

O Câncer como um Indicador de Saúde no Brasil

O câncer é uma doença celular, do ponto de vista biológico e médico, já que os diversos tipos de tumores malignos mantêm um ponto comum: a perda do controle da divisão celular. Porém, o seu estudo pode também expressar as condições de vida das populações e de desenvolvimento das sociedades.

Por ser uma doença crônica, degenerativa, o câncer é, por assim dizer, uma conseqüência da sociedade industrial, não significando com isto dizer que exclusiva da sociedade economicamente desenvolvida. Quanto mais sobrevive um grupamento humano, maior será a incidência de neoplasias malignas entre ele. No Brasil, os brasileiros vimos aumentando gradativamente a nossa expectativa de vida ao nascer, e demos um grande salto de sobrevivência nos anos sessenta, a partir dos quais modifica-se a composição etária da nossa população. De 1940 a 1991, o nosso envelhecimento pode ser atestado pela queda do percentual de menores de 15 anos e pelo aumento dos grupos etários acima de 35 anos, embora ainda nos caracterizássemos como um país de jovens e adultos jovens.

Isto visto como Brasil, pois, quando se descortinam as diferenças regionais e entre os sexos, verifica-se que o envelhecimento se dá em maior grau entre as mulheres e nas regiões mais desenvolvidas do país. Some-se que as regiões subdesenvolvidas também têm a sua composição etária influenciada pela emigração de homens jovens, que, junto com a menor expectativa de vida do homem, faz com que lá restem mais mulheres e crianças... Adianta-se que o câncer também diferencia esta situação, sendo, assim, um indicador do grau de desenvolvimento regional: os tumores próprios dos adultos jovens (câncer de boca, de pênis e do colo uterino, por exemplo) são mais encontrados nas regiões me-

nos desenvolvidas, por que muito mais relacionados são com baixas condições sócio-econômicas. Relativamente ao sexo, é interessante observar que as mulheres adoecem mais, porém morrem menos de câncer do que os homens. Estes, além de ainda pagarem mais o ônus das doenças cárdio-vasculares, desenvolvem cânceres mais letais, como os de pulmão e de estômago.

Porém, mais do que a migração, é o número de nascimentos e mortes que configura a composição etária de uma população. Um país de *população jovem* apresenta altas taxas de fecundidade e mortalidade. Quando em fase de *explosão demográfica*, ele se caracteriza por uma taxa de mortalidade declinante e por uma alta taxa de fertilidade. Na fase de *transição demográfica*, a sua taxa de mortalidade é baixa e a de fertilidade, progressivamente decrescente. Considerando-se as taxas brasileiras em cem anos (de 1891 a 1991), vê-se, uma vez mais, como os anos sessenta são marcantes na história da sociedade brasileira: a partir deles, a queda da taxa da natalidade se faz mais abrupta e se alinha com a queda da taxa de mortalidade, que passa a tender a estabilizar-se, fazendo o Brasil entrar na transição demográfica. Esta situação pode ser indicada pela convivência que se passou a ter de doenças agudas e crônicas; de cânceres em adultos jovens e em idosos; de cânceres de países pobres e de países ricos.

De novo, é em torno dos anos sessenta que se verifica como as variáveis aqui analisadas sofreram as suas modificações mais abruptas, senão inversões. O rápido processo de urbanização não só deslocou o homem da terra, como subverteu a ordem urbana e multiplicou as diferenças regionais, que se tornaram metropolitanas - e o câncer de regiões

subdesenvolvidas e de populações pobres passou a compor também o perfil de morbimortalidade das cidades, constituindo-se, então, em um indicador de classes sociais conviventes em espaços comuns.

O que de tão poderoso e inexorável ocorreu em nosso país para que esses fenômenos coincidentes acontecessem? O que havia-se iniciado pelo menos vinte anos antes, na década de quarenta: a industrialização. Se esta traz consigo o desenvolvimento econômico e social e o controle de doenças agudas, que resulta em maior expectativa de vida, também traz mudanças de hábitos de vida. Esses dois fatores, acumulados, constituem o maior componente de geração de doenças crônico-degenerativas: a longevidade e a maior exposição a fatores de risco dessas doenças. Daí dizer-se que o câncer é uma doença do desenvolvimento e da civilização. E, se esses processos se dão de forma desenfreada, desigual e incompleta, o câncer passa a ser também um indicador de uma população retalhada por desigualdades sanitárias, em que tumores da pobreza e tumores da riqueza convivem no mais democrático dos gráficos de incidência e de mortalidade.

O tabagismo é um bom exemplo dessa dualidade com que se reveste a industrialização: se por um lado ela permitiu a disseminação do vício, também se acompanhou, após um período de latência de quase 30 anos, de uma mortalidade progressivamente ascendente por câncer de pulmão. Entre as mulheres, para quem tardou a incorporação ao mercado de trabalho e as conseqüências da revolução industrial sobre os costumes, somente a partir dos anos 70 passou a verificar-se a linha de mortalidade por esse mesmo tumor. Situação que continua seguindo o seu curso, visto que, atualmente, é o câncer de pulmão entre mulheres a causa de morte por câncer que mais cresce no Brasil. O câncer, de novo, aqui se ilustra como um indicador social e econômico direto do processo de desenvolvimento de uma dada sociedade.

Se esse desenvolvimento gera desigualdades, as suas conseqüências serão igualmente desiguais. Sendo o grau de escolaridade um indicador sócio-econômico, as variáveis que

com ele se relacionem assim também o serão. Dá-se um exemplo do que se observa entre o grau de alcance escolar e fatores de risco de doenças, existindo uma relação diretamente proporcional: quanto maior o grau escolar, menor a prevalência do risco. Em termos de câncer, essa relação se faz com localizações tumorais: por exemplo, câncer de boca e do colo uterino, mais freqüente entre adultos jovens de baixa renda e escolaridade; câncer de pulmão e de próstata, mais freqüente entre velhos de condição sócio-econômica melhor. Isto porque o câncer diferencia classes sociais? Não; o câncer se desenvolve diferentemente entre os grupos sociais, porque eles têm diferentes expectativas de vida e apresentam ou se submetem a diferentes fatores de risco de adoecimentos e morte.

A distribuição percentual das causas de morte por doença (ou seja, excluídas as causas externas que são no Brasil, exceto pela Região Sul, a segunda maior causa de morte) bem demonstra a disparidade regional do risco de adoecer e morrer, em nosso país. É doloroso verificar-se que, na Região Norte, a percentagem de óbitos de crianças no período perinatal é praticamente igual a de óbitos por câncer. Também, verifica-se que, à medida que se caminha para o Sul, a percentagem das mortes por doenças cardíovasculares e câncer distingue-se mais das demais, confirmando-se, mais uma vez, o caráter indicativo que as condições de saúde das populações dão do seu grau de desenvolvimento.

O nosso atual perfil de mortalidade se definiu a partir dos anos sessenta, devendo-se, porém, mais à diminuição das mortes por doenças infecto-parasitárias (conseqüência positiva da urbanização planejada, que, infelizmente não foi acessível a todos os brasileiros) do que propriamente ao controle de doenças crônico-degenerativas, como as cardíovasculares e o câncer.

Estabelecendo-se como um indicador sócio-econômico, e vendo-se o aumento da expectativa de vida e o desenvolvimento industrial como os dois maiores fatores relacionáveis com ele, o câncer também passa a ser um indicativo da condição geral de saúde de uma

população: Se as pessoas vivem mais tempo, é porque foram superadas as causas de morte precoce, típicas do subdesenvolvimento. Porém, se as pessoas vivem mais e se expõem mais a fatores de risco de câncer, é porque as suas condições de vida não são tão saudáveis como poderiam ser.

Analisando-se incidência por localizações dos tumores, tome-se como exemplo dois deles: o de estômago e o de pulmão, entre homens, comportam-se em colunas diametralmente opostas entre cidades ao norte ou ao sul do Brasil. Pelo que se viu até agora, pode-se deduzir que o câncer de estômago é um indicador da situação de saúde de sociedades menos desenvolvidas e o de pulmão, mais desenvolvidas. E esta é uma dedução correta. As mesmas análise e dedução podem ser aplicadas às mulheres, considerando-se agora os cânceres do colo uterino e de mama, respectivamente no lugar do de estômago e de pulmão.

Obviamente, vai-se morrer mais por câncer onde se adocece mais de câncer e nas faixas etárias em que mais se tem câncer.

A mortalidade por câncer no Brasil, desde 1980, indica que pouco o país evoluiu, continuando a manter taxas de mortalidade estáveis ou crescentes por tumores inclusive evitáveis ou curáveis. As duas únicas linhas que mostravam um início de descenso, em 1994, porém sem continuidade, em 1996, são as do câncer de estômago e do colo uterino, em ambos os casos devido, certamente, a controle de fatores de risco: respectivamente, uma melhor conservação dos alimentos em geladeiras e *freezers* e um maior acesso ao exame preventivo do câncer genital.

O acesso à assistência médica e a qualidade desta assistência, componentes essenciais para a estruturação de um sistema de saúde, também podem ter o câncer como um seu indicador.

O estágio avançado, muitas vezes intratável, em que os casos chegam aos hospitais, ao independer da maior ou menor complexidade de meios diagnósticos, bem indica a organização e o acesso a esse tratamento. O câncer de boca, de fácil diagnóstico, é próprio

de pessoas de baixa renda, tabagistas e alcólatras. Ele teria diagnóstico mais precoce, caso essas pessoas tivessem melhor instrução, melhor alimentação e maior acesso à assistência médica. Porém, assim tendo, certamente elas não desenvolveriam câncer de boca...

Igualmente se observa com o câncer do colo uterino. Porém, o mesmo achado de diagnósticos avançados no caso do câncer de mama indica que, além da complexidade diagnóstica e do acesso ao sistema de saúde, outros fatores podem estar em jogo. E dois deles podem ser a falta de prevenção e a qualidade da assistência médica prestada.

Como se planejar e avaliar bem essa assistência, se nem sempre se conta com uma informação adequada na sua mais importante fonte, que é o prontuário médico, mesmo em um hospital especializado no tratamento do câncer? Ou como medir o resultado dessa assistência, se o maior percentual de casos tratados são, *de per si*, incuráveis, pois diagnosticados em fase avançada?

O retrato do sistema de assistência oncológica é, no Brasil, também um indicador das próprias contradições regionais em que o país vive. A multiplicidade de relações entre os serviços necessários ao tratamento do câncer indicam que há dificuldades, ou facilidades, que orientam a existência desses serviços. Certamente, não tem sido a demanda, mas sim a oferta, o que baseia a montagem do sistema. Tanto assim é que o déficit ou a superoferta de serviços são variáveis com a região e o tipo de serviço.

Essa situação pode, por sua vez, ser indicativo do quão custoso esse sistema pode estar sendo para o país. Seja pela dependência tecnológica, seja pela menor valia da moeda nacional, seja pelos diagnósticos em estágios avançados, seja pelo menor poder aquisitivo da população, tratar um caso câncer em um país em desenvolvimento, caso do Brasil, sempre vai significar um custo per capita do PIB cem vezes maior do que seria nos Estados Unidos. Isto, independentemente da localização do tumor. Já dependendo dessa localização e da idade dos doentes, o custo

medido por anos de vida ganhos torna-se bastante variável.

Em termos de resultados, o câncer também pode servir de indicador. Observe-se que as linhas de mortalidade por câncer de mama, colo uterino e pulmão, no Brasil, são ascendentes (câncer de pulmão e de mama) ou quase estáveis (câncer do colo uterino). Já nos Estados Unidos, as linhas da mortalidade por esses mesmos tumores apresentam disposições inteiramente distintas entre si e das nossas (respectivamente, estabilidade, ascenso e descenso).

Partindo-se dos 100% das mortes por câncer registradas nos Estados Unidos de 1970 a 1994, observa-se uma redução progressiva da mortalidade por câncer em pessoas com menos de 55 anos e um aumento igualmente progressivo naquelas com mais de 55 anos. Ou seja, lá, as pessoas sobrevivem cada vez mais ao câncer. Já entre nós, não se verificam esses resultados.

Essa situação pode ser indicativa do conflito de interesses que permeia o sistema de saúde brasileiro, inclusive o SUS, que representa mais de 80% desse sistema: o nível primário, majoritariamente público, de menor custo e de maior resolubilidade, em termos de saúde pública, poucas chances tem de se articular com o nível terciário, majoritariamente privado, de maior custo e menor resolubilidade.

A falta de informação pode ser um indício dessa desarticulação. E a situação de alto percentual de diagnósticos em fases tardias, uma conseqüência dessa desintegração. Que é um prenúncio de alta mortalidade; por sua

vez, um indicador de mais baixa condição sócio-econômica, considerando-se determinados tumores; ou um indicador de maior desenvolvimento, considerando-se outros tipos tumorais. São os contrastes brasileiros também podendo ser evidenciados sob a ótica do câncer.

Obviamente, aqui foram apresentados os aspectos pelos quais o câncer pode ser visto como um indicador de saúde. Muito tem sido feito no sentido de reorganizar o sistema, em suas áreas-meio e áreas-fim. Registros de câncer, Prevenção, Assistência médico-hospitalar, Formação de recursos humanos e Pesquisa são áreas em que o Ministério da Saúde atua, por meio do seu Instituto Nacional de Câncer.

Com a atualização do cadastro das unidades prestadoras de serviços oncológicos ao SUS e com a disponibilidade dos dados individualizados da Apac-Onco, o Ministério da Saúde passou a contar com meios gerenciais de reordenação, planejamento e programação do sistema, de modo que este seja mais adequado à demanda e gere resultados que repercutam sobre as taxas de mortalidade. Estas, em última análise, são o melhor indicador da saúde que goza a população de qualquer país.

JACOB KLIGERMAN

Diretor Geral

Instituto Nacional de Câncer, do Ministério da Saúde