da hepatite B e contra o HPV
Divulgar informação sobre a prevenção do cancro ao público em geral, incluindo agentes cancerígenos ambientais e ocupacionais	Sensibilizar o público utilizando a Informação, Educação e Comunicação (IEC) sobre a prevenção do cancro nas perspectivas locais	MdS, meios de comunicação social e outras partes interessadas	Percentagem da população sensibilizada para as intervenções da prevenção do cancro. Número de materiais de IEC desenvolvido para a prevenção do cancro
Defender comportamentos que favorecem a prevenção do cancro, como uma alimentação saudável, actividade física, sexo seguro, etc., realizar programas educacionais em escolas e locais de trabalho	Maior número de pessoas no país que pratica comportamentos contra o cancro, por exemplo não fumar; não consumir álcool de forma nociva; adoptar uma alimentação saudável e praticar actividade física	MdS e outras partes interessadas	Percentagem de indivíduos que alteraram o seu comportamento e o seu estilo de vida

2.4. Intervenção 4: Promover iniciativas de prevenção secundária e oferecer serviços de detecção precoce de forma mais ampla

Estratégia: Rastreio e detecção precoce do cancro

Muitos tipos de cancros comuns em África permitem um fácil rastreio e uma detecção precoce na fase pré-cancerosa, quando é possível curá-los. Estes incluem o cancro do colo do útero, cancro da mama, cancro da boca, cancro da garganta, cancro da laringe e cancro da pele. Alguns cancros das crianças, como o retinoblastoma (tumor ocular) e tumor de Wilms (tumor no rim) também se encontram nesta categoria.

A prevenção secundária consiste na detecção e diagnóstico precoce do cancro, quando este ainda é curável. A detecção precoce inclui a auto-palpação mamária (APM) onde todos os indivíduos estão constantemente à procura de sinais e sintomas de cancro enquanto o rastreio é feito de forma intermitente ou periódica pelo profissional de saúde, por exemplo o rastreio do cancro do colo do útero utilizando a VIA e o exame clínico da mama (ECM).

2.4. Rastreio do cancro

O rastreio do cancro procura detectar lesões pré-cancerosas e o cancro prematuro, antes que o indivíduo seja capaz de sentir e/ou detectar a sua presença.

Objectivos para o rastreio

- a) Desenvolver campanhas de sensibilização de modo a encorajar as pessoas a assumirem a responsabilidade pela sua própria saúde.
- b) Estabelecer uma ligação com o Ministério da Educação de modo a incorporar métodos de rastreio do cancro no currículo escolar.
- c) Desenvolver e criar programas de rastreio nacional para as pessoas em risco.
- d) Educar o público e as crianças em idade escolar sobre métodos de auto-rastreio, como o APM e os 7 Sinais de Alerta para a Prevenção do Cancro.
- e) Identificar e priorizar os cancros mais prováveis de serem detectados precocemente através de métodos de rastreio, como por exemplo o cancro do colo do útero, cancro da mama e os cancros infantis.
- f) Educar os profissionais de saúde pública a estarem atentos a sinais e sintomas de cancro.
- g) Desenvolver uma política clara de rastreio, referência, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de todos os casos.

Rastreio do cancro do colo do útero

- **Fundamentalção lógica**

O cancro do colo do útero é o cancro mais comum nas mulheres africanas⁹. Um dos problemas mais comuns é a consulta tardia. Muitas mulheres não têm acesso a exames de rastreio porque vivem em áreas rurais. Uma vez que o teste de Papanicolaou é tecnicamente complicado de realizar e é também bastante caro, devem ser encorajados os métodos de inspecção visual como a VIA e a VILI.

- ***Plano de implementação***

Para as mulheres pobres com um risco elevado de desenvolverem cancro do colo do útero em África, uma das formas de se garantir que pelo menos 80% destas mulheres entre os 25 e os 59 anos fazem o rastreio é ter um serviço descentralizado no nível primário do sistema de saúde. Será bastante útil a existência de um programa de serviço de rastreio móvel em colaboração com as unidades de saúde maternal e infantil/planeamento familiar do MdS, como parte integral dos programas de maternidade segura, saúde materna e planeamento familiar/política demográfica. Em países onde foi introduzida uma abordagem da saúde comunitária aos cuidados paliativos, o instrumento de divulgação deste programa pode também ser utilizado como o fornecedor do programa de serviço de rastreio móvel.

- ***Objectivos de implementação***

- i) Instituir uma educação de saúde de modo a aumentar a sensibilização de sinais e sintomas precoces.
- ii) Criar uma política clara para os rastreios regulares de mulheres com idade superior aos 25 anos.

- ***Estratégias***

- i) Identificar mulheres com idade entre os 25-59 anos para fazerem o rastreio.
- ii) Formar profissionais de saúde da comunidade para utilizarem uma lista de verificação nos grupos de risco elevado que serão encaminhados para o rastreio.
- iii) Formar profissionais de cuidados de saúde primários para examinarem o colo do útero e realizarem a VIA/VILI a nível clínico.
- iv) Assegurar a disponibilidade de equipamento para a VIA/VILI e para os exames ginecológicos.
- v) Formar médicos e enfermeiros nas técnicas VIA/VILI, colposcopia, crioterapia e cirurgia de alta frequência (CAF).
- vi) Abrir laboratórios com serviços de histopatologia a nível regional.
- vii) Assegurar a ligação entre a identificação da anomalia e o encaminhamento para diagnóstico, tratamento e seguimento.

- ***Avaliação***

O programa irá reduzir o número e a percentagem geral de casos de cancros do colo do útero invasivos com doença avançada (estágio II+). Os efeitos a longo prazo deste plano irão mostrar uma redução na incidência e mortalidade do cancro do colo do útero²¹.

Diagnóstico precoce e encaminhamento

Mais de 80% dos doentes em África têm um cancro incurável avançado aquando da sua primeira consulta^{10;11}. Isto é um grande problema que pode ser minorado através da informação do público em geral acerca de sintomas e sinais precoces, da educação dos profissionais de saúde acerca do cancro e da criação de rápidos procedimentos de encaminhamento para hospitais com diagnósticos disponíveis adequados e instalações de tratamento.

Cancro da mama

- ***Fundamentação lógica***

O cancro da mama é o segundo cancro mais comum entre as mulheres africanas. Muitas destas doentes com cancro da mama vão para o hospital com a doença avançada, uma vez que os programas nacionais de mamografias são caros e não estão imediatamente disponíveis à maior parte das mulheres em grande parte dos países africanos. Deve ser encorajado o exame clínico da mama (ECM) e o APM como partes integrantes dos programas de maternidade segura, saúde materna e planeamento familiar/política demográfica.

- ***Plano de implementação***

A estratégia mais importante desta intervenção consiste num bom programa educacional sobre ECM e APM.

- ***Principal objectivo***

Procura divulgar a implementação de ECM e dar instruções sobre APM a 80% das mulheres com 15 anos.

- ***Estratégias***

Instituir uma educação da saúde para sensibilizar a população acerca do rastreio de APM (começar nas escolas).

Formar profissionais de cuidados de saúde primários a realizarem ECM e a ensinarem APM.

- ***Avaliação***

O programa irá reduzir o número e percentagem geral de casos de cancro da mama invasivos com doença avançada (estágio II+). Os efeitos a longo prazo deste plano irão mostrar uma redução gradual na incidência e mortalidade do cancro da mama.

Cancros infantis

- ***Fundamentação lógica***

Os principais cancros que ocorrem em crianças, especialmente nos primeiros dez anos de vida, são o linfoma de Burkitt, tumor de Wilms, retinoblastoma, leucemias, sarcomas e neuroblastomas. A maior parte destes cancros são curáveis se forem diagnosticados e tratados precocemente. As taxas de cura do linfoma de Burkitt e do tumor de Wilms são elevadas se forem detectados precocemente. A educação sanitária acerca destes tumores será integrada nos programas de saúde infantil.

- ***Principal objectivo***

Assegurar que a maior parte dos cancros infantis são detectados precocemente por profissionais de cuidados de saúde em todos os níveis.

- **Objectivos de implementação**

- a) Educar os profissionais de saúde sobre a importância de rastrear as crianças que se encontram saudáveis através da observação e de um exame físico.
- b) Educar os pais acerca da importância dos exames completos regulares às crianças que se encontram saudáveis, que podem ser incorporados nas clínicas do MdS e nos programas de vacinação.
- c) Sensibilizar os profissionais de saúde acerca dos cancros comuns nas crianças e da importância do encaminhamento precoce nos casos de retinoblastoma, linfoma de Burkitt e outros cancros infantis.

- **Estratégias**

Instituir uma educação de saúde para a sensibilização de cancros infantis (começar por informar as mães e os profissionais de saúde).

Formar profissionais de cuidados de saúde primários para detectarem cancros infantis precocemente.

- **Avaliação**

O programa irá reduzir o número e percentagem geral de casos de cancros infantis invasivos com doença avançada (estágio II+). Os efeitos a longo prazo deste plano irão mostrar uma redução gradual na incidência e mortalidade dos cancros infantis.

Quadro 5: Matriz proposta de actividades para o rastreio e detecção precoce do cancro

ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENIENTES	INDICADORES ESSENCIAIS DE DESEMPENHO
Criar um ambiente favorável para o rastreio do cancro, como por exemplo recomendações e orientações claras, incluindo serviços de rastreio baratos e acessíveis	Serviços de rastreio de cancro acessíveis e equitativos	MdS e outras partes interessadas	Número de programas de rastreio criados
Instituir serviços de detecção precoce no sistema de saúde, como por exemplo VIA para o cancro do colo do útero	Serviços VIA para a detecção precoce a todos os níveis do sistema de saúde	MdS e gestores do programa	Criação de programas de detecção precoce até aos cuidados de saúde primários
Reforçar as capacidades de profissionais de saúde em todos os níveis do sistema de saúde	Profissionais de saúde equipados com conhecimento de técnicas de detecção precoce	Gestores do programa	Número de profissionais de saúde formados em procedimentos de detecção precoce
Educar o público sobre a importância de autodetecção, como por exemplo a APM	Maior autodetecção para os cancros detectáveis	Institutos e hospitais	Manuais de formação e panfletos produzidos Número de mulheres que praticam a APM
Fornecer uma maior variedade de instalações no sistema de cuidados de saúde com equipamentos adequados para a detecção precoce	O sistema de referência é reforçado e a detecção precoce é feita em vários níveis do sistema de cuidados de saúde	MdS	Número de hospitais de referência regionais ou distritais equipados para a detecção precoce do cancro

2.5. INTERVENÇÃO 5: Fornecer serviços de tratamento de cancro de qualidade

Estratégia: TERAPIA ONCOLÓGICA

O primeiro passo na gestão do cancro é fazer um diagnóstico preciso. Isto requer uma combinação de avaliação clínica cuidada e investigações de diagnóstico, incluindo endoscopia, histopatologia, imagem, citologia e estudos de laboratório. Uma vez confirmado o diagnóstico é necessário realizar análises mais aprofundadas de modo a determinar a extensão da distribuição do cancro (determinação do estágio). Os objectivos da determinação do estágio são:

- a) Ajudar na escolha da terapia.
- b) Ajudar na avaliação do prognóstico.
- c) Facilitar a troca de informação.
- d) Determinar quando a terapia deve ser interrompida.
- e) Normalizar o modelo dos protocolos de tratamento de investigação.

Os princípios básicos do tratamento de cancro são os mesmos por todo o mundo; no entanto, a ênfase concedida ao tratamento irá depender dos padrões locais da doença, isto é, os tipos mais comuns de cancro e as proporções relativas dos estágios iniciais e finais na altura do diagnóstico. As abordagens de tratamento específico adoptadas em cada país irão depender da disponibilidade de recursos humanos, físicos e financeiros, assim como da vontade política de provocar as alterações necessárias nos cuidados oncológicos²⁰.

Os principais métodos de tratamento são a cirurgia, radioterapia, quimioterapia (incluindo manipulação hormonal) e apoio psicossocial. Embora cada um tenha o seu papel bem definido e possa curar alguns tipos de cancro, a gestão multidisciplinar é mais eficaz que a gestão sequencial independente dos doentes. Exceptuando a cirurgia de doenças muito limitadas ou de lesões pré-cancerosas, os serviços oncológicos estão dependentes de boas infra-estruturas hospitalares terciárias, com serviços para diagnósticos atempados e determinação de estágios para todos os pedidos feitos.

Os principais objectivos do tratamento do cancro são:

- a) Cura.
- b) Aumento da vida útil.
- c) Melhoria da qualidade de vida.

A cura neste caso é definida como a obtenção de uma expectativa de vida normal e tem três componentes importantes:

- a) Recuperação de todas as evidências de doença (remissão completa);
- b) Obtenção de um estágio com probabilidade mínima ou inexistente de recorrência ou recaída;
- c) Restauração de saúde funcional (física, de desenvolvimento e psicossocial).

Terapia eficaz e a custo acessível

A maior parte dos países em África não têm infra-estruturas e instalações satisfatórias para a terapia de cancro que utilizem cirurgia, quimioterapia e radioterapia.

Para além disso, falta pessoal devidamente formado e capaz de trabalhar nos ambientes africanos, abastecimentos adequados de medicamentos²⁰ e substituição do equipamento de radioterapia antiquado, assim como a sua manutenção adequada. Uma vez que o tratamento de boa qualidade é bastante caro, é muito importante que sejam postas em prática políticas de modo a assegurar que o governo fornece um financiamento adequado para esses serviços e que são feitos esforços para melhorar a actual situação.

Quadro 6: Matriz proposta de actividades para a terapia oncológica

ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENIENTES	INDICADORES ESSENCIAIS DE DESEMPENHO
Elaborar/adaptar orientações de tratamento padrão para os cancros mais comuns no país	Orientações de tratamento aplicadas em diferentes níveis do sistema de saúde	MdS, hospitais e parceiros	Orientações de tratamento desenvolvidas com níveis relevantes de aplicação
Desenvolver mecanismos de garantia de qualidade para supervisionarem a gestão adequada de doentes oncológicos e a adesão à ética	Cuidados de qualidade para os doentes oncológicos	MdS	Esquemas de garantia de qualidade, políticas de tratamento e estruturas éticas em funcionamento
Assegurar que a qualidade do laboratório e do equipamento, infra-estruturas e materiais [incluindo medicamentos] para o tratamento de cancro é elevada.	Serviços de gestão de qualidade para os doentes oncológicos	MdS, institutos, hospitais e parceiros	Equipamento, infra-estruturas e materiais de qualidade entregues nos respectivos níveis do serviço de entrega
Assegurar uma disponibilidade e acessibilidade contínua de medicamentos para quimioterapia	Quimioterapia amplamente disponível e acessível para os doentes oncológicos	MdS, institutos e hospitais	Entrega contínua de serviços de tratamento de cancro
Identificar critérios apropriados de encaminhamento para vários doentes oncológicos	Consultas apropriadas	MdS e hospitais	Desenvolvimento e implementação de critérios de referência para os vários doentes oncológicos

2.6. INTERVENÇÃO 6: Fornecer bons serviços de cuidados paliativos

Estratégia: CUIDADOS PALIATIVOS

A situação dos cuidados oncológicos em África é bastante diferente da situação nos países desenvolvidos: na altura da consulta, 80-90% dos doentes são incuráveis; menos de 5% dos casos são evitáveis e apenas 10-15% são curáveis quando recebem tratamento apropriado^{14;15}.

Em 1986, a OMS indicou no seu livreto sobre “Alívio da Dor do Cancro” que a quimioterapia e a radioterapia não estariam disponíveis para a maioria dos doentes oncológicos no mundo em desenvolvimento durante várias gerações devido ao custo. Isto é verdade para a África. Por isso, a OMS salientou a necessidade de fazer do controlo da dor e dos sintomas através dos cuidados paliativos uma prioridade. Este serviço é relativamente mais acessível, uma vez que os medicamentos utilizados são baratos mas não estão muitas vezes disponíveis em África e noutros países em desenvolvimento. Quando enfrentam uma situação como esta, a decisão mais acertada que os países africanos podem fazer é assegurar que os doentes oncológicos e outros doentes com doenças crónicas têm à sua disposição cuidados paliativos bons, acessíveis e baratos. Devem ter consciência do facto que os cuidados paliativos são baratos, praticáveis, mas mesmo assim são muito importantes para melhorarem a qualidade de vida dos doentes oncológicos e de outros doentes com doenças crónicas¹⁷⁻¹⁸.

Os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, que enfrentam o problema associado com doenças fatais. Actua através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e de uma avaliação e tratamento adequados da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Em África, 70-80% dos doentes com cancros nos estágios mais avançados tem necessidade de cuidados paliativos desde muito cedo na gestão das suas doenças^{14;15}. Ao contrário do que muitos pensam, os doentes com cancro podem fazer uma vida normal e trabalhar a tempo inteiro durante vários anos, mesmo que não tenham sido curados. Por isso, a falta de capacidade para fornecer as medidas mais apropriadas para aliviar os sintomas na maior parte dos doentes oncológicos em África representa um sério dilema ético.

É necessária uma considerável experiência para oferecer um tratamento paliativo e cuidados paliativos de elevada qualidade. Existe pouca experiência disponível no que toca a cuidados paliativos em África, uma vez que é dada pouca ou nenhuma prioridade aos mesmos na formação médica. Como resultado, existe uma falta geral de oferta de cuidados paliativos padrão, o que resulta, entre outras coisas, no sofrimento substancial e desnecessário dos doentes oncológicos.

De modo a implementar uma política nacional eficaz e um programa sobre alívio da dor e cuidados paliativos, as seguintes medidas devem ser incluídas^{18;22}:

- a) Assegurar que o programa de cuidados paliativos está integrado no sistema de cuidados de saúde existentes.
- b) Assegurar que os profissionais de saúde são formados de forma adequada no alívio de dores e nos cuidados paliativos oncológicos.
- c) Assegurar que é fornecido um apoio adequado aos programas de cuidados paliativos, especialmente nas habitações.

- d) Assegurar que os hospitais são capazes de oferecer um apoio apropriado de especialistas e também um apoio para cuidados domiciliários.
- e) assegurar a disponibilidade de analgésicos opiáceos, não opiáceos e adjuvantes, especialmente morfina para administração oral.

Os países africanos devem procurar melhorar e alargar de forma progressiva a qualidade dos serviços de cuidados paliativos nas áreas rurais, onde vive a maior parte dos doentes. Os hospitais rurais devem ser autorizados a desempenhar um papel importante na oferta de cuidados paliativos aos doentes oncológicos através de uma formação apropriada de pessoal. Deve ser encorajada uma ligação com os curandeiros tradicionais sempre que necessário, devido às crenças locais.

Quadro 7: Matriz proposta de actividades para os cuidados paliativos

ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENIENTES	INDICADORES ESSENCIAIS DE DESEMPENHO
Elaborar/adaptar as orientações de tratamento padrão para os cuidados paliativos no país	Orientações de cuidados paliativos aplicadas em diferentes níveis do sistema de saúde	MdS e hospitais	Orientações de cuidados paliativos elaboradas com níveis relevantes de aplicação
Desenvolver mecanismos de garantia de qualidade para supervisionarem a gestão adequada de cuidados paliativos para os doentes oncológicos e a adesão à ética.	Cuidados paliativos de qualidade oferecidos a doentes oncológicos	MdS	Esquemas de garantia de qualidade, políticas de tratamento e adesão à ética em funcionamento
Assegurar a disponibilidade de medicamentos dos cuidados paliativos e infra-estruturas de gestão adequada ao nível dos cuidados de saúde primários.	Medicamentos para os cuidados paliativos de qualidade oferecidos a doentes oncológicos	MdS, institutos, hospitais e curandeiros tradicionais	Medicamentos para os cuidados paliativos e infra-estruturas de gestão adequada em funcionamento
Incorporar programas de cuidados paliativos no sistema de cuidados de saúde, incluindo cuidados domiciliários	Controlo dos sintomas e alívio de dores para os doentes com cancros avançados	MdS, curandeiros tradicionais e líderes espirituais	Programas funcionais de cuidados paliativos com cuidados domiciliários distribuídos por todos os níveis do sistema de saúde
Identificar critérios adequados de encaminhamento para os doentes que necessitam de cuidados paliativos	Encaminhamento apropriado para os cuidados paliativos	MdS, hospitais e curandeiros tradicionais	CrITÉrios de encaminhamento para os vários doentes oncológicos desenvolvidos e implementados

2.7. INTERVENÇÃO 7: Realizar programas educacionais/de formação para os grupos-alvo identificados

Estratégia: EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO SOBRE O CANCRO

Falta de recursos humanos

Para além da falta de equipamento para a gestão do cancro, a África enfrenta uma grave falta de peritos oncológicos – i.e., oncologistas (para tratar os doentes oncológicos), patologistas (para diagnosticar o cancro) e enfermeiros oncológicos que oferecem cuidados de enfermagem. Para além disso, a pouca experiência que existe não é utilizada de forma eficaz. Os poucos peritos possuem várias funções, que comprometem o tempo destinado a cuidar dos doentes oncológicos.

Formação em oncologia

A maior parte dos países africanos não possui programas de formação em oncologia. A formação em oncologia ainda é vista como uma super-especialidade na maioria das áreas da medicina – como ginecologia oncológica, medicina oncológica e pediatria oncológica – e requer alguém que se especialize noutra disciplina primeiro antes de se especializar em oncologia.

Foram dadas poucas horas de contacto ao ensino de oncologia a estudantes de medicina/enfermagem/paramedicina na maior parte das instituições – pouco mais de seis horas a estudantes de medicina e quatro horas a estudantes de enfermagem/paramedicina. O estudo das doenças oncológicas é geralmente integrado no programa de curso geral e não é tratado como um campo independente.

Existe pouco ou nenhum escoamento do conhecimento em oncologia para outros prestadores de cuidados de saúde no sistema de saúde. É recomendado que os programas de cursos nas universidades de medicina, enfermagem e paramedicina sejam revistos, de modo a incluir formação na prevenção, detecção, cura e cuidados oncológicos.

Quadro 8: Matriz proposta de actividades para a educação e formação sobre o cancro

ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENIENTES	INDICADORES ESSENCIAIS DE DESEMPENHO
Realizar inquéritos nos países de modo a avaliar a força de trabalho dedicada à prevenção e controlo do cancro	Avaliados os recursos humanos dedicados à situação do cancro; resultados utilizados para o planeamento	MdS, hospitais, ONG e sociedade civil	Disponibilizada a situação dos recursos humanos que trabalham no campo da prevenção e controlo do cancro
Desenvolver pacotes de educação de saúde sobre o cancro para o público em geral	Aumentar a sensibilização de vários aspectos do cancro	MdS, hospitais, ONG e sociedade civil	Pacotes de educação da comunidade/saúde pública sobre o cancro disponíveis e a serem aplicados.
Desenvolver e implementar currículos de formação para a comunidade e para os profissionais dos cuidados de saúde primários sobre a prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos do cancro	Currículo de formação; Comunidade e profissionais dos cuidados de saúde primários equipados com conhecimento sobre vários aspectos do cancro	MdS, instituições, academia e parceiros	Aplicação do currículo de formação na comunidade e nos profissionais dos cuidados de saúde primários
Estender a cobertura de doentes oncológicos com trabalho prático no currículo de formação/aprendizagem para os estudantes em instituições de formação de saúde	Licenciados de escolas de saúde/médicas bem formados em vários aspectos do controlo do cancro	MdS, instituições, academia e parceiros	Rever o currículo de formação sobre áreas relacionadas com o cancro
Iniciar e facilitar a formação local e regional para os candidatos interessados na área da oncologia	Maior número de pessoal de várias especialidades no campo da oncologia	MdS, instituições, academia e parceiros	Aumentar o número de pessoal formado/licenciado em oncologia – médicos, enfermeiros, físicos e técnicos.

2.8. INTERVENÇÃO 8: Realizar vários tipos de investigação sobre cancros

Estratégia: INVESTIGAÇÃO ONCOLÓGICA

A aquisição de conhecimento através da investigação oncológica tem de se tornar uma parte integral do serviço de saúde pública. Pode ser utilizada como um instrumento para estruturar a introdução de tecnologias e de terapias medicamentosas novas e muitas vezes consumidoras de recursos. A base do conhecimento médico é constituída por estudos científicos publicados em revistas reconhecidas que são avaliadas criticamente por vários revisores independentes antes de serem aceites para publicação. Até agora, África não criou as suas próprias organizações para monitorizar o fluxo de informação oncológica através de avaliações interdisciplinares. Isto é especialmente importante para a avaliação detalhada de novos métodos de tratamento que podem ser muito caros e financeiramente inoportáveis.

O objectivo da investigação oncológica em África é identificar e avaliar os métodos de redução da morbilidade e mortalidade do cancro, assim como melhorar a qualidade de vida dos doentes oncológicos.

As principais categorias de investigação são:

- a) Epidemiológica.
- b) Clínica.
- c) Psicossocial e comportamental.
- d) Sistemas de saúde e política de saúde.

Existe uma grande falta de experiência e interesse na realização de investigação oncológica entre os profissionais de saúde. A OMS sugeriu “Uma Agenda de Investigação Priorizada para a Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis” incluindo o cancro²³. Isto ajuda a realizar a investigação oncológica. Existe pouco entusiasmo, por exemplo, em investigar cancros relacionados com infecções, como o carcinoma do colo do útero, o sarcoma de Kaposi e o linfoma de Burkitt, que são os principais cancros em África.

Quadro 9: Matriz proposta de actividades para a investigação oncológica

ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENIENTES	INDICADORES ESSENCIAIS DE DESEMPENHO
Identificar as prioridades de investigação para os cancros mais comuns no país	Fazer face às lacunas dos cancros mais comuns	MdS, instituições, academia e parceiros	Prioridades de investigação para os cancros mais comuns identificadas/documentadas
Mobilizar fundos de fontes sustentáveis para financiar investigações	Financiamentos para as investigações	MdS, instituições e parceiros	Actividades de angariação de fundos. Dotação orçamental para a investigação oncológica
Facilitar o reforço de capacidades na investigação oncológica nos vários níveis do sistema de saúde	Profissionais de saúde equipados com técnicas de investigação	MdS, instituições, academia e parceiros	Reforço de capacidades dos investigadores oncológicos realizado
Promover a colaboração entre as várias partes interessadas na investigação oncológica	Colaboração e partilha de informação	MdS, instituições e parceiros	Sistema/políticas de colaboração. Actas das reuniões
Aumentar a capacidade de investigação oncológica no país	Documento da agenda de investigação	MdS, instituições e parceiros	Profissionais de saúde autorizados a realizar investigações oncológicas e implementação da agenda de investigação
Adaptar e implementar uma agenda de investigação nacional com base na agenda de investigação prioritizada da OMS para as DNT	Dados nacionais acerca da epidemiologia do cancro, aspectos clínicos, dados psicossociais e comportamentais disponíveis. Sistemas de saúde e política de saúde avaliados no que toca à prevenção e controlo do cancro.	MdS, instituições e parceiros	Agenda de investigação nacional implementada. Número de projectos de investigação oncológica.

CAPÍTULO TRÊS

EFICÁCIA E VIABILIDADE ECONÓMICA DAS INTERVENÇÕES ESSENCIAIS NA PREVENÇÃO E CONTROLO DO CANCRO

Vários estudos já documentaram a viabilidade económica de várias estratégias de detecção e tratamento das condições que causam alguns cancros. Uma vez que o cancro do colo do útero é o cancro mais comum nas mulheres da África Subsaariana, este relatório irá utilizá-lo como caso de estudo/exemplo, de modo a ajudar a ilustrar como é que as pessoas que tomam decisões podem escolher uma de várias opções para controlar a doença, tendo em conta os recursos disponíveis.

3.1. Prevenção comparada com outras intervenções de saúde

Vários programas de cuidados de saúde competem pelos recursos disponíveis em qualquer país. Em locais onde o cancro do colo do útero é um problema sério, como em África, vários outros problemas de saúde que afectam a população serão também predominantes. Estes incluem taxas elevadas de mortes maternas e infantis, paludismo, deficiências nutricionais, VIH e outras doenças infecciosas, assim como várias doenças crónicas como a diabetes e doenças cardiovasculares.

Um estudo de 1993 do Banco Mundial concluiu que a prevenção do cancro do colo do útero utilizando o teste de Papanicolau tem uma boa relação custo-eficácia quando comparada com outras intervenções de saúde, como o tratamento do paludismo ou a vacinação da poliomielite e bastante económica quando comparada com outros esforços de controlo do cancro. O estudo mostrou que o rastreio e o tratamento do tecido irregular do colo do útero são muito mais baratos que o tratamento hospitalar do cancro do colo do útero avançado. Ainda assim, disponibilizar testes de Papanicolau a intervalos regulares tem um custo mais elevado que aquilo que muitos países africanos podem suportar. Isto leva a que os programas de saúde considerem os custos e a eficácia de estratégias de rastreio e tratamento alternativas e acessíveis.

3.2. Viabilidade económica das estratégias alternativas

a) Estratégias de rastreio

A investigação na África do Sul da Aliança para a Prevenção do Cancro do Colo do Útero (ACCP) observou a viabilidade económica de diferentes estratégias de rastreio, diagnóstico e tratamento de irregularidades no colo do útero. Os investigadores utilizaram um modelo para estimar a incidência oncológica, a esperança de vida e os custos de três estratégias de rastreio diferentes: inspecção visual, teste de Papanicolau e testes HPV. O modelo mostrou que apenas um rastreio durante a vida de mulheres entre os 35 e os 40 anos reduziria a incidência do cancro do colo do útero na África do Sul em pelo menos 26 por cento. Rastreios mais frequentes reduziram ainda mais a incidência.

A estratégia mais barata era a inspecção visual, seguida do tratamento com crioterapia para as mulheres com suspeita de casos positivos. A estratégia mais eficaz – em termos de vidas salvas – foi a utilização de um único teste HPV durante a vida, seguida de crioterapia para as mulheres com testes positivos. O modelo assumia que os profissionais não utilizariam um colposcópio caro para orientar o procedimento.

Quadro 10: Resultados do modelo da estratégia de inspecção visual seguida de crioterapia¹³

Tipo e frequência do rastreio	Redução na incidência do cancro do colo do útero %	Custo poupado por cada ano de vida (em dólares)
UMA VISITA		
Inspeção visual + crioterapia	26	Custo recuperado por não ter de cuidar das mulheres com câncros invasivos
HPV + Crioterapia	32	14
DUAS VISITAS		
Teste do HPV	27	39
Teste de Papanicolau	19	81
TRÊS VISITAS		
Teste de Papanicolau	17	147

As conclusões do estudo na África do Sul mostram que, para os países mais pobres, um único rastreio com inspeção visual durante a vida, acompanhado do tratamento imediato, pode ser uma estratégia acessível. No entanto, para países com mais recursos, utilizar o teste do HPV pode salvar ainda mais vidas. A viabilidade económica de ambas as estratégias de rastreio compara-se favoravelmente a outras intervenções de saúde pública, como a vacinação infantil e os programas de prevenção da SIDA.

Para reforçar ainda mais estas descobertas, os investigadores da ACCP utilizam dados do África do Sul, Índia, Quênia, Peru e Tailândia para desenvolverem um conjunto de análises padrão de modo a comparar os custos e benefícios de estratégias de rastreio alternativas. As análises mostraram que o risco de cancro vitalício foi reduzido entre 25 a 35 por cento em todos os cinco países com apenas um único rastreio durante a vida (seguido de crioterapia para mulheres com testes positivos), utilizando uma visita com inspeção visual ou duas visitas com testes do HPV em mulheres com idade entre os 35 e os 40 anos. Embora os custos variem entre os países, os investigadores identificaram, em cada país, uma estratégia de rastreio de vida única, que custaria menos por cada ano de vida salvo que o produto interno bruto por habitante – um valor considerado com uma boa relação custo-eficácia.

b) Elementos de um programa de prevenção bem-sucedido

Um bom programa de prevenção do cancro deve atingir uma percentagem significativa de indivíduos em risco de contraírem a doença, testar de forma eficaz esses indivíduos, tratar ou gerir aqueles que acusarem positivo, assegurar que essas pessoas são acompanhadas e monitorizar e avaliar o impacto do programa. Os dados financeiros e técnicos específicos necessários para iniciar um programa dependem do tamanho da população a ser servida, a forma de rastreio utilizada e as infra-estruturas de saúde existentes. No entanto, em qualquer cenário a investigação e a experiência mostram que vários elementos essenciais contribuem para o sucesso de um programa.

c) Assegurar um nível mínimo de serviços

Para ser eficaz, um programa de prevenção de cancro tem de incluir um pacote de educação de saúde, rastreios regulares e serviços de tratamento pré-cancerígenos que cheguem à maioria dos indivíduos em risco de desenvolverem a doença. Quando os recursos não são adequados, implementar qualquer um dos elementos do pacote sem os outros continuará a ter impacto, embora não tão substancial. É importante educar a população sobre a doença e sobre a necessidade de rastreios regulares, de modo a motivar as pessoas a fazê-los. A progressão do cancro é um guia importante para decidir o início do rastreio, a quantidade de rastreios e quando recomendar o tratamento ou a avaliação seguinte. Uma vez que no cenário africano o cancro do colo do útero é o cancro mais provável de ser considerado em primeiro lugar, as questões “quando”, “como” e “quem” em relação a esse cancro serão consideradas neste manual.

d) Quando começar o rastreio

O cancro do colo do útero desenvolve-se mais frequentemente nas mulheres após os 40 anos de idade. A displasia grave é normalmente detectável até 10 anos antes do cancro do colo do útero se desenvolver; a sua incidência atinge o máximo por volta dos 35 anos. Por isso, quando os recursos do programa são limitados, o rastreio deve focar-se inicialmente em mulheres com idade entre os 30 e os 40 anos.

e) Frequência do rastreio

O rastreio pode ter lugar com relativa pouca frequência e continuar a ter um impacto significativo nas taxas de doença. Um rastreio único durante a vida entre os 35 e os 40 anos pode reduzir o risco vitalício do cancro do colo do útero entre 25 a 35 por cento. Adicionar mais dois rastreios em intervalos de cinco anos (por exemplo, aos 35, 40 e 45 anos) pode reduzir ainda mais os riscos de cancro. Por isso, a tónica dos programas de rastreio deve ser a cobertura de mulheres de alto risco em vez da frequência.

f) Quem tratar e acompanhar

Uma vez que 70% das lesões pré-cancerosas pouco graves regredem sozinhas ou então não progridem para cancro, o tratamento deve concentrar-se em mulheres com lesões graves, com mecanismos de acompanhamento preparados para as mulheres com lesões pouco graves. Cerca de um terço das lesões graves não tratadas irão progredir para cancros no espaço de 10 anos. Os serviços devem também incluir cuidados paliativos para as mulheres com cancro avançado. Os programas mais básicos devem poder trazer às mulheres com maior risco de desenvolverem lesões no colo do útero mensagens eficazes de educação de saúde, fazer o rastreio pelo menos uma vez e fornecer um tratamento apropriado ou um cuidado paliativo a quem precise. À medida que um programa amadurece, pode ser expandido de modo a incluir mulheres até aos 60 anos e depois mulheres com 30 anos ou menos, dependendo de quais são as faixas etárias mais afectadas da área. Idealmente devem ser implementadas políticas nacionais de modo a orientar um rastreio e uma abordagem ao tratamento apropriados para este tipo de cenário.

g) Integração com os serviços existentes

Integrar a prevenção do cancro com outros serviços de cuidados de saúde primários²¹ pode ajudar a aumentar a probabilidade dos indivíduos em risco aparecerem e fazerem o rastreio e depois receberem os cuidados de acompanhamento necessários. No entanto, a integração só terá sucesso se os serviços existentes estiverem presentes e cheguem a todos os indivíduos em risco. Por exemplo, no caso do rastreio do cancro do colo do útero, os programas de planeamento familiar podem não ser bons candidatos à integração, uma vez que estes programas são muitas vezes direccionados a mulheres mais jovens. Programas que fornecem outros serviços de saúde materna e infantil, tratamento de hipertensão ou outros serviços ambulatoriais podem ser mais apropriados e convenientes para chegar a mulheres mais velhas que estão em risco de desenvolver doenças do colo do útero.

O grau em que a prevenção do cancro pode ser integrada nos serviços de saúde existentes depende dos recursos e capacidade disponível. Se a integração tiver como resultado profissionais de saúde com excesso de trabalho devido à escassez de profissionais formados e de recursos, a eficácia do programa ficará comprometida. Os serviços integrados funcionam melhor quando oferecidos por uma grande variedade ou número de profissionais, nomeadamente enfermeiros e médicos que já oferecem outros serviços de saúde e que podem incluir a prevenção do cancro nas suas práticas habituais. Em alguns casos, os serviços dedicados unicamente ao rastreio podem ser oferecidos de forma eficaz. Estes serviços especializados podem ser oferecidos numa área específica de uma clínica ou através de serviços ambulatoriais móveis que visitam periodicamente aldeias ou vilas que não possuem acesso a esses serviços.

CAPÍTULO QUATRO

Actividades nacionais de prevenção e controlo do cancro com base nas realidades em matéria de recursos

As estratégias de prevenção e controlo do cancro descritas neste manual podem parecer estar muito para além do alcance dos recursos de muitos países africanos. No entanto, existe um claro benefício na implementação de um PNLCC, independentemente da situação fiscal num país, pois o processo do programa irá assegurar que os recursos existentes no controlo do cancro sejam usados de forma eficiente.

Uma pequena percentagem dos doentes é rica e pode pagar uma detecção precoce e um tratamento. Essas pessoas gozam de um nível de vida e de saúde comparável às pessoas de países desenvolvidos. Para além das desigualdades sociais dentro de um país específico e do facto de que os países africanos não constituem um grupo homogéneo, podem ser encontradas diferenças importantes em relação à situação de desenvolvimento epidemiológica, económica, social e do sistema de saúde. Todas estas diferenças têm de ser tomadas em consideração quando se lida com o problema do cancro e também quando se organiza intervenções essenciais de prevenção e controlo do cancro. Na maior parte dos países seria mais apropriada uma abordagem flexível e passo a passo, uma vez que as situações variam e evoluem com o tempo.

Os três diferentes cenários que são propostos neste manual de modo a ajudar e orientar os países no desenvolvimento dos seus programas, tendo presente o seu nível limitado de recursos levou em consideração as diferenças mencionadas anteriormente. Para além de serem relevantes para os países individuais, os cenários podem ser utilizados para identificar as acções específicas relevantes para as regiões ou grupos populacionais dentro do mesmo país.

4.1. CENÁRIO A – Países sem recursos destinados ao controlo do cancro

Este cenário diz respeito a países com baixo rendimento onde os recursos para o controlo de doenças crónicas estão completamente ausentes ou são muito limitados. Uma grande percentagem da população é rural. As taxas de mortalidade infantil e adulta são elevadas. As doenças não transmissíveis e a má-nutrição são as principais causas de morbilidade e mortalidade, especialmente entre as crianças. A esperança de vida é relativamente baixa, cerca de 35-45 anos. O cancro é normalmente um dos principais problemas no sector da saúde. A maior parte dos doentes oncológicos são diagnosticados quando já estão em estágios avançados da doença. Nestas populações a exposição aos factores de risco do cancro, como o tabaco ou agentes cancerígenos ambientais sem ser aflatoxinas, pode ser baixa mas está invariavelmente a subir e a exposição a causas infecciosas de cancro, como o VIH, HPV, HBV, e por vezes esquistossomíase, será normalmente elevada.

Os serviços de cuidados de saúde são muitas vezes oferecidos pelo sector informal e a medicina alternativa é um dos principais componentes. As infra-estruturas e os recursos humanos para a prevenção e controlo do cancro não existem ou são muito limitados no que toca à quantidade, qualidade e acessibilidade. As fraquezas óbvias estão presentes na organização, na definição de prioridades, na afectação de recursos e nos sistemas de informação para uma monitorização e avaliação adequadas. A prevenção primária e a

detecção precoce são muitas vezes negligenciadas; são muitas vezes favorecidas as abordagens orientadas para o tratamento sem haver grande preocupação com a sua rentabilidade.

O que pode ser feito nestas circunstâncias?

A primeira acção é criar uma base para a prevenção do cancro e de outras doenças crónicas desencorajando a adopção de um estilo de vida pouco saudável por parte da população – utilização do tabaco e a “dieta ocidental”. O público em geral e os profissionais dos cuidados de saúde devem ser sensibilizados acerca dos sinais de alerta precoces do cancro e de outras doenças crónicas. Isto irá assegurar que os casos são identificados, referenciados e tratados de forma precoce ao longo da evolução da doença, antes que esta atinja uma fase avançada e se torne incurável.

Em geral, as actividades de prevenção primárias necessárias neste tipo de cenário são medidas de controlo do tabaco, redução do consumo do álcool e promoção de uma alimentação saudável e da actividade física. Deve ser dada uma atenção especial aos agentes cancerígenos no local de trabalho e aos agentes infecciosos como o HBV, HPV e VIH. Deve ser incentivada a promoção de educação da saúde sobre os sinais de alerta dos cancros mais comuns. Se, como é habitual na maior parte da África, as taxas do cancro do colo do útero são elevadas, a principal prioridade para um programa de rastreio deverá ser o rastreio do cancro do colo do útero, com especial ênfase na cobertura de uma grande percentagem de mulheres em risco. Deve-se incentivar um rastreio em massa para cancros que não são comuns. O tratamento do cancro deve-se focar em cancros que são curáveis e os ensaios clínicos devem ser encorajados, de modo a avaliar as abordagens de relativo baixo custo que podem eventualmente ser disponibilizadas a todos os doentes, independentemente da sua condição socioeconómica. Técnicas mais sofisticadas, como a radioterapia e quimioterapia, devem ser introduzidas passo a passo em centros especializados. Devem ser feitos grandes esforços para atingir a maior cobertura possível para o alívio da dor e para os cuidados paliativos, utilizando medicamentos de baixo custo (morfina oral) e outras intervenções.

4.2. CENÁRIO B – Países com recursos limitados destinados a serviços para o cancro mas sem um PNLCC

Este cenário aplica-se aos países classificados como países de “baixo rendimento”, de acordo com o índice do PNUD. A maioria da população é rural e a esperança de vida está entre os 45-55 anos. O cancro não é normalmente uma das principais causas de morbilidade e mortalidade. A exposição a uma educação sanitária sobre factores de risco, as infra-estruturas e os recursos humanos e programas de intervenção para a prevenção e controlo do cancro é fraca ou inexistente.

O que pode ser feito nestas circunstâncias?

Em geral, as actividades de prevenção primárias necessárias são as mesmas do Cenário A. Para a prevenção secundária, devem ser implementados o rastreio do cancro do colo do útero e programas de diagnóstico precoce. O tratamento do cancro deve-se incidir em cancros que são curáveis e devem ser feitos grandes esforços para atingir a maior cobertura possível para o alívio da dor e cuidados paliativos eficazes, utilizando medicamentos de baixo custo (morfina oral) e outras intervenções.

4.3. CENÁRIO C – Países com baixo rendimento que possuem um PNLCC, mas com recursos pouco adequados destinados aos serviços oncológicos

Este cenário é apropriado para países com um PNLCC apoiado pelo governo. Nestes países, a esperança de vida está acima dos 50 anos e o cancro não é uma das principais causas de morte para os homens e mulheres. Muitos elementos de um programa de controlo do cancro estão instituídos, mas não estão bem integrados num sistema nacional polivalente. Para além disso, a cobertura da população é desigual, com certos grupos a terem dificuldades no acesso a estes serviços, como em áreas rurais, pessoas indígenas e refugiados.

O que pode ser feito nestas circunstâncias?

A reorganização do sistema pode trazer benefícios em termos de uma maior rentabilidade e um melhor alcance e aceitabilidade dos serviços. Devem ser implementados programas de promoção da saúde completos nas escolas e nos locais de trabalho em colaboração com outros sectores. Embora deva existir um esforço concertado para promover a sensibilização dos sinais precoces do cancro, os programas nacionais de rastreio devem, em geral, ser apenas implementados para o cancro do colo do útero e o cancro da mama, uma vez que o rastreio para os outros cancros ainda não tem a sua rentabilidade comprovada. Deve ser dada uma grande prioridade à oferta de um fácil acesso a serviços de alívio da dor e cuidados paliativos eficazes. A implementação de um sistema de vigilância completo deve ser realizada de modo a assegurar uma rápida resposta às alterações nos padrões da doença e às fraquezas na oferta dos serviços.

Quasro 11: Recomendações das acções essenciais mínimas por parte do PNCC

Componente	Ideal	Cenário A	Cenário B	Cenário C
Programa nacional de luta contra o cancro	<p>Elaborar um plano/programa nacional estratégico para o controlo do cancro, de modo a assegurar uma utilização eficaz, eficiente e equitativa dos recursos existentes</p> <p>Criar um mecanismo de vigilância essencial para monitorizar e avaliar os resultados, assim como os processos</p> <p>Desenvolver formações educacionais e contínuas para os profissionais de saúde</p>	<p>Considerar a implementação de uma ou duas prioridades essenciais numa área de demonstração com uma abordagem passo a passo</p> <p>Considerar os cuidados paliativos como um ponto de entrada para uma abordagem mais compreensiva</p> <p>Utilizar tecnologias apropriadas que são eficazes e sustentáveis neste tipo de cenário</p>	<p>Considerar iniciar ou elaborar um PNLCC</p> <p>Escolher uma área de demonstração e implementar um PNLCC abrangente, utilizando uma metodologia de abordagem passo a passo</p> <p>Utilizar tecnologias apropriadas que são eficazes e sustentáveis neste tipo de cenário</p>	<p>Procurar ter uma implementação a nível nacional do PNLCC, garantindo eficácia, eficiência e acessibilidade</p> <p>Implementar um sistema de vigilância completo, localizando todos os componentes e resultados do programa</p> <p>Oferecer apoio a outros países africanos</p>
Prevenção	<p>Implementar estratégias integradas de promoção e prevenção de saúde para as DNT que incluam medidas legislativas/reguladoras e ambientais, assim como educar o público em geral, as comunidades e os indivíduos-alvo</p> <p>Controlar o tabagismo e lidar com o abuso do álcool, a alimentação pouco saudável, a inactividade física e factores sexuais e reprodutivos</p> <p>Promover políticas para minimizar os cancros relacionados com a profissão e os agentes cancerígenos ambientais mais conhecidos</p> <p>Procurar evitar a exposição desnecessária à luz do sol em populações de risco elevado</p>	<p>Incidir no controlo do tabaco, que é uma área onde existe uma grande necessidade e um potencial para o sucesso.</p> <p>Assegurar que as estratégias prioritárias de prevenção visam os grupos que são influentes e que podem liderar o processo (por exemplo, as pessoas que tomam decisões e os professores)</p> <p>Integrar a vacina HBV com outros programas de vacinação</p> <p>Integrar a vacina HPV com outros programas de vacinação</p>	<p>Desenvolver programas-modelo comunitários para uma abordagem integrada para o controlo e prevenção do tabaco e das DNT</p> <p>Desenvolver serviços integrados de prevenção clínica para oferecer aconselhamento sobre a redução de factores de risco em cenários de cuidados de saúde primários, escolas e locais de trabalho</p> <p>Integrar a vacina HBV com outros programas de vacinação</p> <p>Integrar a vacina HPV com outros programas de vacinação</p>	<p>Reforçar e aumentar a cobertura nacional de programas abrangentes de prevenção e promoção de saúde com base em evidências e assegurar uma implementação a nível nacional em colaboração com outros sectores</p> <p>Integrar serviços de prevenção clínica para oferecer aconselhamento sobre os factores de risco em cenários de cuidados de saúde primários, escolas e locais de trabalho</p> <p>Integrar a vacina HBV com outros programas de vacinação</p> <p>Integrar a vacina HPV com outros programas de vacinação</p>

Intervenções essenciais de prevenção e controlo para a redução da incidência do cancro na Região Africana da OMS

Diagnóstico precoce	<p>Promover um diagnóstico precoce através de uma maior sensibilização dos sinais e sintomas precoces de tumores detectáveis e curáveis que têm uma prevalência elevada na comunidade, como o cancro do colo do útero e o cancro da mama</p> <p>Assegurar que estão disponíveis serviços de diagnóstico e tratamento apropriados para todos os casos detectados</p> <p>Oferecer formação educacional e contínua às populações-alvo e aos profissionais de saúde</p>	<p>Utilizar abordagens comunitárias de baixo custo e eficazes para promover, numa primeira fase, o diagnóstico precoce do cancro do colo do útero numa área-piloto com um bom acesso a instalações de diagnóstico e tratamento</p>	<p>Utilizar abordagens comunitárias de baixo custo e eficazes para promover o diagnóstico precoce do cancro do colo do útero a nível nacional</p>	<p>Utilizar estratégias de promoção detalhadas a nível nacional para o diagnóstico precoce do cancro do colo do útero e do cancro da mama</p>
Rastreio	<p>Implementar rastreios para o cancro do colo do útero e para o cancro da mama, onde a incidência justifica tais acções e estão disponíveis os recursos necessários</p>	<p>Formar profissionais e melhorar as infra-estruturas para o rastreio do cancro do colo do útero utilizando métodos de inspecção visual</p> <p>Centrar a atenção numa área-piloto onde a necessidade e o potencial de sucesso são grandes</p>	<p>Oferecer uma alta cobertura de rastreios eficazes e eficientes do cancro do colo do útero com um rastreio através da Inspeção Visual com Ácido Acético para as mulheres entre os 25 e os 59 anos, uma vez na sua vida</p>	<p>Procurar oferecer uma cobertura nacional de rastreios do cancro do colo do útero com métodos de inspecção visual uma vez na vida ou a cada 10 anos para as mulheres entre os 25 e os 59 anos</p>
Terapia curativa	<p>Assegurar a disponibilidade e acessibilidade a serviços eficazes de diagnóstico e tratamento</p> <p>Promover padrões nacionais mínimos essenciais para a definição de estágios e tratamento das doenças</p> <p>Criar orientações de gestão para os serviços de tratamento, lista de medicamentos essenciais e formação contínua</p> <p>Evitar realizar terapias curativas quando o cancro é incurável e os doentes deviam receber cuidados paliativos</p>	<p>Organizar serviços de diagnóstico e tratamento, dando prioridade ao cancro do colo do útero</p>	<p>Organizar serviços de diagnóstico e tratamento, dando prioridade aos tumores numa fase precoce e aos tumores com uma grande probabilidade de cura</p>	<p>Assegurar a acessibilidade a serviços de diagnóstico e tratamento eficazes</p> <p>Promover padrões nacionais mínimos essenciais para a definição de estágios e tratamento</p> <p>Criar orientações de gestão para os serviços de tratamento, lista de medicamentos essenciais e formação contínua</p> <p>Evitar realizar terapias curativas quando o cancro é incurável e os doentes deviam receber cuidados paliativos</p>

<p>Alívio de dor e cuidados paliativos</p>	<p>Implementar cuidados paliativos completos que ofereçam um bom alívio de dor, controlem os outros sintomas e dêem um apoio psicossocial e espiritual</p> <p>Promover padrões nacionais mínimos para a gestão da dor e cuidados paliativos</p> <p>Assegurar a disponibilidade e acessibilidade de opiáceos e analgésicos, especialmente morfina oral</p> <p>Oferecer uma educação e uma formação aos profissionais de saúde, aos prestadores de cuidados e ao público</p>	<p>Assegurar que os padrões mínimos para o alívio da dor e para os cuidados paliativos são progressivamente adoptados em todos os níveis de cuidados nas áreas visadas e que existe uma cobertura elevada de doentes através de serviços prestados principalmente por cuidados domiciliários</p>	<p>Assegurar que os padrões mínimos para o alívio da dor e para os cuidados paliativos são progressivamente adoptados em todos os níveis de cuidados e que existe uma cobertura crescente de doentes a nível nacional, através dos serviços prestados por clínicas e por cuidados domiciliários</p>	<p>Assegurar que as orientações nacionais de alívio da dor e de cuidados paliativos são adoptadas em todos os níveis de cuidados e que existe uma elevada cobertura de doentes a nível nacional através de várias opções, incluindo cuidados domiciliários</p>
---	--	--	---	--

Conclusão

As oito intervenções essenciais para a prevenção e controlo do cancro na Região Africana da OMS terão máxima eficácia se forem integradas no sistema de saúde do país. Isto irá permitir uma acção coordenada no que toca aos factores de risco comuns em várias doenças, uma vez que muitos dos factores de risco como o tabaco, álcool, excesso de peso/obesidade, inactividade física e elevada ingestão de gorduras são também factores de risco para doenças cardíacas crónicas, diabetes mellitus e doenças respiratórias crónicas. O Ministério da Saúde deve exercer um papel de liderança neste esforço multisectorial em colaboração com as ONG interessadas nos serviços oncológicos.

Um bom programa de prevenção e controlo do cancro deve chegar a uma percentagem significativa de indivíduos que estejam em risco de contrair a doença. Deve testar de forma eficaz esses indivíduos, tratar ou gerir os que acusarem positivo, assegurar que são acompanhados e continuar a monitorizar e avaliar de forma a verificar o impacto do programa.

Um programa oncológico polivalente requer uma abordagem multisectorial que inclua os Ministérios das Finanças, Educação, Informação, Indústria e Agricultura uma vez que os factores que contribuem para as causas do cancro têm uma ampla base na sociedade. O planeamento económico e os incentivos de produção para a minimização dos perigos de cancro devem ser incorporados na agricultura e indústria, e quaisquer exposições a agentes cancerígenos devem ser identificadas e os padrões para controlá-los devem ser criados e adoptados.

Deve ser destacado que a implementação bem-sucedida de intervenções de prevenção e controlo do cancro necessitará de um compromisso explícito por parte de todos os governos africanos em fornecerem recursos e adoptarem as medidas políticas necessárias para concretizar estes objectivos. Deve ser alocado um orçamento adequado para a implementação das intervenções essenciais escolhidas no que toca à prevenção e controlo do cancro. A escolha das intervenções essenciais deve ser baseada em prioridades e no que é possível fazer com os recursos disponíveis. As pessoas que tomam decisões devem também ser capazes de identificar intervenções específicas relevantes para o seu país ou para grupos populacionais diferentes dentro do seu país.

As mensagens essenciais presentes neste manual incluem:

- a) O cancro é um problema crescente nos países africanos e é uma preocupação para todos.
- b) Existe uma grande lacuna nos países africanos entre o conhecimento oncológico actual e a acção sobre o controlo do cancro.
- c) Uma utilização perfeita dos recursos humanos e financeiros é fundamental para o sucesso de programas de prevenção e controlo do cancro.
- d) A implementação da estratégia integrada e abrangente de controlo e prevenção do cancro em África irá fazer a diferença.
- e) As intervenções essenciais escolhidas de controlo do cancro podem ser eficazmente implementadas passo a passo, mesmo nos países africanos mais pobres.
- f) Todos os países africanos podem instituir ou aumentar a prevenção do cancro através de medidas como iniciativas de controlo do tabaco, vacinação contra o HBV e o HPV e de oferta de cuidados paliativos.

- g) Os programas eficazes de prevenção e controlo do cancro devem chegar a uma grande percentagem da população.
- h) O papel dos cuidados de saúde primários é fundamental para a prevenção e os serviços de referência e tratamento de cancro estão dependentes de infra-estruturas hospitalares terciárias sólidas.

Referências

1. WHO, Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment, Geneva, World Health Organization, 2005.
2. WHO modules on cancer control: knowledge to action; <http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html>; assessed on July 2011.
3. WHO: National Cancer Control Programmes – Policies and Managerial Guidelines, 2nd Edition, World Health Organization, Geneva, 2002.
4. WHO: Building Blocks for Tobacco Control, World Health Organization, Geneva, 2004.
5. OMS, Prevenção e controlo do cancro: estratégia para a Região Africana da OMS, Yaoundé, Organização Mundial da Saúde, 2008 (AFR/RC58/4)
6. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No.10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.
7. Parkin DM, Whelan S, Ferlay J, Teppo L & Thomas DB, eds (2002) Cancer Incidence in Five Continents, Volume VIII (IARC Scientific Publications No.155), Lyon, IARC.
8. Parkin DM, Ferlay J, Hamdi-Cherif M, Sitas F, Thomas JO, Wabinga. H, Whelan SL, Thomas DB, eds (2003) Cancer in Africa – Epidemiology and prevention (IARC Scientific Publication No.153) Lyon, IARC.
9. Resolution WHA 58.22, WHO, Cancer prevention and control, Geneva, World Health Organization, 2005 (WHA58.22/2005)
10. Levin CV, El Gueddari B, Meghzifene A, Radiation Therapy in Africa: distribution and equipment. Radiotherapy and Oncology, 1999, 52 79-84.
11. Gondos A, Brenner H, Wabinga H, Parkin DM: Cancer survival in Kampala, Uganda. Br J Cancer, 2005, 92:1808-1812.
12. Gondos A, Chokunonga E, Brenner H, Parkin DM, Sankila R, Borok MZ, Chirenje ZM, Nyakabau AM, Bassett MT. Cancer survival in a southern African urban population. Int J Cancer, 2004 Dec 10, 112(5):860-4.
13. Planning and implementing Cervical Cancer Prevention Programs: ACCP Manual for Program managers, Seattle, ACCP, 2006.
14. WHO: A Community Health Approach to Palliative Care for HIV/AIDS and Cancer Patients in sub-Saharan Africa, World Health Organization, Geneva, 2004.
15. Sepulveda C. et al : Quality Care at the end of Life in Africa, BMJ, 327, 209-213 .
16. WHO: Cancer pain relief: A guide to opioid availability, World Health Organization, Geneva, 2nd edition, 1996.
17. WHO: Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children, World Health Organization, Geneva, 1998.
18. WHO. Home-based long-term care. Report of WHO study group. WHO Technical report series, No.898 Geneva, World Health Organization, 2000.
19. WHO. Symptom relief in terminal illness, World Health Organization, Geneva 1998.
20. Essential drugs for cancer chemotherapy. WHO Consultation. Bull World Health Organization, 1994, 693-698.
21. S.J. Goldie et al., “Policy Analysis of Cervical Cancer Screening Strategies in Low-Resource Settings” (2001).
22. World Health Report 2000. Health systems: improving performance. World Health Organization, Geneva, 2000.
23. WHO: A Prioritized Research Agenda for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organization, Geneva, 2011.

Anexo

Algumas publicações e documentos úteis da OMS relacionados com a prevenção e controlo do cancro

<i>Título da publicação</i>	<i>Objectivo</i>	<i>Principal público-alvo</i>
Controlo do cancro: Conhecimento em Acção; Guias da OMS para Programas Eficazes Seis Módulos: Planeamento; Prevenção; Detecção precoce; Diagnóstico e tratamento; Cuidados paliativos; Política e advocacia	Esta série de seis módulos fornece conselhos práticos aos gestores de programas e aos decisores políticos sobre como exercer advocacia, planear e implementar programas eficazes de luta contra o cancro, especialmente em países com rendimentos baixos ou intermédios.	decisores políticos na área da saúde e áreas relacionados; gestores do programa
Programas Nacionais de Luta contra o Cancro, 2ª Edição, OMS, 2002	Esta publicação fornece um quadro político e administrativo claro para a criação e manutenção de programas nacionais de luta contra o cancro, incluindo acções nacionais e globais. Oferece uma visão geral sobre as causas e o fardo do cancro, assim como uma revisão das evidências das intervenções para prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento, alívio da dor e cuidados paliativos. O prefácio da publicação refere a necessidade de desenvolver uma publicação complementar no futuro próximo para fornecer modelos operacionais sobre como implementar as recomendações presentes na monografia.	decisores políticos na área da saúde e áreas relacionados
Relatório Oncológico Mundial, IARC/OMS, 2008	Esta publicação oferece as evidências científicas sobre o fardo do cancro por todo o mundo, as causas do cancro, e os mecanismos de desenvolvimento dos tumores. Também fornece evidências para intervenções eficazes na prevenção primária, detecção precoce e tratamento em geral, assim como para vários tipos de cancros.	decisores políticos (não é referido de forma explícita)
Relatório Global – Prevenção de Doenças Crónicas: Um Investimento Vital, OMS, 2006	Os principais objectivos deste relatório são: <ul style="list-style-type: none"> — Defender uma acção nacional e global urgente para reduzir os riscos e fardos das doenças crónicas — Apresentar um guia de última geração para as intervenções eficazes e viáveis — Oferecer sugestões práticas sobre como podem os países implementar estas intervenções para responderem à crescente epidemia das DNT. 	MdS Funcionários do governo de sectores sem ser o da saúde; todas as partes interessadas

Intervenções essenciais de prevenção e controlo para a redução da incidência do cancro na Região Africana da OMS

<p>Travar a epidemia mundial das doenças crónicas: um guia prático para uma advocacia bem-sucedida, OMS, 2007</p>	<p>Esta publicação oferece orientações e ferramentas práticas para todos os defensores, independentemente da experiência. É necessária uma defesa eficaz para convencer as pessoas que tomam decisões que o controlo das doenças crónicas e a promoção da saúde merecem um aumento no investimento e que uma actuação decidida traz consigo benefícios substanciais e economicamente viáveis.</p>	<p>MdS, grupos individuais, de consumidores ou de doentes, profissionais de saúde, ONG, membros do governo</p>
<p>Doenças não transmissíveis: uma estratégia para a região africana, OMS/AFRO, 2000</p>	<p>O documento procura reforçar a capacidade dos países africanos em elaborar políticas e implementar programas para a prevenção e controlo das DNT, utilizando abordagens multisectoriais detalhadas. Os seus principais impulsos centram-se no reforço dos cuidados de saúde para as pessoas com DNT, no apoio da vigilância integrada de doenças, na promoção da investigação para as intervenções com base na comunidade, na melhoria da capacidade dos profissionais de saúde e na descoberta de novas formas de reduzir a mortalidade e incapacidades prematuras devido às DNT.</p>	<p>MdS Funcionários do governo de sectores não relacionados com a saúde; partes interessadas que podem influenciar uma acção multisectorial do governo, como o sector de desenvolvimento</p>
<p>Convenção-quadro da OMS para a Luta Antitabágica, OMS, 2003</p>	<p>O objectivo desta Convenção e dos seus protocolos é proteger as presentes e futuras gerações das consequências devastadoras para a saúde, sociedade, ambiente e economia resultantes do tabagismo e da exposição ao fumo do tabaco, oferecendo para isso um quadro de medidas de controlo do tabaco a serem implementadas pelas partes interessadas a nível nacional, regional e internacional, de modo a reduzir de forma contínua e substancial a prevalência do tabagismo e da exposição ao fumo.</p>	<p>MdS Funcionários do governo de sectores não relacionados com a saúde; partes interessadas que podem influenciar uma acção multisectorial do governo, como o sector de desenvolvimento</p>
<p>Promoção da saúde: uma estratégia para a Região Africana, OMS/AFRO, 2003</p>	<p>Os objectivos estratégicos envolvem o reforço das capacidades nacionais de promoção da saúde, apoiando programas prioritários para concretizar objectivos prioritários de saúde, aumentando o reconhecimento da promoção da saúde como um componente integral do desenvolvimento socioeconómico e promovendo o envolvimento dos sectores públicos e privados que não estão relacionados com a saúde no desenvolvimento da saúde.</p>	<p>MdS Funcionários do governo de sectores não relacionados com a saúde; partes interessadas que podem influenciar uma acção multisectorial do governo, como o sector de desenvolvimento</p>

Intervenções essenciais de prevenção e controlo para a redução da incidência do cancro na Região Africana da OMS

Estratégia Global para a alimentação, actividade física e saúde, OMS, 2004	A DPAS (estratégia de alimentação, actividade física e saúde) é uma ferramenta detalhada para orientar os esforços dos Estados-Membros no campo da prevenção das doenças crónicas, lidando especificamente com vários pontos de acção polivalentes para promover uma alimentação saudável e a actividade física. O objectivo geral da estratégia é promover e proteger a saúde através da orientação do desenvolvimento de um ambiente permissivo relativamente a acções sustentáveis a nível individual, comunitário, nacional e mundial que, em conjunto, irão levar à redução das doenças e das taxas de mortalidade relacionadas com uma alimentação pouco saudável e com a inactividade física.	MdS, outros escritórios e agências governamentais, assim como outras partes interessadas
Resolução da AMS para a prevenção e controlo do cancro, OMS, 2005	A Resolução da Assembleia Mundial da Saúde oferece aos Estados-Membros e ao Secretariado uma política e um quadro administrativo claros para o desenvolvimento, criação e manutenção de programas de controlo do cancro, incluindo acções nacionais e mundiais. Oferece uma visão geral das intervenções a serem implementadas para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento, alívio de dor e cuidados paliativos, assim como para a monitorização e avaliação.	MdS Funcionários do governo de sectores não relacionados com a saúde; partes interessadas que podem influenciar uma acção multisectorial do governo, como o sector de desenvolvimento
Prevenção e controlo do cancro: estratégia para a Região Africana da OMS, OMS/AFRO, 2008	O propósito deste documento é contribuir para a redução da morbilidade e mortalidade do cancro através da oferta de uma plataforma para a advocacia, um quadro para o desenvolvimento e implementação de políticas, reforço de capacidades e colaboração intersectorial. As intervenções prioritárias propostas incluem políticas e legislação de prevenção e controlo do cancro; reforço de capacidades e promoção da saúde; programas nacionais completos de prevenção e controlo do cancro, mobilização e alocação de recursos, parcerias e coordenação; informação estratégica, vigilância e investigação.	MdS Funcionários do governo de sectores não relacionados com a saúde; partes interessadas que podem influenciar uma acção multisectorial do governo, como o sector de desenvolvimento
Cancro do colo do útero na Região Africana: situação actual e perspectivas, OMS/AFRO, 2010	Foram identificadas intervenções prioritárias no documento intitulado Prevenção e Controlo do Cancro: Estratégia para a Região Africana da OMS e nas recomendações da reunião regional consultiva de Ouagadougou sobre a prevenção e controlo do cancro do colo do útero em África. O objectivo deste documento é propor acções específicas e precisas para o controlo do cancro do colo do útero na Região Africana.	MdS Funcionários do governo de sectores não relacionados com a saúde; todas as partes interessadas na prevenção e controlo do cancro do colo do útero em África

Uma agenda de investigação prioritária para a prevenção e controlo de doenças não transmissíveis, OMS, 2011	A investigação deve não só gerar mais conhecimento mas também ajudar a traduzir esse conhecimento em acção através de abordagens inovadoras. Áreas prioritárias de investigação foram identificadas e incluídas como parte de uma agenda de investigação prioritária das doenças não transmissíveis, incluindo o cancro. A Agenda incluída nesta publicação centra-se na investigação translacional e dos sistemas de saúde, de modo a expandir a implementação de intervenções economicamente viáveis já provadas, e na investigação para permitir uma acessibilidade de tecnologias de alto custo mas eficazes no contexto de vários cenários de recursos.	MdS, ministérios da investigação, ciência e tecnologia; agências de desenvolvimento e doadoras; instituições de investigação; alianças de investigação de DNT; pessoas que tomam decisões; a comunidade investigativa; profissionais da saúde; ONG e entidades da sociedade civil.
--	--	--