









Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013

Prevalence of diagnosis and types of cancer in the elderly: data from National Health Survey 2013

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco¹ 
Jane Kelly Oliveira Friestino² 
Rosemeire de Olanda Ferraz¹ 
Aldiane Gomes de Macedo Bacurau¹ 
Sheila Rizzato Stopa³ 
Djalma de Carvalho Moreira Filho¹ 

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência de diagnóstico médico de câncer em idosos, descrever os tipos de câncer, as limitações em atividades cotidianas, autopercepção da saúde e a relação com doenças/condições crônicas. **Métodos:** Estudo transversal de base populacional com dados de idosos (n=11.177) que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/2013). Estimaram-se as prevalências e os respectivos intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** A média de idade foi de 69,8 anos (IC_{95%}:69,5-70,1) e 56,4% (IC_{95%}:54,8-58,0) eram mulheres. O diagnóstico de câncer foi referido por 5,6% (IC_{95%}:5,0-6,4) dos idosos, sendo maior entre homens (7,1%) que em mulheres (4,7%; $p<0,001$). Os três principais tipos de câncer foram, nos homens: próstata (52,4%;IC_{95%}:43,5-61,2), pele (13,9%;IC_{95%}:9,1-20,6) e intestino (10,6%;IC_{95%}:4,9-21,5); nas mulheres: mama (46,9%;IC_{95%}:40,6-53,3), pele (17,3%;IC_{95%}:14,2-20,8) e intestino (9,8%;IC_{95%}:6,5-14,5). Cerca de 67% foram diagnosticados após os 60 anos, 33,0% referiram limitação decorrente da doença e 16,8% (IC_{95%}:12,4-22,4) autoavaliaram sua saúde como ruim/muito ruim. A presença de limitação foi cerca de 31% maior naqueles com diagnóstico mais recente e a autopercepção da saúde foi pior naqueles com diagnóstico inferior a 5 anos. Nos idosos com câncer, observaram-se maiores prevalências de hipertensão arterial, doenças do coração, depressão e doenças respiratórias crônicas ($p<0,05$). **Conclusão:** Os achados mostram a prevalência de câncer nos idosos brasileiros, com diferenças entre os sexos, bem como a distribuição dos principais tipos e a idade do primeiro diagnóstico. Destaca-se a importância da hipertensão arterial, doenças do coração, depressão e doenças respiratórias, além de outras condições de vida e saúde dos idosos no cuidado onco geriátrico.

Palavras-Chave: Saúde do Idoso. Neoplasias. Doença Crônica. Inquéritos Epidemiológicos. Prevalência. Brasil.

¹ Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva. Campinas, SP, Brasil.

² Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó, SC, Brasil.

³ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Brasília, DF, Brasil

Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco.
primaria@unicamp.br

Recebido: 30/01/2020
Aprovado: 16/09/2020

Abstract

Objective: Estimate the prevalence of medical diagnosis of cancer in the elderly, describe the types of cancer, limitations in daily activities, health self-assessment, and the relationship between cancer and chronic diseases/conditions. **Methods:** Cross-sectional population-based study using data from the elderly (n=11,177) who participated in the National Health Survey (PNS/2013). Prevalence and 95% confidence intervals were estimated. **Results:** The mean age was 69.8 years (CI_{95%}:69.5-70.1) and 56.4% (CI_{95%}:54.8-58.0) were women. The diagnosis of cancer was mentioned by 5.6% (CI_{95%}:5.0-6.4) of the elderly, is higher for men (7.1%) than in woman (4.7%; p<0.001). The three main types of cancer were, in men: prostate (52.4%; CI_{95%}:43.5-61.2), skin (13.9%; CI_{95%}:9.1-20.6) and intestine (10.6%; CI_{95%}:4.9-21.5); in women: breast (46.9%; CI_{95%}:40.6-53.3), skin (17.3%; CI_{95%}:14.2-20.8) and intestine (9.8%; CI_{95%}:6.5-14.5). About 67% were diagnosed after age 60, 33.0% reported some limitations due to the disease and 16.8% (CI_{95%}:12.4-22.4) rated their health as bad/very bad. The presence of limitation was about 31% higher in those with a more recent diagnosis and self-perceived health was worse in those with a diagnosis of fewer than 5 years. In the elderly with cancer, there was a higher prevalence of hypertension, heart disease, depression, and chronic respiratory diseases (p<0.05). **Conclusion:** The findings show the prevalence of cancer in the Brazilian elderly, with differences between genders, and the distribution of the main types and the age of the first diagnosis. The importance of hypertension, heart disease, depression, and respiratory diseases is highlighted, as well as other living and health conditions of the elderly in oncogeriatric care.

Keywords: Health of the Elderly. Neoplasms. Chronic Disease. Health Surveys. Prevalence. Brazil.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença multicausal e sua relação com fatores de risco ambientais, culturais, socioeconômicos, estilos de vida (principalmente obesidade, tabagismo, consumo de álcool, inatividade física e dieta não saudável), além dos fatores genéticos e o envelhecimento populacional, é conhecida¹⁻³.

Globalmente, as transições demográfica e epidemiológica sinalizam para a importância crescente do câncer nas próximas décadas^{1,4,5}. Enquanto causa de óbito, na maioria dos países⁶, e no Brasil⁷, é suplantado apenas pelas doenças cardiovasculares. Estima-se que em 2025, a carga do câncer aumentará em 50% devido ao envelhecimento populacional e ao aumento dos fatores de risco no estilo de vida³.

Considerando a distribuição dos óbitos por tipos de câncer segundo o sexo nos idosos, para o período de 1996-2016, os principais entre os homens corresponderam à neoplasia maligna da próstata (18%), seguido por neoplasia maligna de traqueia, brônquios e pulmões (12%). Nas mulheres, as neoplasias malignas da mama representaram 12% e

de traqueia, brônquios e pulmões corresponderam a 11%⁷. Estimativas da incidência de câncer no Brasil, realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), apontam para cada ano do triênio 2020-2022, um total de 625 mil casos novos, com maior incidência para o câncer de pele não melanoma (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada)⁸.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 mostraram que as prevalências de câncer nas idades entre 60 e 69 anos, 70 a 79 e 80 anos ou mais, foram de 1,93%, 3,11% e 3,57%, respectivamente⁹. Além dos investimentos em políticas de prevenção e da assistência necessária aos pacientes oncológicos^{3,10,11}, com o envelhecimento populacional surge também a demanda de ampliação de capacitação para o cuidado oncogeriátrico¹².

Um estudo prévio realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013)¹³ apresentou estimativas para indivíduos com diagnóstico de câncer no Brasil (idade ≥18 anos), desagregando-se a população idosa. Entretanto, em relação ao tipo de câncer e média de idade para o primeiro diagnóstico, os dados se referem ao conjunto dos adultos¹³. Informações específicas para os idosos e,

de acordo com o sexo, possibilitariam uma melhor estimativa da demanda de cuidado nesse subgrupo, pois grande parte dos idosos apresenta doenças concomitantes que podem dificultar o tratamento oncológico. Portanto, o objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência de diagnóstico médico de câncer em idosos, descrever os tipos de câncer, as limitações em atividades cotidianas, autopercepção da saúde e a relação com doenças/condições crônicas.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional, realizado com dados de domínio público de idosos (idade ≥ 60 anos) que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), inquérito realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013. Os microdados da pesquisa estão disponíveis na página de internet: <https://www.ibge.gov.br>. A PNS utilizou amostragem por conglomerados, em três estágios, tendo como unidade primária os setores censitários; e os domicílios, como unidades secundárias. Selecionaram-se domicílios e moradores por amostragem aleatória simples¹⁴.

O questionário aplicado pela PNS está dividido em três partes: dados sobre o domicílio; informações relativas a todos os moradores, fornecidas por um morador selecionado (*proxy*); e informações sobre esse morador, respondidas por ele próprio (adultos com idade ≥ 18 anos). Descrições detalhadas sobre o processo de amostragem e ponderações estão disponíveis em publicações prévias¹⁴.

Para o presente estudo, foram selecionados todos os participantes da pesquisa com idade ≥ 60 anos que responderam à questão de interesse para este estudo, do bloco sobre doenças crônicas: “*Algum médico já lhe deu algum diagnóstico de câncer?*” (sim ou não) ($n=11.177$), segundo o sexo (masculino, feminino) e faixas etárias (60-69; 70-79 e ≥ 80). Em caso afirmativo, foi realizada a seguinte pergunta: “*No primeiro diagnóstico de câncer, que tipo de câncer o(a) sr (a) tem ou teve?*” (pulmão, intestino, estômago, pele, mama e colo de útero - apenas para mulheres, próstata - só para os homens, e outros), sua idade à época do diagnóstico (usada para estimar o tempo decorrido do primeiro

diagnóstico), e a limitação por meio da questão: “*Em geral, em que grau o câncer ou algum problema provocado pelo câncer limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.)?*” (não limita, um pouco, moderadamente, intensamente e muito intensamente).

Também foi considerada a autoavaliação da saúde (muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim) e informações em relação à presença de outras doenças/condições crônicas, mediante diagnóstico médico referido pelo entrevistado sobre: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doença do coração, acidente vascular cerebral (AVC), asma, artrite ou reumatismo, insuficiência renal crônica, problema crônico de coluna (como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco), depressão, doença do pulmão ou doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC (enfisema pulmonar, bronquite crônica ou outra). Particularmente, a dor crônica na coluna foi autodeclarada e depressão considerou diagnóstico prévio de médico/profissional de saúde mental (psiquiatra ou psicólogo).

Estimaram-se as prevalências e os respectivos intervalos de confiança de 95%, assim como a projeção do número absoluto de casos de câncer, mediante a expansão da amostra ao total da população idosa brasileira. A distribuição percentual dos tipos de câncer foi descrita pelas frequências relativas pontuais e por intervalo (ponderadas). Realizaram-se testes de comparação de proporções (qui-quadrado de Pearson com correção de Rao-Scott; nível de significância de 5%) e foram estimadas razões de prevalência pela regressão de Poisson, ajustadas por sexo e idade.

Todas as análises foram realizadas no *Stata 14.0* (*StataCorp LP, College Station, USA*). A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos, do Ministério da Saúde, sob o parecer nº 328.159, de 26 de junho de 2013.

RESULTADOS

A média de idade dos idosos foi de 69,8 anos ($IC_{95\%}$: 69,5-70,1) e 56,4% ($IC_{95\%}$: 54,8-58,0) eram mulheres. A prevalência de câncer (na vida) na população idosa foi de 5,6% ($IC_{95\%}$: 5,0-6,4), o que corresponde, em número absoluto, a aproximadamente 1.473.727 idosos na população brasileira. Entre os idosos que

relataram diagnóstico médico de câncer, a prevalência limitada ao tempo do diagnóstico nos últimos 5 anos foi de 45,2% (IC_{95%}:38,9-51,5). Para o conjunto dos idosos que referiram a doença, a média de idade foi 71,6 anos (IC_{95%}:70,6-72,5). Observou-se diferença estatística entre os sexos (7,1% em homens e 4,7% em mulheres; $p < 0,001$).

Em relação às características sociodemográficas dos idosos que relataram algum diagnóstico de câncer, a maioria era do sexo masculino (54,3%), de cor branca (71,7%), vivia com cônjuge (58,0%), sem

instrução ou com ensino fundamental incompleto (62,0%), não possuía plano de saúde (54,7%), teve o diagnóstico da doença com 60 anos ou mais (66,7%) e não referiu limitação de atividades habituais decorrente da doença ou a ela relacionada (67,0%). Somente 16,8% (IC_{95%}:12,4-22,4) dos idosos consideravam sua saúde ruim ou muito ruim à época da pesquisa. Entre os idosos com 60 a 69 anos, 77,7% (IC_{95%}:70,3-83,7) relatou diagnóstico médico de câncer antes dos 60 anos. Já naqueles com idade ≥ 70 anos, 62,8% (IC_{95%}:55,9-69,2) referiram diagnóstico com idade ≥ 60 anos ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas e relacionadas a saúde dos idosos, segundo faixas etárias. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Variáveis	Total (n=542) n (%)	60-69 anos (n=260) % (IC _{95%})	≥ 70 anos (n = 282) % (IC _{95%})	<i>p</i>
Sexo				
Masculino	238 (54,3)	48,0 (39,6 - 56,5)	52,0 (43,4 - 60,4)	0,330
Feminino	304 (45,7)	53,8 (46,6 - 60,9)	46,2 (39,1 - 53,4)	
Cor				
Branca	369 (71,7)	49,3 (42,2 - 56,5)	50,7 (43,5 - 57,8)	0,439
Não branca	173 (28,3)	54,1 (44,9 - 63,0)	45,9 (37,0 - 55,1)	
Vive com cônjuge ou companheiro(a)*				
Sim	239 (58,0)	57,1 (48,2 - 65,5)	42,9 (34,4 - 51,8)	0,015
Não	303 (42,0)	41,8 (34,9 - 49,1)	58,2 (50,9 - 65,1)	
Nível de instrução mais elevado alcançado*				
Sem instrução e Fundamental Incompleto	298 (62,0)	43,3 (36,0 - 50,9)	56,7 (49,1 - 64,0)	0,001
Fundamental Completo a Médio Completo/ Superior incompleto/completo	244 (38,0)	62,7 (54,7 - 70,0)	37,3 (30,0 - 45,3)	
Plano de Saúde				
Não	252 (54,7)	50,6 (43,4 - 57,7)	49,4 (42,3 - 56,6)	0,980
Sim	290 (45,3)	50,8 (40,8 - 60,6)	49,2 (39,3 - 59,2)	
Idade (anos) no primeiro diagnóstico*				
Menos de 60	190 (33,3)	77,7 (70,3 - 83,7)	22,3 (16,3 - 29,7)	<0,001
60 ou mais	352 (66,7)	37,2 (30,7 - 44,1)	62,8 (55,9 - 69,2)	
Autoavaliação da saúde				
Muito boa/boa	220 (40,7)	51,5 (42,6 - 60,3)	48,5 (39,7 - 57,4)	0,894
Regular	235 (42,5)	51,1 (43,4 - 58,7)	48,9 (41,3 - 56,6)	
Ruim/muito ruim	87 (16,8)	47,6 (32,4 - 63,2)	52,4 (36,8 - 67,6)	
Limitação de atividades habituais				
Não	364 (67,0)	52,8 (45,0 - 60,5)	47,2 (39,5 - 54,9)	0,313
Sim	178 (33,0)	46,2 (37,7 - 55,0)	53,8 (45,0 - 62,3)	
Tempo (anos) decorrido do primeiro diagnóstico				
Até 5	247 (45,2)	53,4 (44,3 - 62,2)	46,6 (37,7 - 55,6)	0,449
Seis ou mais	295 (54,8)	48,4 (40,6 - 56,3)	51,6 (43,6 - 59,4)	

IC_{95%}: Intervalo de Confiança ($\alpha=0,05$); *Valores de *p* obtidos pelo teste qui-quadrado (Rao-Scott);

Na avaliação da distribuição de algum diagnóstico de câncer segundo sexo e faixa etária, observou-se maior percentual para homens com 80 anos ou mais ($p < 0,009$) (Figura 1).

Considerando-se os tipos específicos de câncer, nos homens, os três principais foram: próstata (52,4%; IC_{95%}:43,5-61,2), pele (13,9%; IC_{95%}:9,1-20,6) e intestino (10,6%; IC_{95%}:4,9-21,5); nas mulheres, mama (46,9%; IC_{95%}:40,6-53,3), pele (17,3%; IC_{95%}:14,2-20,8) e intestino (9,8%; IC_{95%}:6,5-14,5) (Figura 2).

Em média, a identificação do câncer ocorreu há 10,8 anos (IC_{95%}:9,4-12,2) nas mulheres e há 7,4 anos (IC_{95%}:6,5-8,4) nos homens. Para o câncer de pulmão, intestino, estômago, pele e outras localizações, não houve diferença estatística de acordo com o sexo ($p > 0,05$) (Figura 3).

Quanto à limitação pela doença ou problema dela decorrente para a realização de atividades habituais,

34,9% dos homens e 30,7% das mulheres referiram alguma limitação ($p > 0,05$). Na análise estratificada pelo tempo decorrido do diagnóstico (<5 anos e ≥5 anos) ajustado por sexo, idade e número de doenças crônicas, a ocorrência de alguma limitação foi cerca de 31% maior naqueles mais recentemente diagnosticados (RP=1,31; IC_{95%}:1,02-1,70; $p=0,037$). Da mesma forma, a autopercepção do estado de saúde foi pior nos idosos com tempo de diagnóstico inferior a 5 anos (RP=1,65; IC_{95%}:1,13-2,41; $p=0,010$), independentemente do sexo, idade e presença de outras doenças crônicas.

A prevalência de hipertensão arterial, doenças do coração (infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra), depressão e doença no pulmão ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica-DPOC (enfisema pulmonar, bronquite crônica ou outra) foi maior nos idosos com diagnóstico de câncer, mesmo após ajuste por sexo e idade (Tabela 2).

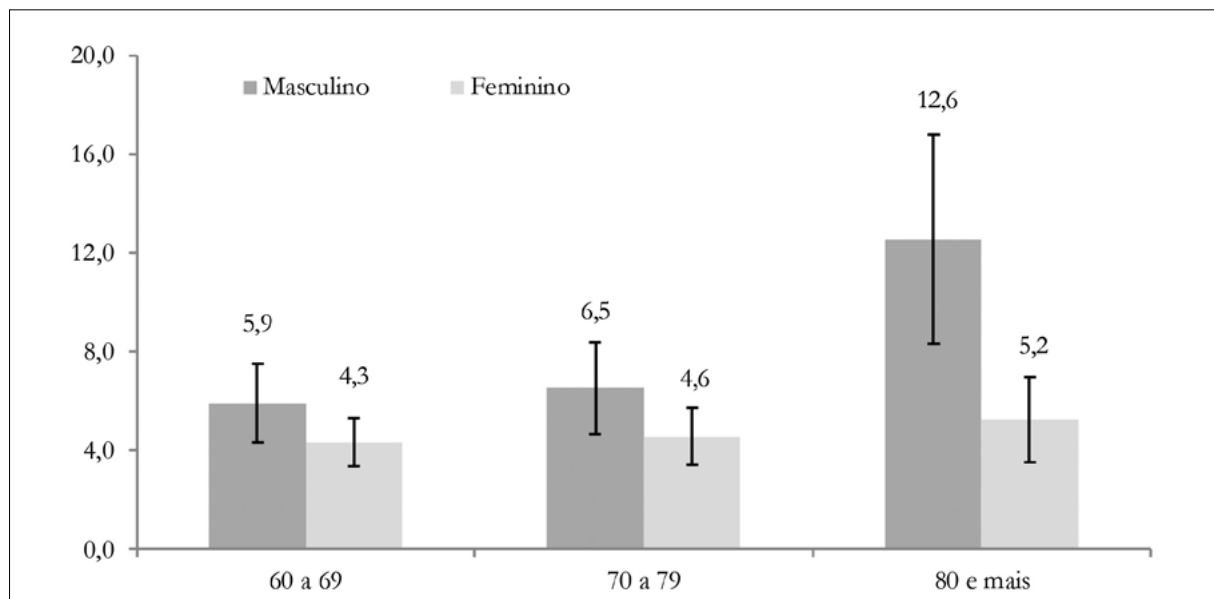


Figura 1. Distribuição em faixas etárias (proporção e intervalo de confiança de 95%) dos idosos que referiram diagnóstico médico de câncer. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

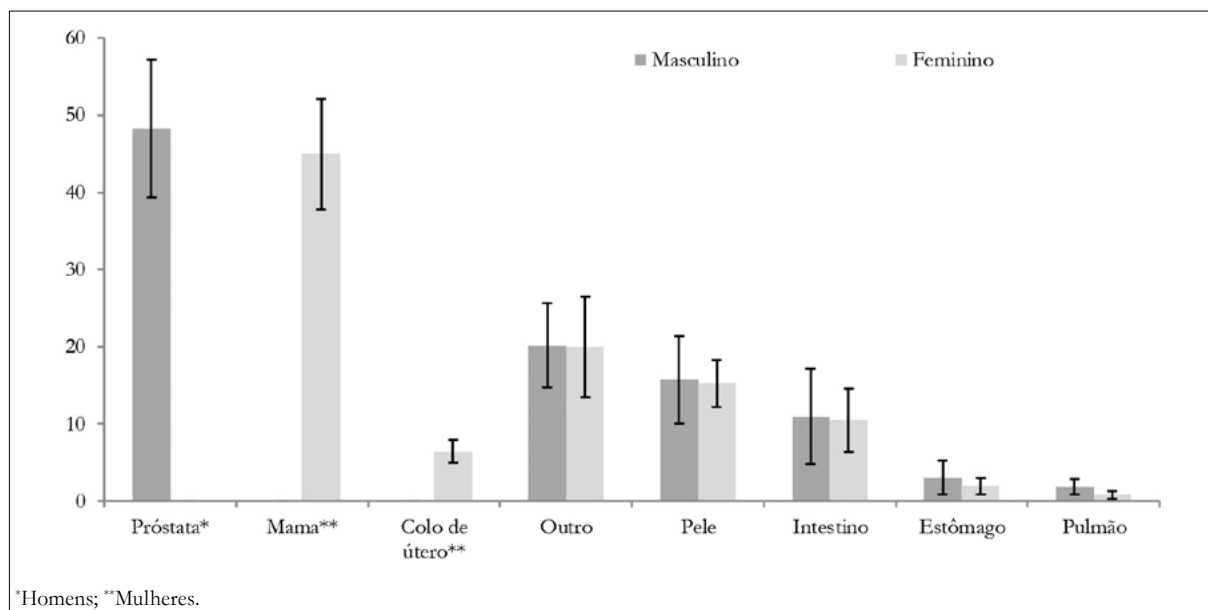


Figura 2. Distribuição (proporção e indicação do intervalo de confiança de 95%) dos tipos de câncer referidos pelos idosos no primeiro diagnóstico. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

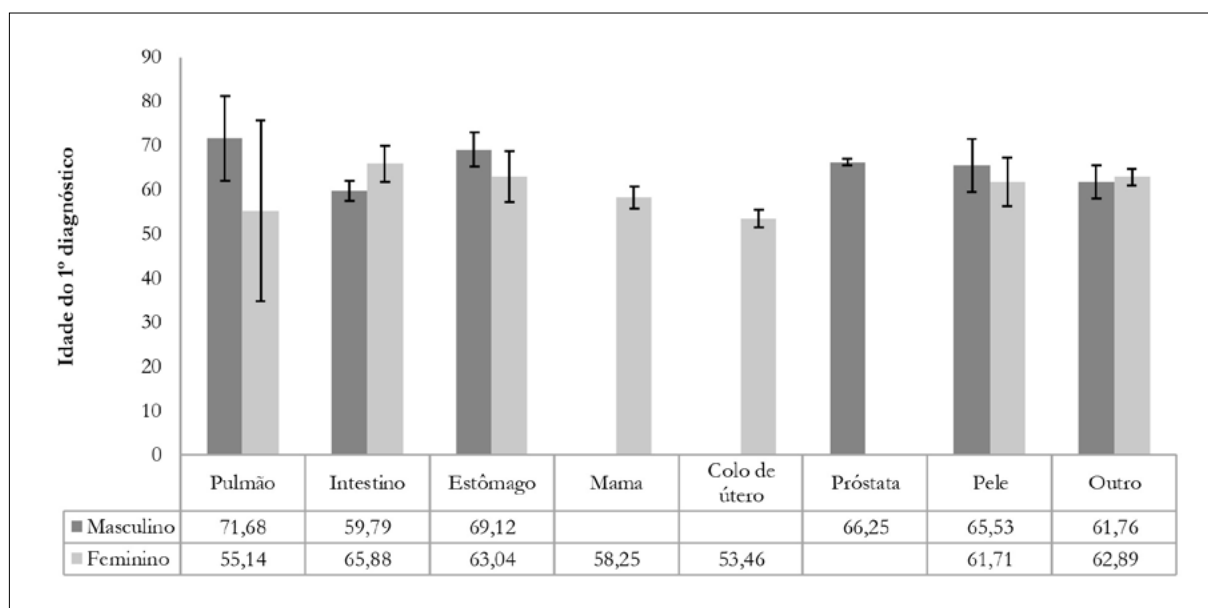


Figura 3. Média da idade referida no primeiro diagnóstico de câncer, por tipo de câncer, segundo o sexo. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Tabela 2. Doenças e condições crônicas de saúde em idosos, segundo diagnóstico médico de câncer (n=11.177). Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Doenças crônicas	Câncer		p	RP _{ajustada} (IC _{95%})
	Sim (n=542) % (IC _{95%})	Não (n=10.635) % (IC _{95%})		
Hipertensão arterial				
Não	41,6 (35,5 - 47,8)	49,2 (47,4 - 50,9)	0,020	1,00
Sim	58,4 (52,2 - 64,4)	50,8 (49,1 - 52,6)		1,16 (1,04 - 1,29)
Diabetes				
Não	81,7 (75,6 - 86,6)	80,9 (79,6 - 82,1)	0,762	1,00
Sim	18,3 (13,4 - 24,4)	19,1 (17,9 - 20,4)		0,96 (0,71 - 1,30)
Colesterol alto				
Não	72,2 (65,2 - 78,2)	74,2 (72,6 - 75,7)	0,550	1,00
Sim	27,8 (21,8 - 34,8)	25,8 (24,3 - 27,4)		1,17 (0,92 - 1,50)
Doença do coração				
Não	80,7 (74,6 - 85,6)	89,0 (87,8 - 90,1)	<0,001	1,00
Sim	19,3 (14,4 - 25,4)	10,9 (9,8 - 12,2)		1,69 (1,26 - 2,25)
AVC* ou derrame				
Não	92,6 (87,2 - 95,8)	95,2 (94,5 - 95,9)	0,139	1,00
Sim	7,4 (4,2 - 12,8)	4,8 (4,1 - 5,5)		1,36 (0,78 - 2,37)
Asma (ou bronquite asmática)				
Não	93,3 (88,5 - 96,2)	95,4 (94,6 - 96,0)	0,222	1,00
Sim	6,7 (3,8 - 11,5)	4,6 (4,0 - 5,4)		1,49 (0,83 - 2,66)
Artrite ou reumatismo				
Não	82,9 (77,4 - 87,3)	83,6 (82,3 - 84,8)	0,785	1,00
Sim	17,1 (12,7 - 22,6)	16,4 (15,2 - 17,7)		1,11 (0,82 - 1,50)
Problema crônico de coluna**				
Não	66,8 (59,9 - 73,1)	72,2 (70,6 - 73,7)	0,103	1,00
Sim	33,2 (26,9 - 40,1)	27,8 (26,3 - 29,4)		1,22 (1,00 - 1,50)
Depressão				
Não	88,3 (83,9 - 91,7)	90,6 (89,5 - 91,6)	0,236	1,00
Sim	11,7 (8,3 - 16,1)	9,4 (8,42 - 10,5)		1,44 (1,02 - 2,03)
Doença no pulmão ou DPOC***				
Não	92,6 (87,8 - 95,6)	96,4 (95,6 - 97,0)	0,011	1,00
Sim	7,4 (4,4 - 12,2)	3,6 (3,0 - 4,4)		1,93 (1,12 - 3,33)
Insuficiência renal crônica				
Não	94,2 (88,4 - 97,2)	97,4 (96,8 - 97,9)	0,035	1,00
Sim	5,8 (2,8 - 3,4)	2,6 (2,1 - 3,2)		2,05 (0,99 - 4,23)

IC_{95%}: Intervalo de Confiança ($\alpha = 0,05$); RP_{ajustada}: por sexo e idade; *AVC: Acidente Vascular Cerebral; **Problema crônico de coluna: dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco; ***DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (enfisema pulmonar, bronquite crônica ou outra).

DISCUSSÃO

Este estudo estimou o percentual de idosos brasileiros com diagnóstico de câncer e observou diferença entre os sexos. O diagnóstico ocorreu principalmente após os 60 anos de idade, e cerca de 1/3 dos idosos referiu alguma limitação para as atividades cotidianas. Pior avaliação subjetiva da saúde associou-se à identificação mais recente da doença. As prevalências de hipertensão arterial, doença cardiovascular, depressão e doença pulmonar foram maiores nos idosos com diagnóstico prévio de câncer.

O câncer é uma doença que afeta principalmente os idosos, já que mais de 60% dos casos novos ocorrem acima dos 60 anos de idade, como observado neste estudo. De todos os casos de câncer no mundo, cerca de 70% ocorrem após os 65 anos de idade^{1,5,10}. No Brasil, as taxas de incidência¹⁵ e prevalência¹³ para todos os tipos de câncer são três ou quatro vezes maiores nos idosos em relação aos adultos.

Com o aumento da proporção de idosos na população, espera-se que um número maior de indivíduos idosos seja diagnosticado com câncer^{1,5}. Ressalta-se que, tanto a detecção precoce, quanto as novas formas de tratamento, aumentam a sobrevivência das pessoas com essa condição^{4,16}. Para o conjunto dos idosos brasileiros, em média, a identificação da doença ocorreu há cerca de nove anos.

Neste estudo, 33% dos idosos relatou que o câncer, ou algum problema por ele provocado, causava limitação nas atividades habituais, tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, entre outras. Revisão sistemática e meta-análise sobre incapacidade para a realização de atividades diárias em adultos com câncer, compreendendo 19.246 pacientes (a maioria idosos), revelou que, em geral, 36,7% e 54,6% dos pacientes reportaram, respectivamente, incapacidade relacionada às atividades básicas e instrumentais da vida diária¹⁷. Estudo sobre a relação entre incapacidade e fatores oncológicos em idosos mais longevos (n=290; média de idade de 80,6 anos) com vários tipos de câncer, participantes do estudo de coorte prospectivo *The Physical Frailty in Elderly Cancer* (França), verificou prevalência de 67,6%. Nenhum fator oncológico (localização ou extensão do

câncer) esteve associado à incapacidade, no entanto, dificuldade de locomoção (mobilidade), pior *status* funcional, humor depressivo, déficit cognitivo e poli-farmácia estiveram independentemente associados à incapacidade¹⁸.

Cabe ressaltar que, para o conjunto dos idosos brasileiros, Silva et al.¹⁹ verificaram prevalência de 30,1% de limitação funcional, atribuída a qualquer dificuldade para realizar pelo menos uma entre as atividades básicas e instrumentais consideradas. Outros estudos nacionais de base populacional com amostras representativas de idosos realizados nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, em Pelotas (RS)²⁰ e Belo Horizonte (MG)²¹, apresentaram prevalências semelhantes. No presente estudo, observou-se maior prevalência de limitação naqueles com diagnóstico mais recente, o que pode ser decorrente do tratamento. Estudo realizado na região Nordeste do Brasil, em Recife (PE)²², identificou piora do desempenho físico dos idosos após o início do tratamento quimioterápico, e para aqueles com câncer de próstata, houve piora do estado geral e qualidade de vida.

Tanto o estado de saúde, quanto a percepção subjetiva da saúde variam de acordo com o tempo decorrido do diagnóstico. Entre idosos que referiram algum diagnóstico de câncer, cerca de 17% consideravam sua saúde ruim ou muito ruim à época da pesquisa, com maior frequência observada naqueles com tempo de diagnóstico inferior a 5 anos (23,5% *versus* 11,4%), independentemente do sexo, idade e presença de outras doenças crônicas. A autoavaliação de saúde é um indicador que integra a percepção biológica, psicológica e social do indivíduo, refletindo a presença de limitações funcionais e qualidade de vida, além de ser considerado um preditor de mortalidade^{23,24}. Ainda, é considerado um indicador importante do impacto da doença sobre o bem-estar individual²⁴.

Estimativas obtidas por sexo e faixas etárias revelaram maior percentual de homens mais velhos (idade ≥ 80 anos) com algum diagnóstico de câncer. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde apontaram, para a população adulta brasileira (≥ 18 anos), que as médias de idade do primeiro diagnóstico de câncer de próstata e de mama foram de 65,7 e de

49,0 anos, denotando os diferenciais quanto à idade em que ocorre a maior incidência e prevalência dos principais tipos que acometem homens e mulheres, respectivamente¹³. Tem sido observado incremento das taxas de incidência de câncer de próstata no país devido ao aumento da expectativa de vida, melhoria dos métodos diagnósticos e dos registros/notificação de casos, além do maior uso do antígeno prostático específico (PSA) e do toque retal para o diagnóstico da neoplasia¹⁵. Tais avanços têm resultado em maior proporção de pacientes curados ou sobrevivendo por mais tempo²⁵.

Na tendência das taxas de mortalidade por câncer de próstata ajustadas por idade, Houston et al.²⁶ observaram uma curva ascendente semelhante à incidência, porém com menor magnitude, passando de 7,44/100 mil homens em 1980 para 14,06/100 mil homens em 2013. Também, a tendência da proporção de óbitos entre idosos mais velhos (idade ≥ 80 anos) vem crescendo ao longo dos anos. De 1996 a 2006, considerando-se os idosos com idade ≥ 60 anos, o percentual de óbitos que ocorria na faixa mais longeva passou de 33% para 46%. Já entre as mulheres, o comportamento dessa tendência é bem diferente, pois nas idosas mais longevas verificam-se os menores percentuais de óbitos por neoplasia maligna da mama. Ao longo do período (1996 a 2016), para o conjunto dos idosos, os percentuais de óbitos na faixa etária mais longeva (≥ 80 anos) aumentaram de 20% para 28%⁷.

Deve-se considerar que a percepção das necessidades de saúde relaciona-se tanto às características sociodemográficas - mulheres usam mais os serviços de saúde²⁷ - quanto às comportamentais, experiências pregressas, percepção dos sintomas e da gravidade da doença, e acesso aos serviços para diagnóstico e tratamento. O uso frequente dos serviços pelas mulheres²⁷ as torna mais expostas às ações de promoção e prevenção, como a realização de exames de rastreamento, possibilitando um diagnóstico precoce de câncer e melhor prognóstico.

Neste estudo, o câncer de pele não foi o mais referido, contrapondo dados sobre sua incidência e prevalência (na vida), por ser o mais incidente de todos os cânceres^{1,8}. Ressalta-se que a pergunta realizada

pela Pesquisa Nacional de Saúde para a obtenção da informação sobre a prevalência de câncer de pele não permitiu identificar, entre os casos positivos, se eram melanoma ou não melanoma. Assim, algumas hipóteses devem ser consideradas: (a) o câncer de pele não melanoma apresenta alto percentual de cura, quando detectado e tratado precocemente²⁸ e (b) o câncer de pele pode se assemelhar a pinta ou mancha e outras lesões benignas que somente são reconhecidas como câncer por um médico, especialista ou por meio de exames²⁹. Logo, é possível que muitos indivíduos não realizem avaliação médica para lesões cutâneas por negligenciarem os tumores de pele não melanoma como não malignos. Ademais, esse tipo de câncer não é frequentemente monitorado como os outros cânceres - o que dificulta sua estimativa - ou mesmo, incluído nas publicações de estatísticas sobre o câncer^{8,28}. Campanhas, materiais informativos e outras estratégias, voltadas à promoção da saúde e formas de prevenção da doença, têm sido utilizadas para ampliar a detecção precoce³⁰. Portanto, a prevalência observada neste estudo pode ser explicada, em parte, pelo uso da informação autorreferida (sim ou não). Estudo transversal que avaliou a prevalência e hábitos de prevenção do câncer de pele em idosos ($n=820$) da zona rural de Pelotas (RS), na região Sul do Brasil, encontrou prevalência de 4,8%³¹, indicando o não reconhecimento dessa condição, atual ou mesmo pregressa, pelos idosos.

Quanto às doenças e condições crônicas de saúde, observaram-se maiores prevalências de hipertensão arterial, doença do coração, depressão e doença pulmonar nos idosos com diagnóstico de câncer. Cabe salientar que grande parte da população idosa apresenta comorbidades que podem dificultar o tratamento oncológico, no entanto, as implicações e o manejo se tornam cada vez mais importantes, devido ao envelhecimento populacional e ao número crescente de idosos com câncer³². Ressalta-se que a relação temporal de ocorrência das doenças não pode ser verificada por meio deste estudo (transversal), no entanto, o uso de serviços de saúde pelos idosos para tratamento de outras condições crônicas mais frequentes pode favorecer o diagnóstico de câncer.

Na capital pernambucana, a hipertensão arterial foi a comorbidade mais frequente nos idosos em

tratamento quimioterápico para câncer²². Entre 80% e 90% dos casos de câncer estão relacionados a um conjunto de fatores de risco modificáveis que incluem mudanças provocadas no meio ambiente pelo próprio homem, hábitos e estilo de vida^{2,3,33}. No Brasil, estimativas da fração de risco atribuível para 25 tipos de câncer em decorrência da exposição a fatores de risco modificáveis (dieta inadequada, sobrepeso e obesidade, tabagismo, consumo de álcool, inatividade física, agentes ambientais e ocupacionais, entre outros) apontou que eles responderiam por 34% e 35% dos casos de câncer nos homens e mulheres em 2020, respectivamente, e por 46% das mortes nos homens e 39% nas mulheres².

No que se refere à questão usada para o desfecho considerado neste estudo, a pesquisa investigou o relato de algum diagnóstico médico de câncer (na vida). A prevalência de câncer representa, portanto, a proporção de pessoas vivas em um determinado momento, que já tiveram um diagnóstico da doença³⁴, independentemente de há quanto tempo o diagnóstico foi realizado, se o paciente ainda está em tratamento, ou se está “curado”^{16,34}. Deste modo, compreende-se como “sobrevivente” não somente aquele indivíduo que viveu por um longo período de tempo após o tratamento, mas também os recém-diagnosticados, assim como aqueles que estão em tratamento, completaram o tratamento ou se encontram em remissão. Neste estudo, a prevalência limitada ao tempo do diagnóstico, nos últimos 5 anos foi 45,1% entre os idosos. Destaca-se que o diagnóstico precoce pode proporcionar melhor prognóstico e ampliar a probabilidade de cura, e a melhoria do tratamento oferecido aos pacientes oncológicos tem elevado a frequência de casos prevalentes, resultando no aumento da demanda por serviços de saúde de média e alta complexidade.

Entre as limitações do estudo, deve-se considerar que o percentual de idosos com algum diagnóstico de câncer pode estar subestimado, já que a PNS é uma pesquisa de base domiciliar que compreendeu moradores de domicílios particulares, não incluindo os residentes em setores censitários especiais (quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, conventos e hospitais)¹⁴ e, principalmente na população idosa, o percentual

indivíduos hospitalizados e residentes em instituições de longa permanência é maior do que em outros segmentos etários. Também, as informações foram relatadas pelos idosos e a especificação do tipo de câncer, referido como “outros tipos”, não estava disponível para verificação detalhada, na base de dados. Quanto ao tempo decorrido do diagnóstico, por se tratar de doença com alto impacto social e familiar, que requer tratamento por longo período de tempo e avaliações frequentes, pode-se supor que o viés de memória seja desprezível, considerando-se a totalidade dos casos.

Ressalta-se ainda que, a pergunta sobre algum diagnóstico de câncer (teve ou tem) não permitiu avaliar a condição atual do idoso em relação à doença, portanto, a população estudada incluiu os “sobreviventes”, como anteriormente definidos. Deste modo, é possível que haja um viés de sobrevivência seletiva, em que os casos prevalentes (doentes e curados) podem ser atípicos quanto à evolução da doença ou apresentem fatores de risco atenuados.

No Brasil, com o aumento da população idosa, também se observa maior ocorrência de câncer e de outras doenças crônicas nesse subgrupo^{5,33}. Estudo realizado na Ibero-América (Espanha, Portugal e países da América de língua espanhola ou portuguesa) apontou que os serviços ainda não estão adequadamente preparados para atender os idosos com câncer, principalmente devido à falta de recursos e formação geriátrica para profissionais de saúde¹⁰. A avaliação geriátrica abrangente¹² torna-se cada vez mais importante, pois pode contribuir para identificação precoce dos idosos com câncer, promover a avaliação individual e em suas múltiplas dimensões - considerando, entre outros aspectos, as comorbidades, estado funcional, fragilidade e fatores fisiológicos da senescência - para elaborar, de forma interdisciplinar, o melhor cuidado terapêutico³⁵ e em tempo oportuno para a melhoria da qualidade de vida e maior sobrevivência.

CONCLUSÃO

Os achados mostram que a prevalência de câncer nos idosos brasileiros difere entre os sexos, bem como a distribuição dos principais tipos e a idade do

primeiro diagnóstico. Destaca-se a importância da hipertensão arterial, doenças do coração, depressão e doenças respiratórias, além de outras condições de vida e saúde dos idosos que devem ser consideradas, tanto nas práticas clínicas, quanto na formulação

de políticas públicas, para garantir o diagnóstico e tratamento oportunos, e o cuidado ampliado voltado para a qualidade de vida dos idosos.

Editado por: Daniel Gomes da Silva Machado

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.
2. Azevedo e Silva G, Moura L, Curado MP, Gomes FS, Otero U, Rezende LFM, et al. The fraction of cancer attributable to ways of life, infections, occupation, and environmental agents in Brazil in 2020. *PLoS ONE.* 2016;11(2):e0148761.
3. Rezende LFM, Lee DH, Louzada MLC, Song M, Giovannucci E, Eluf-Neto J. Proportion of cancer cases and deaths attributable to lifestyle risk factors in Brazil. *Cancer Epidemiol.* 2019;59:148-57.
4. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer.* 2015;136(5):359-86.
5. Pilleron S, Sarfati D, Janssen-Heijnen M, Vignat J, Ferlay J, Bray F, et al. Global cancer incidence in older adults, 2012 and 2035: a population-based study. *Int J Cancer.* 2019;144(1):49-58.
6. Murphy SL, Xu J, Kochanek KD, Curtin SC, Arias E. Deaths: Final Data for 2015. *Natl Vital Stat Rep.* 2017;66(6):1-75.
7. Brasil. Ministério da Saúde; Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Estatísticas vitais [Internet]. Brasília, DF: DATASUS; 2018 [acesso em 31 out. 2018]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [acesso em 24 ago. 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.
9. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, Chester LGC. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(9):3755-68.
10. Soto-Perez-de-Celis E, Cordoba R, Gironés R, Karnakis T, Paredero I, Chavarri-Guerra Y, et al. Cancer and aging in Ibero-America. *Clin Transl Oncol.* 2018;20(9):1117-26.
11. Kernkamp CL, Costa CKF, Massuda EM, Silva ES, Yamaguchi MU, Bernuci MP. Perfil de morbidade e gastos hospitalares com idosos no Paraná, Brasil, entre 2008 e 2012. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(7):e00044115.
12. O'Hanlon S, O'Donovan A, Cree A. Geriatric oncology: assessing the needs of older people with cancer. *Br J Hosp Med (Lond).* 2019;80(5):252-7.
13. Oliveira MM, Malta DC, Guauche H, Moura L, Azevedo e Silva G. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(Suppl 2):146-57.
14. Souza-Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(2):207-16.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [acesso em 08 ago. 2020]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf.
16. Bidinotto AB, D'Ávila OP, Martins AB, Hugo FN, Neutzling MB, Bairros FS, et al. Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(1):91-101.

17. Neo J, Fettes L, Gao W, Higginson IJ, Maddocks M. Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev*. 2017;61:94-106.
18. Pamoukdjian F, Aparício T, Zelek L, Boubaya M, Caillet P, François V, et al. Impaired mobility, depressed mood, cognitive impairment and polypharmacy are independently associated with disability in older cancer outpatients: the prospective Physical Frailty in Elderly Cancer patients (PF-EC) cohort study. *J Geriatr Oncol*. 2017;8(3):190-95.
19. Silva AMM, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(Suppl 1):1-5.
20. Farías-Antúnez S, Lima NP, Bierhals IO, Gomes AP, Vieira LS, Tomasi E. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e2017290.
21. Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola Filho AI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(3):599-610.
22. Ferreira MLL, Souza AI, Ferreira LOC, Moura JFP, Costa Junior JI. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):165-77.
23. Falk H, Skoog I, Johansson L, Guerchet M, Mayston R, Hörder H, et al. Self-rated health and its association with mortality in older adults in China, India and Latin America-a 10/66 Dementia Research Group study. *Age Ageing*. 2017;46(6):932-9.
24. Szybalska A, Broczek K, Puzianowska-Kuznicka M, Slusarczyk P, Chudek J, Skalska A, et al. Self-rated health and its association with all-cause mortality of older adults in Poland: The PolSenior project. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018;79:13-20.
25. Braga SFM, Souza MC, Oliveira RR, Andrade EIG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Patient survival and risk of death after prostate cancer treatment in the Brazilian Unified Health System. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:46.
26. Houston KA, King J, Li J, Jemal A. Trends in prostate cancer incidence rates and prevalence of prostate specific antigen screening by socioeconomic status and regions in the United States, 2004 to 2013. *J Urol*. 2018;199(3):676-82.
27. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(Suppl 1):1-10.
28. Miller KD, Nogueira L, Mariotto AB, Rowland JH, Yabroff KR, Alfano CM, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2019. *CA Cancer J Clin*. 2019;69(5):363-85.
29. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Câncer de pele [Internet]. Rio de Janeiro: SBD; 2017 [acesso em 11 ago. 2020]. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/cancer-da-pele/64/>.
30. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Conheça a Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele [Internet]. Rio de Janeiro: SBD; 2017 [acesso em 12 ago. 2020]. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/dezembroLaranja/noticias/conheca-a-campanha-nacional-de-prevencao-ao-cancer-da-pele/>.
31. Castro DSP, Lange C, Pastore CA, Carreira L, Pinto AH, Casagrande LP. Câncer de pele em idosos rurais: prevalência e hábitos de prevenção da doença. *Saúde Pesqui*. 2018;11(3):495-503.
32. Williams GR, Mackenzie A, Magnuson A, Olin R, Chapman A, Mohile S, et al. Comorbidity in older adults with cancer. *J Geriatr Oncol*. 2016;7(4):249-57.
33. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Causas e prevenção. O que causa o câncer? [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018 [acesso em 12 ago. 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/o-que-cao-cancer>.
34. National Cancer Institute. Definitions, Statistics and Graphs. Definitions [Internet]. Bethesda: NCI; 2014 [acesso em 2020 ago. 12]. Disponível em: <https://cancercontrol.cancer.gov/ocs/statistics/definitions.html>.
35. Assis CMRB, Melo HMA, Melo EMA, Kitner D, Costa Júnior JI. Oncologia geriátrica: conceitos, tendências e desafios. *Geriatr Gerontol Aging*. 2011;5(2):106-11.