

Câncer e velhice no Brasil

Cancer in Brazilian elderly people

Nós, os brasileiros, começamos o século XX com uma expectativa de vida ao nascer de menos de 35 anos, e vamos terminá-lo como proporção esta expectativa maior do que 70 anos. Em 1990, tínhamos, globalmente, 65,6 anos de expectativa de vida, sendo 62,3 anos para os homens e 69,1 anos para as mulheres, e iniciamos esta década com a seguinte composição etária relativa: 0 - 14 anos = 34,8%; 15-34 anos = 35,5%; 35-64 anos = 24,9% e dos 65 anos em diante = 4,9%.

As modificações ocorridas no perfil demográfico brasileiro cursaram, logicamente, com e por causa das alterações verificadas nas nossas taxas de natalidade e mortalidade, ambas significativamente reduzidas através deste século, conforme se pode ver na Tabela 1.

Tabela 1 - Taxas (por 100.000 habitantes) de natalidade e mortalidade brasileiras de 1872-1890, 1901-1920 e 1981-1991

Período	Natalidade	Mortalidade
1872 - 1890	46,5	30,2
1901 - 1920	45,0	26,4
1981 - 1991	27,0	7,7

O Gráfico 1 dispõe a proporção de óbitos por câncer, registrados no Brasil de 1983 a 1992 e ocorridos em indivíduos, de ambos os sexos, com mais de 65 anos de idade. Observa-se que a mortalidade mantém uma proporção que varia de 43% a 47%, ao longo desses 10 anos, o que nos leva a deduzir que, durante esse mesmo tempo, pessoas com menos de 65 anos de idade também morreram por câncer, numa proporção que variou de 57% a 53%.

Em 1992, foram registrados 826.828 atestados de óbito no Brasil, cujas cinco principais causas de morte *por doença*, em ambos

os sexos, ficaram assim distribuídas: Doenças cardiovasculares = 231.558 (28,0%), Câncer = 87.866 (10,6%), Doenças do aparelho respiratório = 69.830 (8,4%), Doenças infecciosas = 39.548 (4,7%) e Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas = 39.462 (4,7%).

Quando se consideram as cinco primeiras localizações primárias dos tumores que mais mataram brasileiros, em 1992, são elas as seguintes, respectivamente para os homens e mulheres: Pulmão, estômago, próstata, esôfago e medula óssea (leucemias) e Mama, colo uterino, pulmão, estômago e intestino grosso.

Todo o apresentado até o presente momento são alertas da gravidade do problema que representa o câncer para o velho e do quanto se urge direcionar melhor a política de saúde brasileira, para se adequar o sistema à atualidade do País e planejá-lo de modo que a sua capacidade resolutiva acompanhe tanto a demanda crescente de velhos cujo câncer deixou de ser prevenido até o presente, como a necessidade de se prevenir gerações subsequentes de mais e mais velhos cancerosos.

Gráfico 1 - Distribuição proporcional dos óbitos por câncer registrados no Brasil de 1983 a 1992 em indivíduos maiores de 65 anos



O exemplo mais palpável e incontestável de como esta situação se instala e se sustenta ao longo de décadas é dado com o câncer de pulmão, que se expressa principalmente na velhice e, nos últimos tempos, cada vez mais não só entre homens, mas também entre mulheres: É sabido que a mortalidade por este tumor, em um país, é diretamente proporcional ao consumo *per capita* de cigarros que nele se mede. No Brasil, como em muitos outros países, este consumo tem sido sistematicamente progressivo a partir de 1945. Tomando-se a mortalidade por câncer de pulmão no Rio Grande do Sul, onde se observam os maiores índices de produção e consumo *per capita* de tabaco nacionais, verifica-se que, de 1935 a 1990, as taxas de mortalidade por câncer de pulmão ascenderam abruptamente a 15/100.000 habitantes, entre os homens, a partir de 1975, e ultrapassaram 30/100.000 habitantes, em 1990 (ou seja, respectivamente 30 e 45 anos depois da explosão da oferta e do consumo de tabaco e derivados no mercado brasileiro). Tendência semelhante, ainda que com ângulos menos agudos, vê-se entre as mulheres gaúchas, cuja taxa foi 5/100.000, em 1980, e quase foi duplicada, em 1990 (ou seja, respectivamente 20 e 30 anos após a *revolução sexual* que se deu nos anos 60 e que resultou na incorporação da mulher ao mercado de trabalho e fez com que ela assumisse hábitos e costumes até então predominantemente masculinos, entre eles, o tabagismo).

A idade dos brasileiros que morreram de câncer de pulmão, em 1992, concentrou-se além dos 60 anos.

Neste final de século, a população brasileira apresenta um aumento substancial de pessoas idosas, ou seja, com 60 e mais anos, uma vez que esta é a faixa etária que mais cresce no País, em termos proporcionais. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a população de velhos, no Brasil, crescerá 16 vezes, de 1950 a 2025, contra as cinco vezes o aumento que terá a população nacional, neste mesmo período. Ao final, teremos 32 milhões de habitantes com 60 anos ou mais.

Dois aspectos merecem ser ressaltados, com relação a esta projeção: A proporção de ve-

lhos mais do que dobrará, de 1991 (que foi 7,3%) para 2025 (que será 15%), quando o Brasil alcançará a atual proporção européia, porém o fará de forma abrupta, em vez de lenta, como ocorreu na Europa, onde, mesmo assim, ainda não se conseguiu equacionar satisfatoriamente o problema da velhice e suas conseqüências, em termos econômicos, sociais e sanitários.

As abruptude e grandeza do crescimento proporcional de velhos brasileiros poderão ser ainda maiores que o acima explicitado, caso os estados nordestinos mantenham-se na rota desenvolvimentista atual, que os tem feito os estados brasileiros de maiores índices médios de crescimento econômico, nos últimos anos.

Com isto posto, devemos evitar repetir a confusão que se fez no Brasil, por conta da intensa e contínua migração populacional para as cidades e o conseqüente inchamento das metrópoles, e que foi detectada ao Censo de 1991: Até então, pensava-se que o Brasil continuava sendo um país de população essencialmente jovem, ainda em *franca explosão demográfica* (ou seja, de mortalidade declinante e fertilidade alta). Qual não foi a estupefação ao se verificar que o País já havia entrado na fase de *transição demográfica*, em que as altas taxas de mortalidade e de fertilidade, determinantes de uma população jovem, convertem-se em baixa taxa de mortalidade e em taxa de fertilidade gradualmente decrescente.

Talvez, essa confusão explique por que não houve o planejamento adequado do sistema de saúde brasileiro, que se caracteriza por contemplar muitíssimas vezes mais as ações terapêuticas que as preventivas, concentrando, assim, recursos e problemas no seu nível terciário, em desarmonia e desequilíbrio com os níveis primário e secundário, o que traz conseqüências irreparáveis à vida e à saúde das pessoas, mormente as que são de risco ou já portam doenças crônico-degenerativas em fases iniciais assintomáticas.

E como é o sistema de saúde que pressiona e até reorienta a formação acadêmica, quando esta foi adequada, obviamente a incapacidade e o desinteresse profissionais pela

promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência terapêutico-paliativa e reabilitação passam também a constituir o círculo vicioso em que, infelizmente, ele e a prática médica se meteram, mercê que se encontram de um modelo que não tem conseguido minorar e muito menos solucionar as nossas formas de adoecer e morrer.

Torna-se conseqüente, assim, que seja o velho (e, principalmente por causa do câncer do colo uterino, a mulher) quem mais pague o ônus deste modelo.

Relativamente à velhice, somam-se outros fatores de importância se não igual, similar: O tratamento ótimo do câncer do velho continua sendo, no âmbito mundial e brasileiro, uma incógnita, dado o pouco conhecimento e literatura específica de que se dispõe sobre a farmacocinética dos antitumorais, já que a maioria dos protocolos clínico-terapêuticos, até bem pouco tempo atrás, excluía os pacientes com mais de 65 ou 70 anos de idade, independentemente das suas condições fisiológicas, por causa da gravidade dos efeitos colaterais, o que leva à redução de doses ou subtratamentos. No geral, o estadiamento do tumor e o encaminhamento do paciente ao centro especializado no tratamento do câncer costumam ser menos corretos nos velhos do que nos adultos e nos jovens, sendo comum que muitos velhos tenham diagnóstico de câncer na fase avançada da doença. Todos esses aspectos contribuem para que, entre os velhos, a dor devida ao câncer seja uma ocorrência comum (já que ela caracteriza, com raríssimas exceções, um quadro clínico de câncer avançado) e que o seu tratamento seja, na maioria das vezes, inadequado. Calcula-se que 40% dos pacientes portadores de dor crônica, não cirúrgica, devida ao câncer, dela não se aliviam, por conta de submedicação, o que se detecta especialmente entre pacientes idosos.

Pelo exposto, justifica-se pensar, profunda e urgentemente, sobre como enfrentar e planejar o enfrentamento do problema que representa e representará ainda mais o cân-

cer entre a população idosa do Brasil. Transferir essa responsabilidade para as próximas gerações significa sacrificar muito mais brasileiros e comprometer, muito mais o futuro de pelo menos cinco gerações, por que ora somos responsáveis, que sucederão as cinco próximas gerações, que viverão as conseqüências das ações e omissões das que nos antecederam...

Marcos F. Moraes
Diretor do Instituto Nacional de Câncer

Referências Bibliográficas

- Balducci, L.; Lyman, G.H.; Ershler, W.B. - (Ed.) *Geriatric Oncology*. Philadelphia. *J.B. Lippincott Company*, 409: 1992
- Brasil. Ministério do Planejamento e Orçamento. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil - 1994. IBGE, 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Estatísticas de Mortalidade - Brasil - 1992. Brasília, *FNS*, 558: 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. O Problema do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro. *Pro-Onco/INCA*, 43: 1995 (3ª Ed.).
- _____. Falando sobre Tabagismo. Rio de Janeiro. *Pro-Onco/INCA*, 71: 1996.
- Cleeland, C.S. - Current status of cancer pain management. In: American Association of Clinical Oncology Educational Book, Florida. Asco, 218-20, 1993.
- Lasota, W.S.; de Valeriola, D.L.; Piccart, M.J. - Potential role of oral anthracyclines in older patients with cancer. *Drugs and Aging* 4(5): 392-402, 1994.
- Silvestre J.A.; Kalache, A.; Ramos, L.R.; Veras, R.P. - O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arq. geriat gerontol* 0(1): 81-9, 1996.