

A epidemiologia do cancro em Angola - Resultados do Registo de Cancro do Centro Nacional de Oncologia de Luanda/Angola

António Armando^{1,2§}, Mary Clarisse Bozzetti¹, Alice de Medeiros Zelmanowicz²
e Fernando Miguel²

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Rua Ramiro Barcelos, 2400, 2.º andar, 90035-003 - Porto Alegre, RS, Brasil.

² Centro Nacional de Oncologia de Luanda, Rua Amílcar Cabral, s/n, junto ao Hospital Pediátrico António Bernardino-Maianga, Luanda, Angola.

³ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA); Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA), Rua Professor Annes Dias, 295, 90020-090 - Porto Alegre, RS, Brasil.

§Autor correspondente

Endereço de e-mail:

AA: armandocno@yahoo.com.br

Resumo

O conhecimento do perfil epidemiológico do cancro constitui um passo fundamental para o planeamento da política nacional em relação ao cancro. O presente estudo tem como objectivo a caracterização do perfil epidemiológico do cancro em Angola, com base nos casos de cancro registados no Centro Nacional de Oncologia (CNO) de Luanda, o único hospital angolano especializado no diagnóstico e tratamento desta doença. O estudo consistiu numa análise histórica transversal dos casos tratados no CNO entre 2007 e 2011. Foram analisadas as seguintes variáveis: localização dos tumores, bases de diagnóstico e fontes de encaminhamento, bem como a idade, o sexo, o local de residência e o estágio da doença dos pacientes. O CNO registou um total de 4 791 doentes durante o período em que decorreu o estudo, com uma média de 958 casos ao ano. Os cancros diagnosticados com maior frequência foram da mama (20,5%), do colo do útero (16,5%) e da cabeça e do pescoço (10,6%), seguidos de linfoma (7,2%), sarcoma de Kaposi (6,1%) e cancro da próstata (4%). Um total de 76% dos doentes tinha menos de 60 anos e 10% tinha menos de 15 anos. Do número total de doentes tratados no CNO, 77,3% vivia na província de Luanda. Os dados disponíveis sobre o estadiamento são respeitantes unicamente a doentes com cancro da mama e do colo do útero, tendo a análise desta variável demonstrado que a maior parte destas pessoas já se encontrava numa fase avançada da doença. Na ausência de um registo de cancro de base populacional, o presente estudo constitui uma avaliação razoável do perfil epidemiológico do cancro em Angola.

Palavras-chave: Angola, cancro, epidemiologia

Introdução

O cancro constitui um problema de saúde pública mundial, com graves repercussões sociais e económicas. De acordo com o International Agency for Research on Cancer (IARC) [Centro Internacional de Investigação do Cancro], um total de 14,1 milhões de novos casos da doença e 8,2 milhões de óbitos causados pelo cancro foram registados em 2012 [1]. As previsões com base nestes resultados indicam que a incidência mundial de cancro atingirá aproximadamente os 19,3 milhões até 2020 [1, 2, 3].

À luz destas conclusões, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou que todos os países desenvolvam programas de controlo do cancro para reduzir a incidência e a mortalidade associadas a esta doença [4]. No entanto, a bem-sucedida planificação, implementação e avaliação dos programas de controlo do cancro exige a disponibilização de dados epidemiológicos relativos à frequência e distribuição da doença em cada região, fornecidos por um registo de cancro de base populacional (RCBP) [4, 5].

A ausência deste registo em Angola originou uma falta de conhecimento em relação à epidemiologia da doença, limitando o desenvolvimento de uma eficaz política nacional de combate ao cancro [2, 6]. De acordo com o IARC, nesta situação, os registos hospitalares de cancro das grandes unidades oncológicas podem facultar informação importante, apresentando uma estimativa razoável do perfil epidemiológico do cancro na população [4].

Em 2012, a população angolana foi estimada em 20 milhões de habitantes, um terço dos quais com residência na capital, Luanda. Além disso, o país apresenta uma estrutura populacional predominantemente jovem (Figura

1) e com uma esperança de vida de 50 anos: 48 anos para os homens e 52 para as mulheres [7, 8].

Por conseguinte, tendo em conta a falta de RCBP em Angola, o presente estudo visa calcular aproximadamente o perfil epidemiológico do cancro no país. Tal foi conseguido através da análise dos registos médicos de doentes no CNO, o único hospital especializado no país, e para onde os doentes oncológicos em Angola são encaminhados.

Métodos

O presente estudo teve uma concepção histórica transversal, que consistiu na investigação da epidemiologia do cancro em Angola através de dados provenientes dos arquivos médicos do CNO, o único hospital em Angola especializado no diagnóstico e tratamento do cancro.

Foram analisados os registos de todos os pacientes admitidos no CNO entre 2007 e 2011. Os casos de cancro foram diagnosticados através de exames clínicos, radiológicos, histológicos, citológicos ou hematológicos, durante a primeira comparência no CNO, independentemente de quando foi feito o diagnóstico.

Na primeira parte do estudo, os casos entre 2007 e 2011 foram analisados para apurar a localização dos tumores e determinar a frequência dos diferentes tipos de cancro no espaço de cinco anos. Estes dados foram obtidos a partir do formulário de registo no CNO, que inclui informação relativa a novos casos e serve também para atribuir números de identificação a cada doente. Os registos de 2011 recolhidos dos arquivos médicos em hospitais

foram utilizados para analisar as seguintes variáveis: idade do paciente, sexo, localização do tumor, tipo de teste de diagnóstico realizado, estágio clínico do cancro, fonte de reencaminhamento e local de proveniência dos pacientes. Os dados entre 2007 e 2010 não foram utilizados nesta análise porque quase 50% dos registos médicos referentes a este período não estavam disponíveis.

Os dados foram recolhidos pelo investigador principal entre Janeiro e Fevereiro de 2012. A recolha de dados foi autorizada pelo Conselho de Administração do CNO. Além disso, o presente estudo foi aprovado pelo Comité de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A investigação não representou qualquer risco para os participantes e, uma vez que foram utilizados dados secundários, não foi necessário o consentimento prévio. Foi preservado o anonimato dos candidatos bem como a confidencialidade dos dados.

A análise dos dados foi feita através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18, e os resultados foram apresentados através de frequências absolutas e relativas sob a forma de gráficos e quadros. Foi também calculada a média e os desvios-padrão da idade dos doentes com diferentes tipos de cancro.

Resultados

Entre 2007 e 2011, o CNO detectou 4 791 novos casos de cancro, a uma média anual de 958 novos casos. Verificou-se um aumento de 35% na incidência do cancro entre 2007 e 2009, tendo decrescido em 17% após este período. Ao longo dos cinco anos em que decorreu o estudo, os tipos de cancro mais comuns em pacientes de ambos os sexos foram da mama (20,5%), do

colo do útero (16,5%) e da cabeça e do pescoço (10,6%), seguidos de linfomas (7,2%), sarcomas de Kaposi (6,1%) e cancro da próstata (4%) (Quadro 1).

No decurso do estudo, a incidência da maior parte dos cancros ora parecia aumentar ora diminuir. No entanto, a prevalência do cancro da próstata aumentou sucessivamente durante os anos em amostra, revelando um aumento de 392%, passando de 14 casos em 2007 para 69 casos em 2011 (Quadro 1).

Os registos médicos de 2011 foram assim analisados segundo variáveis que não a localização do tumor. Apurou-se que a maior parte dos pacientes do CNO eram mulheres (63,9%) e que o rácio mulher/homem em relação à incidência do cancro era de 1,7:1. Os cancros mais diagnosticados em mulheres foram da mama e do colo do útero, enquanto na maior parte dos homens foi diagnosticado o cancro da próstata, seguido do sarcoma de Kaposi.

A análise da distribuição segundo a idade demonstrou que 76% dos doentes de cancro tinham menos de 60 anos (Figura 3). Também foi calculada a média de idade dos pacientes diagnosticados com os cancros mais frequentes, o que representou 51% de todos os casos na amostra. Verificou-se que a média de idade dos doentes com cancro da mama era de 46,7 anos (\pm :14,4), enquanto a média de idade dos doentes com cancro do colo do útero era de 49 anos (\pm :12,2). Os pacientes com cancro da próstata tinham uma idade média de 66 anos (\pm :9,2). No entanto, ao analisar-se os grupos etários separadamente, apurou-se que 32,4% dos casos de cancro da mama foram diagnosticados em pacientes com menos de 40 anos e que 2,2% dos casos de cancro do colo do útero ocorreram em mulheres com menos de 25 anos (Quadro 2).

Relativamente ao local de residência dos doentes, 77,3% dos pacientes vivia em Luanda, a capital de Angola, onde se situa o CNO. As províncias de Benguela e Uíge foram a segunda e a terceira região mais representadas, contabilizando 4,2 e 2,7% dos pacientes, respectivamente. Os restantes participantes eram oriundos de outras províncias do país (Figura 4).

O estadiamento da doença foi analisado apenas nos doentes com cancro da mama e do colo do útero. Estes dados não estavam disponíveis relativamente aos indivíduos na maioria dos outros tipos de cancro. A análise demonstrou que muitos dos pacientes com estes dois tipos de cancro admitidos no CNO já se encontravam em fases avançadas da doença (Quadro 3).

Discussão

O conhecimento do perfil epidemiológico do cancro numa dada região ou população é fundamental para o planeamento da saúde pública e constitui uma ferramenta importante na monitorização e avaliação dos programas de prevenção e controlo do cancro [4, 5].

A epidemiologia do cancro é pouco conhecida nos países em desenvolvimento como Angola, pois estas regiões não possuem sistemas de RCBP, não existindo, por isso, fontes de dados epidemiológicos. Tendo em conta a falta de RCBP em Angola, o presente estudo teve como objectivo descrever o perfil epidemiológico do cancro no país através dos arquivos médicos existentes no CNO.

Em 1987, foi feita uma tentativa para estabelecer um Registo Nacional de Cancro no país, porém a sua existência foi de curta duração. No entanto, a

iniciativa resultou na publicação de uma série de casos registados durante os seus quatro anos de funcionamento (1987 a 1990) até à sua descontinuação em 1991 [9, 10]. Segundo o relatório, foram identificados 1 552 novos casos de cancro durante esse período, a uma média anual de 388 novos casos. Os dados também revelaram que 99% dos pacientes encaminhados para o CNO viviam na cidade de Luanda. Embora o registo tivesse sido descontinuado, estes dados foram posteriormente utilizados pelo IARC para calcular a incidência do cancro em Angola, tendo a instituição estimado 9 198 novos casos no país, em 2008 [11].

Uma comparação entre os resultados de 1991 e aqueles obtidos no presente estudo revelou um aumento de 147% na média anual de incidência do cancro. Tal pode ser atribuído ao aumento da população em Angola (embora não houvesse censo do país, o Banco Mundial estima que a população angolana tivesse aumentado de 15 417 943 habitantes, em 2003, para 19 618 432, em 2011 [8]), às renovações no CNO e a uma nova campanha de sensibilização.

O fim do conflito armado no país também possibilitou a livre circulação de pessoas e mercadorias no território, facilitando o acesso crescente ao CNO por parte dos doentes de outras províncias. Contudo, a média anual de novos casos detectados durante esta investigação corresponde a apenas 10% do total estimado pelo IARC [11]. Esta discrepância pode dever-se ao facto de que os nossos resultados provêm do único hospital angolano especializado em tratamentos oncológicos, dado que o país não possui RCBP, enquanto os dados do IARC apoiam-se em estimativas de base populacional em todo o país.

Fornecemos, portanto, informação sobre os casos que foram diagnosticados e encaminhados para o CNO, embora acreditemos que muitos casos, em especial nas zonas rurais, não cheguem sequer ao hospital. Além disso, alguns pacientes observados no hospital podem ter sido diagnosticados incorrectamente ou não terem sido diagnosticados por falta de recursos e de pessoal qualificado, e outros pacientes diagnosticados correctamente não foram tratados por questões práticas ou culturais.

Durante o período de amostragem deste estudo, os cancros diagnosticados com maior frequência foram, por ordem decrescente, os seguintes: mama, colo do útero, cabeça e pescoço, linfoma, sarcoma de Kaposi e próstata. Da mesma forma, as elevadas incidências do cancro da mama e do colo do útero têm sido registadas noutros trabalhos neste domínio, muitos dos quais também apuraram que o cancro da mama (seguido de perto pelo cancro do colo do útero) é a doença maligna mais comum nas mulheres, nos países em desenvolvimento [2, 11, 12]. Na presente amostra, a frequência de cancro da próstata e do pulmão foi inferior à do cancro da mama e do colo do útero. Estas conclusões estão também em concordância com outros estudos realizados em países africanos [12]. Diferem, contudo, dos resultados dos estudos epidemiológicos em países como os Estados Unidos e o Brasil que registam uma incidência muito maior destes tipos de cancro [13, 14].

A baixa frequência de cancro da próstata no CNO comparativamente ao cancro da mama e do colo do útero pode ser atribuída ao facto do CNO não possuir uma unidade especializada em urologia e de não existirem clínicas de radioterapia em Angola, aquando da recolha dos dados (Janeiro e Fevereiro de 2012). Por conseguinte, muitos dos pacientes com cancro da próstata foram

tratados em hospitais gerais, ou no Hospital Américo Boa que possui um serviço de urologia. Estes pacientes apenas foram encaminhados para o CNO quando necessitaram de terapia hormonal. A baixa esperança de vida à nascença em Angola (42 anos em 2002 e 50 anos em 2009) [15] terá também influenciado os resultados, porquanto muitos pacientes podem não atingir a faixa etária em que se observa uma maior prevalência de cancro da próstata. Nos países desenvolvidos, onde a esperança de vida é superior a 70 anos, regista-se uma prevalência mais elevada deste tipo de cancro. No entanto, nos países desenvolvidos como os Estados Unidos, a elevada incidência de cancro da próstata pode também atribuir-se à implementação de programas de rastreio do antígeno específico da próstata (AEP) [16]. A baixa incidência de cancro do pulmão apurada neste estudo pode ser explicada pela sua baixa frequência no país ou pelas dificuldades inerentes ao seu diagnóstico e encaminhamento.

Os resultados actuais demonstraram ainda que o sarcoma de Kaposi foi o quinto tipo de cancro mais frequente. Este problema está muitas vezes associado à SIDA [16]. A OMS registou uma maior incidência e prevalência da SIDA no continente africano, e concluiu que aproximadamente 70% dos doentes com SIDA em todo o mundo vivem em países africanos. Embora a prevalência da SIDA em Angola seja relativamente baixa em comparação com outras regiões africanas (2%), é possível que a frequência desta doença seja responsável pelos elevados índices do sarcoma de Kaposi na população [17]. Embora esta análise não estivesse inicialmente prevista no estudo, uma investigação aos registos médicos dos pacientes diagnosticados com o

sarcoma de Kaposi permitiu apurar que 100% destes indivíduos tiveram resultado positivo em testes de VIH. Nos países com uma elevada prevalência de SIDA, como o Zimbabwe, o sarcoma de Kaposi é o principal tipo de cancro entre indivíduos negros do sexo masculino, representando 23% de todos os casos de cancro nos homens.

Uma análise das tendências gerais ao longo dos cinco anos do estudo revelou um aumento significativo na frequência de casos de cancro entre 2007 e 2009, seguido de uma diminuição nos anos seguintes. O aumento inicial observado pode estar na origem do programa de divulgação do CNO, que consistiu em palestras sobre a saúde e campanhas de sensibilização dirigidas à comunidade, desenvolvidas pelo Conselho de Administração. A redução de novos casos de cancro durante o quarto e o quinto ano do estudo pode dever-se ao facto do CNO ter começado a exigir que os hospitais gerais encaminhassem unicamente pacientes com diagnóstico de cancro confirmado, ao contrário do que acontecia anteriormente em que os pacientes eram encaminhados para o CNO para a realização do diagnóstico.

Foram também analisados os dados relativos ao estadiamento do cancro da mama e do colo do útero. Muitos destes casos foram diagnosticados em estádios tardios, o que é frequente nos países em desenvolvimento devido à falta ou ineficácia dos programas de rastreio do cancro [2]. Nos países desenvolvidos como os Estados Unidos, 75% dos doentes com cancro do colo do útero e 60% dos doentes com cancro da mama são diagnosticados em estádios precoces [18].

A informação sobre a distribuição do cancro por localização geográfica é também importante para o planeamento dos programas de prevenção e

controlo do cancro, pois permite identificar os locais que mais poderiam beneficiar da implementação de intervenções deste tipo. As actuais conclusões revelaram que 77% dos doentes de cancro em Angola vivem na capital, Luanda, que acolhe aproximadamente 1/3 da população do país [19]. A razão por que a grande maioria dos doentes envolvidos no estudo vive em Luanda pode estar relacionada com o facto do CNO se situar na capital angolana, o que facilita o acesso destes pacientes ao hospital. Estes resultados revelam uma mudança acentuada em comparação ao estudo de 1991, em que se verificou que 99% dos doentes viviam em Luanda [11]. O aumento significativo de doentes de outras províncias que viajam até ao CNO em busca de tratamento poderá estar relacionado com o fim do conflito armado, que impunha restrições à livre circulação de pessoas e mercadorias dentro do país.

A análise da distribuição do cancro da mama e do colo do útero por idades ajudou a calcular a frequência destas doenças e a identificar os grupos-alvo para o rastreio. A mamografia é o teste de despiste do cancro da mama mais recomendado, enquanto o teste de Papanicolau é indicado para o despiste do cancro do colo do útero [2].

Dadas as características morfofisiológicas da mama, as mamografias são recomendadas a partir dos 40 anos. Contudo, a mamografia tem maior impacto na mortalidade por cancro da mama a partir dos 50 anos. Nos grupos de risco elevado recomenda-se a mamografia regular a partir dos 40 anos. Inversamente, e dada a falta de recursos nos países em desenvolvimento, o IARC recomenda o exame físico como método de rastreio mais apropriado.

Os actuais resultados revelaram que 32,7% das pacientes com cancro na mama foram diagnosticadas antes dos 40 anos. Num país com uma

esperança de vida de 50 anos, grande parte dos casos de cancro da mama (e de outros tipos de cancro) é susceptível de manifestar-se na população jovem, devido à baixa percentagem de população com idade superior a 50 anos, que apresenta uma maior incidência da doença. Nesta perspectiva, a grande percentagem de casos de cancro da mama em mulheres com menos de 40 anos verificada neste estudo é uma questão de proporção em relação às taxas de incidência, uma vez que a proporção aparenta ser elevada porque a incidência, no geral, é muito baixa [2].

Os dados relativos à prevalência do cancro do colo do útero também ajudaram a definir os grupos-alvo do rastreio. Dada a baixa incidência do cancro do colo do útero em mulheres com idade inferior a 25 anos ($\leq 1\%$), as orientações no âmbito da saúde em muitos países recomenda o rastreio a partir dos 25 anos [2, 23]. Os presentes resultados revelaram uma taxa de incidência de 2,2% em mulheres com menos de 25 anos, o que pode ser um factor importante para determinar a idade em que as mulheres devem começar a realizar rastreios regulares do cancro do colo do útero.

Conclusões

Este estudo teve como objectivo avaliar o perfil epidemiológico dos doentes de cancro no CNO, em Angola. Os resultados revelaram que as doenças malignas mais comuns são o cancro da mama e do colo do útero, nas mulheres, e o cancro da próstata, nos homens. No entanto, a incidência do cancro da próstata foi muito inferior à do cancro da mama ou do colo do útero. Embora os dados relativos ao estadiamento não estivessem disponíveis para a maioria dos cancros, os doentes observados com base nesta variável terão

sido diagnosticados em fases avançadas da doença. A análise da distribuição etária demonstrou que uma percentagem significativa das pacientes com cancro da mama foi diagnosticada antes dos 40 anos.

Estas conclusões devem ser interpretadas à luz das seguintes limitações:

a) O presente estudo pode não ter detectado todos os casos de cancro durante o período da investigação, uma vez que alguns indivíduos (sobretudo em zonas rurais) podem não ter procurado tratamento nas unidades de saúde.

b) O plano de base hospitalar evitou a inclusão de pacientes diagnosticados noutros hospitais e não admitidos no CNO. Embora este seja o único hospital oncológico especializado em Angola, os doentes provenientes de zonas mais distantes não terão sido encaminhados para o CNO por questões práticas, e cujo perfil poderá ser diferente daquele descrito nos nossos resultados.

a) A carência de recursos humanos e tecnológico pode limitar a capacidade do hospital de diagnosticar o cancro inclusivamente nos doentes que procuram cuidados médicos.

Apesar destas limitações, é muito provável que a maioria dos doentes de cancro em Angola seja encaminhada para o CNO para tratamento, sendo que é o único hospital oncológico especializado no país. Assim, os actuais resultados constituem uma estimativa razoável acerca dos padrões epidemiológicos do cancro em Angola, ainda que correspondam só a uma pequena percentagem do número de casos estimados pelo IARC. No entanto, é vivamente recomendada a implementação de um RCBP bem controlado e abrangente,

para que se obtenham dados ainda mais exaustivos e rigorosos sobre a epidemiologia do cancro em Angola.

Apoio financeiro para a tradução de manuscritos: Centro Nacional de Oncologia (CNO).

Assistência à tradução: Scientific Linguagem Ltda.

Conflito de interesses: os autores declaram não existir qualquer conflito de interesses.

Contribuições dos autores

António Armando: Concepção e planeamento do estudo, recolha e análise de dados, redacção do artigo.

Mary Clarisse Bozzetti: Concepção e planeamento do estudo, redacção do artigo.

Alice de Medeiros Zelmanowicz: Concepção e planeamento do estudo, análise de dados, redacção do artigo.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer ao Director do Centro Nacional de Oncologia (CNO) de Angola, Dr. Fernando Miguel, e aos funcionários responsáveis pelos registos médicos pela cooperação e assistência na recolha de dados. Gostaríamos de agradecer também aos Professores Jair Ferreira e Juliana Balbinott Hilgert da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e à Professora Maria Paula Curado do International Prevention Research Institute [Instituto Internacional de Prevenção e Pesquisa] pelo seu contributo para o nosso estudo.

Referências

1. International Agency for Research on Cancer. **GLOBOCAN. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11**
[<http://globocan.iarc.fr>] Consultado em: 27/08/2014
2. Boyle P and Levin B (2008) **World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. World cancer report 2008**
[http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf]
Consultado em: 27/08/2014
3. Stefan DC, Elzawawy AM, Khaled HM, Ntaganda F, Asiimwe A, Addai BW, Wiafe S and Adewole IF (2013) **Developing cancer control plans in Africa: examples from five countries** *Lancet Oncol* **14**, e189-95
4. World Health Organization (2002) **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**
[<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>] Consultado em: 27/08/2014
5. Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS and Skeet RG (1991) **Cancer registration: principles and methods**
[<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp95/SP95.pdf>] Consultado em: 27/08/2014
6. Parkin DM (2006) **The evolution of the population-based cancer registry**
Nat Rev Cancer **6**,603-12
7. Central Intelligence Agency. **The World FactBook** [Angola]
[<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ao.html>]
Consultado em: 12/10/2013.

8. The World Bank. **Angola** I [<http://data.worldbank.org/country/angola>]

Consultado em: 27/08/2014

9. Parkin DM, Ferlay J, Hamdi-Chérif M, Sitas F, Thomas JO, Wabinga H and Whelan SL (2003) **Cancer in Africa: epidemiology and prevention**

[<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp153/SP153.pdf>] Consultado em: 27/08/2014

10. Teixeira A (1991) *Registo Nacional de Cancro* (Angola: Centro Nacional de Oncologia)

11. International Agency for Research on Cancer. **GLOBOCAN. Estimated cancer incidence, mortality, prevalence and disability-adjusted life years (DALYs) worldwide in 2008** [<http://globocan.iarc.fr/>] Consultado em:

27/08/2014

12. Boffetta P and Parkin DM (1994) **Cancer in developing countries** *CA Cancer J Clin* **44**, 81-90

13. Instituto Nacional de Câncer (2011) **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**

[http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf]

Consultado em: 27/08/2014

14. American Cancer Society (2012) **Cancer facts & figures**

[<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-031941.pdf>] Consultado em: 27/08/2014

15. The World Bank. **Angola** [<http://data.worldbank.org/country/angola>]

Consultado em: 27/08/2014

16. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L and Edwards BK (2002) *SEER Cancer Statistics Review, 1973-1999* (Bethesda: National Cancer Institute)

17. UNAIDS (2012) **Global Report**

[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf] Consultado em: 27/08/2014

18. Chokunonga E, Borok MZ, Chirenje ZM and Nyakabau AM (2010) **Pattern of cancer in Zimbabwe: 2006 Annual Report**

[<http://cancertrust.files.wordpress.com/2011/10/zimbabwe-cancer-registry-2006-annual-report.pdf>] Consultado em: 27/08/2014

19. Grulich AE, van Leeuwen MT, Falster MO and Vajdic CM (2007) **Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis** *Lancet* **370**, 59-67

20. Armstrong K, Moyer E, Williams S, Berlin JA and Reynolds EE (2007) **Screening mammography in women 40 to 49 years of age: a systematic review for the American College of Physicians** *Ann Intern Med* **146**, 516-26

21. Instituto Nacional de Câncer

[<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>] Consultado em: 27/08/2014

22. U.S. Preventive Services Task Force (2009) **Screening for breast cancer**

[<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstfbrca.htm>] Consultado em: 27/08/2014

23. Instituto Nacional de Câncer (2011) **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**

[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_utero.pdf] Consultado em: 27/08/2014

Legenda de figuras

Figura 1. Pirâmide populacional de Angola em 2012 [7].

Figura 2. Frequência de diagnóstico dos dez cancros mais comuns em doentes do sexo masculino e feminino tratados no Centro Nacional de Oncologia de Luanda, em 2011.

Figura 3. Distribuição etária dos dez cancros diagnosticados com maior frequência no Centro Nacional de Oncologia de Luanda, em 2011.

Figura 4. Distribuição por província de residência dos doentes diagnosticados com cancro tratados no Centro Nacional de Oncologia de Luanda, em 2011.

Quadros

Quadro 1. Os dez cancros mais comuns no Centro Nacional de Oncologia de Luanda, de 2007 a 2011.

Diagnóstico	Anos					Total	%
	2007	2008	2009	2010	2011		
Cancro da mama	199	164	212	210	196	981	20,5
Cancro do colo do útero	112	143	200	159	184	798	16,7
Cancro cabeça e pescoço	86	124	146	124	67	547	11,4
Linfoma	48	66	75	68	71	328	6,8
Sarcoma de Kaposi	55	62	50	63	66	296	6,2
Cancro da pele	45	47	58	50	34	234	4,9
Cancro da próstata	14	17	31	55	69	186	3,9
Cancro do estômago	24	21	31	25	35	136	2,8
Cancro do pulmão e pleura	18	22	23	15	18	96	2,0

Tumor de Wilms	8	10	20	22	20	80	1,7
Outros cancros	204	286	256	203	160	1109	23,1
Total	813	962	1102	994	920	4791	100,0

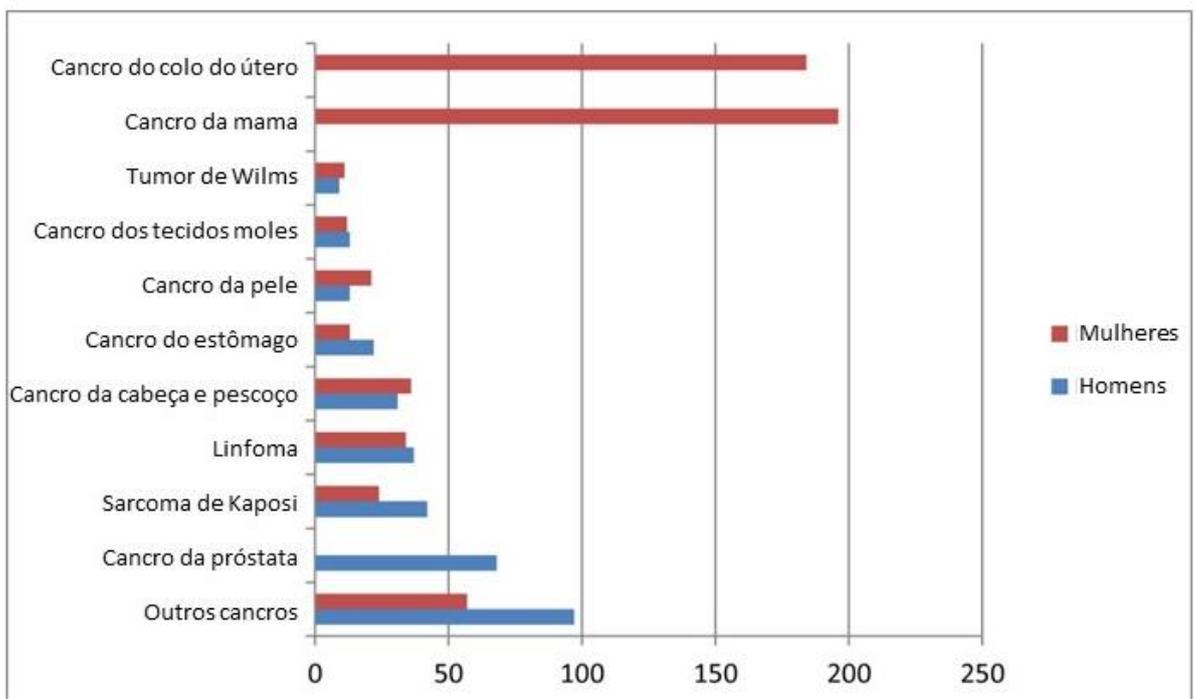
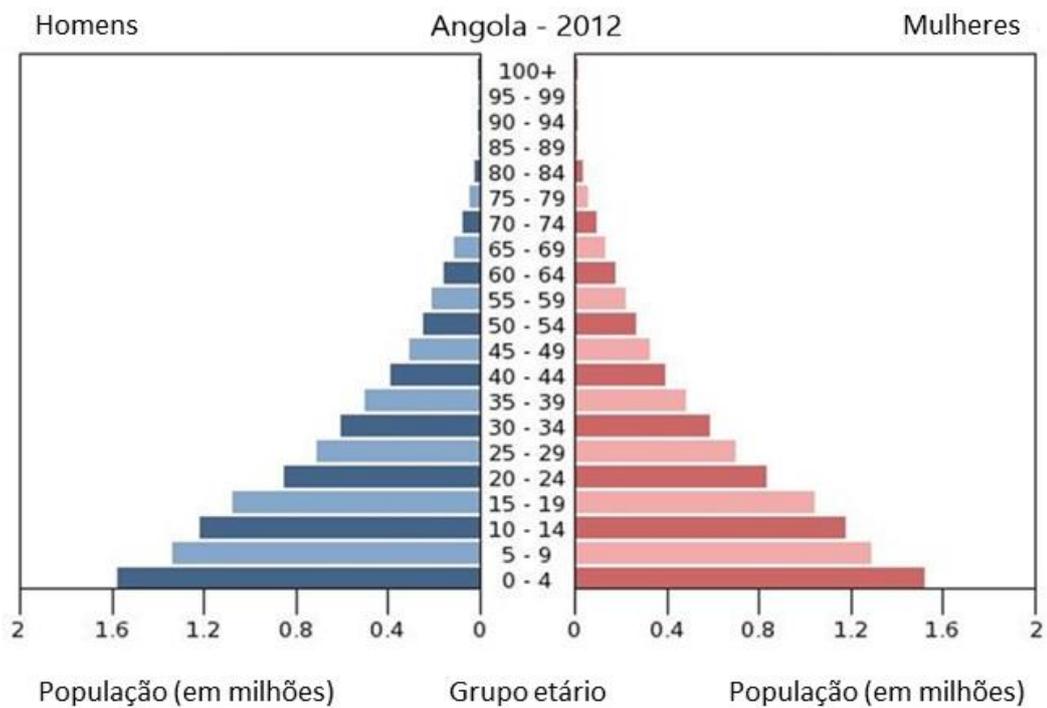
Quadro 2. Distribuição etária dos doentes diagnosticados com cancro da mama, do endométrio e da próstata no Centro Nacional de Oncologia de Luanda, em 2011.

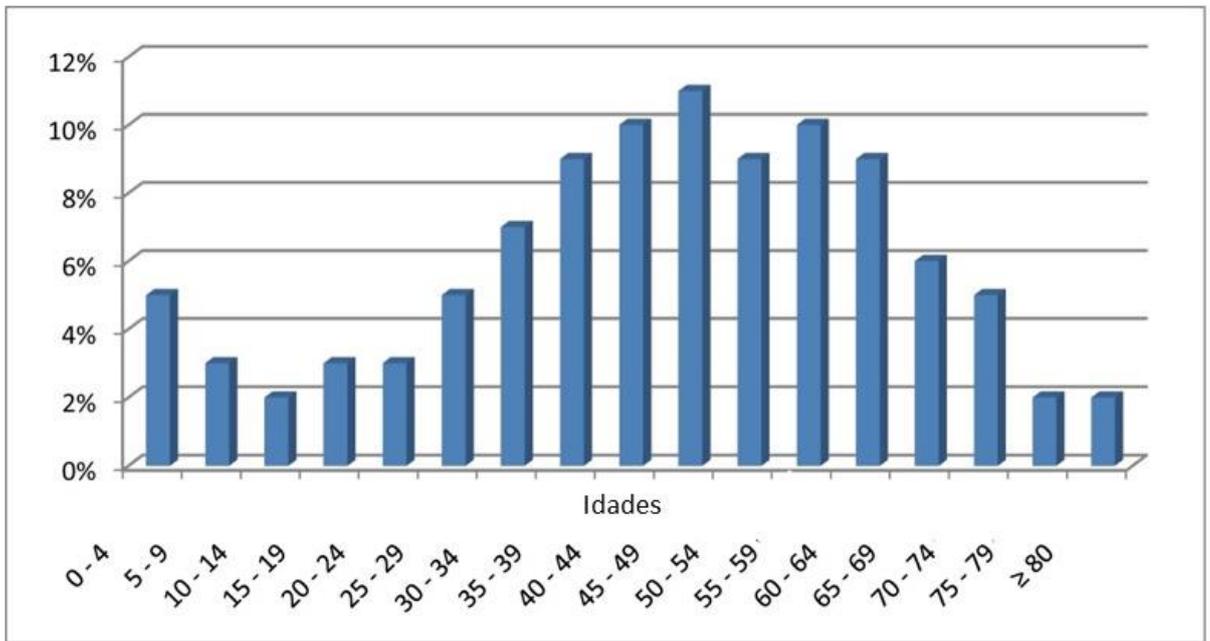
Grupo etário	Cancro do colo do útero		Cancro da mama		Cancro da próstata	
	%	PA	%	PA	%	PA
≤ 20 anos	1,1	1,1	2,0	2,0	0,0	0,0
20 - 24 anos	1,1	2,2	2,6	4,6	0,0	0,0
25 - 29 anos	1,6	3,8	5,1	9,7	0,0	0,0
30 - 34 anos	5,9	9,7	7,7	17,3	0,0	0,0
35 - 39 anos	9,1	18,8	15,3	32,7	0,0	0,0
40 - 44 anos	17,2	36,0	17,3	50,0	0,0	0,0
45 - 49 anos	19,9	55,9	11,2	61,2	1,5	1,5
50 - 54 anos	11,8	67,7	10,2	71,4	10,3	11,8
55 - 59 anos	10,8	78,5	10,7	82,1	10,3	22,1
60 - 64 anos	10,8	89,2	6,6	88,8	23,5	45,6
65 - 69 anos	5,4	94,6	3,6	92,3	14,7	60,3
70 - 74 anos	3,2	97,8	4,1	96,4	20,6	80,9
≥ 75 anos	2,2	100,0	3,6	100,0	19,1	100,0
Total	100,0		100,0		100,0	

PA, percentagem acumulada

Quadro 3. Distribuição segundo o estágio do cancro da mama e do colo do útero em doentes tratados no Centro Nacional de Oncologia de Luanda, em 2011.

Estádio	Localização			
	Cancro da mama		Cancro do colo do útero	
	Número de casos	%	Número de casos	%
0	1	0,5	4	2,2
I	5	2,5	3	1,6
II	20	10,2	31	16,8
III	120	60,9	96	52,2
IV	17	8,6	13	7
Sem dados disponíveis	33	17,3	37	20,1
Total	196	100	184	100





LOCAL DE DIAGNÓSTICO	N	%
Bengo	12	1.3
Benguela	39	4.2
Bié	9	1.0
Cabinda	9	1.0
Cunene	1	0.1
Huambo	22	2.4
Huíla	15	1.6
Kwanza-Norte	11	1.2
Kwanza-Sul	21	2.3
Luanda	711	77.3
Lunda-Norte	2	0.2
Lunda-Sul	1	0.1
Malanje	22	2.4
Moxico	4	0.4
Namibe	10	1.1
Uíge	25	2.7
Zaire	3	0.3
Outros	3	0.3
Total	920	100.0



©ghiperira