

A busca pela cura do câncer de mama: deveríamos começar tudo de novo?

The search for the breast cancer cure: shall we start all over again?

Editorial

O câncer de mama é a neoplasia maligna que mais afeta a mulher nos dias atuais. Era uma doença de baixa incidência há algumas décadas. No ano de 1975, a taxa de incidência era de 105/100.000 mulheres/ano nos Estados Unidos. Essa razão foi aumentando gradativamente e, hoje, atinge uma taxa bruta de 126/100.000 mulheres/ano naquele país, um aumento de 19,5%¹. Em todo o mundo, foram registrados 1,6 milhão de casos da doença com 522 mil mortes no ano de 2012. A proporção de mortes por casos novos é da ordem de 24,9% em países mais desenvolvidos e atinge 36,7% em países menos desenvolvidos onde, atualmente, se concentra mais da metade de todos os casos diagnosticados em todo o mundo². Esses dados demonstram que os esforços e gastos com o desenvolvimento de novas terapias para a doença não têm sido a melhor estratégia para redução da mortalidade pela doença.

Não só a incidência de câncer de mama, mas das neoplasias malignas em geral, está aumentando em todo o mundo. Existe uma relação direta entre o desenvolvimento socioeconômico e o aumento da incidência da doença. Nas populações rurais da África e Ásia, bem como do Brasil, a incidência da doença é drasticamente inferior à incidência em regiões altamente desenvolvidas². Essa observação epidemiológica é o mais forte indício de que fatores ambientais introduzidos ou criados pelo próprio homem e mudanças no estilo e hábito de vida deveriam ser os principais alvos de investigação científica e abordagem preventiva.

O congresso anual da *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) é o maior evento de Oncologia do mundo. No ano de 2013, 32.200 pessoas foram registradas no evento, sendo 26.400 profissionais da saúde. Em 2012, tive a oportunidade de participar do evento e algo me chamou a atenção. A primeira sessão a que assisti tinha o título “*Controversies in the adjuvant treatment of breast cancer*”. Estava completamente lotada. A primeira aula foi “*Vexing issues in antiestrogen therapy in the adjuvant setting: choice of agents, duration of therapy, and ovarian suppression*”. Naquele dia, fiz algumas anotações transcritas aqui: “Dr. Stephen Johnston discutiu a terapia hormonal: escolha da melhor droga, duração do tratamento e supressão ovariana. O ponto principal da palestra foi que ainda não sabemos quais são os pacientes que realmente irão se beneficiar do tratamento. Ou seja, os fatores de predição que conhecemos são insuficientes”. A terapia antiestrogênica foi introduzida como tratamento adjuvante na década de 1980. São mais de 20 anos de experiência clínica com a droga e ainda não temos certeza de quem realmente se beneficia do tratamento.

Correspondência

Daniel Guimarães Tiezzi
Avenida Bandeirantes, 3.900
CEP: 14049-900
Ribeirão Preto (SP), Brasil

Recebido

15/05/2014

Aceito com modificações

03/06/2014

DOI: 10.1590/S0100-720320140005043

¹Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil. Divisão de Mastologia e Ginecologia Oncológica, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

A segunda sessão tinha o título “*A fresh look at ductal carcinoma in situ: basic science to clinical management*”. O carcinoma ductal *in situ* (CDIS) é uma lesão precursora do carcinoma invasor e mulheres com o diagnóstico de uma lesão como esta têm um risco muito elevado de virem a ser diagnosticadas com uma lesão invasora no futuro. O CDIS é uma lesão potencialmente tratável e a ressecção cirúrgica da lesão reduz drasticamente o risco de uma nova lesão invasora. As duas sessões ocorreram no mesmo anfiteatro. Quando a segunda sessão começou, não havia mais do que 100 pessoas assistindo. Essa observação pessoal pode ser validada pelos registros da ASCO. No ano de 2013, o levantamento realizado entre os profissionais de saúde mostrou que apenas 2% dos participantes tinham seu principal interesse na área de Prevenção do Câncer e Epidemiologia³.

Os investimentos científicos na prevenção do câncer também são pouco representativos. Para se ter uma ideia, a *American Cancer Society* investiu, no ano de 2012, quase 120 milhões de dólares em pesquisa do câncer. Cerca de metade do investimento foi para as áreas de biologia tumoral e tratamento. Apenas 5,9% desse valor foram destinados para pesquisa na área de prevenção⁴. No Estado de São Paulo, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) investiu cerca de 300 milhões em pesquisa na área de saúde em 2012. Em uma busca no *site* <http://www.bv.fapesp.br/pt/> (20 de maio de 2014) utilizando os termos “prevenção doenças” e “câncer prevenção”, entre 129 auxílios à pesquisa em andamento, apenas 3 projetos estavam relacionados com a prevenção do câncer.

Com os avanços tecnológicos do final do século passado, a última década foi marcada pelo grande avanço no desenvolvimento de terapias-alvo para o câncer. O desenvolvimento desses novos medicamentos é altamente oneroso. O valor estimado para desenvolver uma droga e aprová-la na *Food and Drug Agency* (FDA) nos Estados Unidos é da ordem de 1 bilhão de dólares. Os Doutores Graber e Goldman, no livro *Coping with Methuselah: the impact of Molecular Biology on Medicine and Society*, publicado em 2004, já reportam que o rápido aumento no custo de novas intervenções médicas irá cursar com dois efeitos compensatórios: o aumento da necessidade de seguros de saúde com o aumento do custo dos seguros. Como resultado, os seguros de saúde serão restritos às pessoas mais abastadas, o que irá saturar o sistema de saúde público⁵. Esse cenário pode levar a problemas éticos baseados na falta de acesso aos novos tratamentos da doença. Estamos vivendo esse cenário no momento. O alto custo das terapias-alvo para o câncer inviabiliza o seu uso pela grande maioria da nossa população. O sistema público de saúde não disponibiliza de boa parte dessas novas drogas. Os cidadãos brasileiros, no seu direito à assistência integral à saúde, naturalmente têm utilizado o poder judiciário para aquisição dos novos tratamentos. A decisão judicial impõe ao governo o investimento na droga para aquele cidadão, o que gera aumento no custo da saúde pública. Estamos dentro de uma imensa “bola de neve”. Nossos gestores em saúde devem tomar providências para reverter a situação. O investimento no desenvolvimento de novas drogas, certamente, não é a solução. O cenário global da “busca pela cura do câncer” vem desviando a atenção das medidas básicas de prevenção primária da doença que, dentro da conjuntura atual, seriam uma medida razoável para minimizar os efeitos futuros dos avanços tecnológicos do nosso presente.

Referências

1. National Cancer Institute [Internet]. Trends in SEER incidence and U.S. mortality. [cited 2014 Jun 04]. Available from: <http://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2010/>
2. Breast Cancer [Internet]. Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. [cited 2014 Jun 04]. Available from: <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>
3. American Society of Clinical Oncology Annual Meeting [Internet]. 50th Annual Meeting. 2013 Attendee Demographics [cited 2014 Jun 04]. Available from: <<http://am.asco.org/2013-attendee-demographics>>
4. Current Investment by Areas of Research. Extramural and intramural investment by areas of research, FY 2012. [cited 2014 Jun 04]. Available from: <<http://www.cancer.org/research/currentlyfundedcancerresearch/investment-by-research-areas>>
5. Graber AM, Goldman DP. The changing face of health care. In: Aaron HJ, Schwartz WB, editors. *Coping with Methuselah: the impact of Molecular Biology on Medicine and Society*. Washington (DC): The Bookings Institution; 2004. p. 105-25.