



Oncologia Moderna: Necessidade da Quebra de Paradigmas, Pré-conceitos e da Estagnação

Modern Oncology: Needs of Breaking Paradigms, Prejudice and Stagnation

Prof. Dr. Harley Francisco de Oliveira¹
Prof. Gerson Hiroshi Yoshinari Júnior²
Dr. Antônio César Mendes Santiago³

¹ Doutor em Medicina pela USP, Médico Rádio-oncologista com formação no INCA, Professor de Radioterapia da USP e Responsável pelo setor de Radio-Oncologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, membro da Sociedade Brasileira de Radioterapia – CBR/SBRT, ESTRO e ASTRO. Atualmente membro da diretoria da Sociedade Brasileira de Radioterapia.

² Bacharel em Engenharia de Controle e Automação pela Universidade Federal de Itajubá, Rádio-oncologista pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - USP. Professor da disciplina de Clínica Médica, especialidade Oncologia, da Faculdade de Medicina de Itajubá.

³ Médico oncologista clínico com formação no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Membro da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). Membro da equipe de oncologia clínica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Correspondência:

Gerson Hiroshi Yoshinari Júnior
Rua: Miguel Viana, 420. Morro Chic.
CEP 37500-080. Itajubá – MG
Email: yoshinari.rtx@gmail.com
(35) 3629-7600

O câncer engloba uma vasta gama de neoplasias sólidas e não sólidas que possuem a capacidade de invadir tecidos adjacentes e potencial de disseminação à distância. É uma doença devastadora: representa uma patologia carregada de estigma social, com uma carga negativa bastante elevada na grande maioria das vezes, afetando todos os aspectos da vida dos pacientes bem como daqueles com quem convivem (familiares, amigos, cuidadores, etc.). É uma doença secular: as primeiras descrições remetem à Grécia antiga, onde foi descrito como uma doença semelhante a um caranguejo, *karkínos*, provavelmente devido sua característica infiltrativa em casos mais avançados, porém sua origem dá-se juntamente à origem da própria espécie. É uma doença democrática: salvo alguns casos onde os fatores de risco são bem conhecidos e podem ser evitados, o câncer não privilegia uma ou outra esfera social, limite geográfico, religião ou outro fator ambiental/social.

O câncer é hoje a segunda causa de morte no país e no mundo, somente superado pelas doenças cardiovasculares; mais significativo ainda do que sua posição como causa de morte é o crescimento dessa taxa ao longo das últimas décadas e indícios evidentes de que continuará a crescer. As causas dessa impressionante mudança do perfil nosológico do Brasil, acompanhando uma tendência mundial, são em parte conhecidas. Em primeiro lugar, a melhoria das condições de vida e de saneamento básico, a crescente urbanização, a aplicação de medidas preventivas eficientes no controle de doenças infectocontagiosas, entre outros, contribuíram para uma redução significativa das doenças infecciosas e parasitárias. Por outro lado, estas mesmas causas produziram um sensível aumento da expectativa de vida, de 34 anos em 1.900 para 64 anos em 1980. A redução da mortalidade, principalmente nas faixas etárias mais elevadas (acima de 60 anos) e a diminuição da fecundidade resultaram em um aumento relativo e absoluto da população de idosos. De 1.900 a 2.025 a população brasileira terá sido multiplicada por cinco e o segmento de pessoas com mais de 60 anos terá o seu número multiplicado por quinze, fazendo com que em 2.025 a população de brasileiros com mais de 60 anos ultrapasse 13% da população, ou seja, um contingente de mais de 33 milhões de pessoas.

Essas mudanças são as principais responsáveis pela proeminência crescente das doenças comuns na velhice, entre elas as doenças cardiovasculares, metabólicas e oncológicas. No caso do câncer, fatores ambientais têm contribuído para aumento de sua incidência. Segundo a Organização Mundial de Saúde, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2005, o câncer foi responsável por 7,6 milhões, o que representou 13% de todas as mortes. Os principais tipos de câncer com maior mortalidade foram: pulmão (1,3 milhão); estômago (cerca de 1 milhão); fígado (662 mil); cólon (655 mil); e, mama (502 mil). No Brasil, para o ano de 2014, estimou-se 302.350 casos novos para o sexo masculino e 274.230 para o sexo feminino, totalizando 576.580 casos novos de câncer. Dados atuais mostram que o número global de mortes por câncer aumentará em 45% de 2007 até 2030 (de 7.9 milhões para 11.5 milhões de mortes), influenciado em parte pelo aumento e envelhecimento da população global.

Merece ainda atenção especial o fato de que enquanto outras causas de morte importantes, como as doenças cardíacas e vasculares, têm respondido a medidas preventivas, de modo que suas incidências vêm de fato se reduzindo ao longo dos últimos anos, para o câncer a evolução é no sentido contrário.

No que tange o Estado de Minas Gerais, de acordo com as perspectivas do Instituto Nacional do Câncer – INCA, em 2014 surgiram 61.530 casos novos de câncer. Ao extrapolarmos estes dados para a macrorregião sul, com 2.750.000 habitantes, estes dados apontam para 5.252 casos novos por ano. Se cerca de 70% necessitarão tratamento de quimioterapia e 60% de radioterapia, são 6.827

pacientes por ano que necessitarão de um ou outro tratamento complementar. Falamos então de 560 pacientes novos necessitando tratamento por mês, sem contar procedimentos cirúrgicos. Para a microrregião de Itajubá (com seus 195 mil habitantes) estima-se o surgimento de 372 casos novos de câncer por ano, perfazendo uma população de 483 pacientes/ano que necessitarão de quimioterapia ou radioterapia.

São números que assustam e nos direcionam no sentido de prover uma estrutura adequada que ofereça atendimento de qualidade a estes pacientes.

O atual paradigma da atenção ao câncer advoga um esforço não apenas nas ações curativas, porém também àquelas que tangem a prevenção primária, melhora dos métodos diagnósticos, os cuidados paliativos precoces e assistência à fase final de vida.

Ações em prevenção primária são realizadas através de campanhas de conscientização à população quanto à importância de uma vida saudável e sobre fatores de risco para tumores específicos. Somam-se a estas ações as pesquisas que objetivam a identificação de fatores de proteção e risco para o desenvolvimento das neoplasias, recentemente com destacada importância para os fatores epigenéticos.

A evolução dos métodos diagnósticos já revolucionou a atenção ao câncer uma vez, através da obtenção de imagens de excelente qualidade, aumentando sensibilidade e especificidade dos métodos. A nova fronteira em exploração aborda as imagens funcionais, com aprimoramento dos métodos e maior entendimento de seus resultados. Porém, recentemente, os maiores avanços concentram-se na identificação de alterações moleculares relacionadas ao câncer. Estas

alterações propiciariam um diagnóstico antes que o “genótipo” se apresente como “fenótipo”, ou seja, antes que a doença torne-se clinicamente relevante. Testes genéticos (como o *Oncotype Dx*®, análise de instabilidade de microssatélites para tumores de cólon, entre outros) e pesquisas na área de biópsia líquida integram este ramo do diagnóstico, que, apesar de terem sua importância na prática clínica ainda em avaliação, são para onde os maiores esforços na pesquisa têm convergido. Diagnóstico precoce significa tratamento em fases iniciais da doença, reconhecendo o fator que mais influencia no prognóstico da grande maioria dos tumores.

No que tange o tratamento, o antigo paradigma de três pilares constituídos por cirurgia, quimioterapia citotóxica e radioterapia ganhou, nas últimas décadas, com o advento dos anticorpos monoclonais, mais dois pilares: a terapia-alvo e a imunoterapia. Estas duas últimas com grande destaque, ocupando um espaço cada vez maior nos atuais protocolos de tratamento. Exemplo disso é a *Cancer MoonShot 2020 Initiative*, iniciativa norte-americana que pretende atacar 20 tipos de câncer e promover a cura dos mesmos até 2020, baseado na imunoterapia. Apesar de animador, é importante manter um ceticismo sadio: já foi feita afirmação semelhante em meados dos anos 50, que se mostrou demasiadamente otimista.

Os cuidados paliativos tem ganhado um papel de destaque no acompanhamento do paciente oncológico, com acolhimento pela equipe especializada em momentos mais precoces da história natural da doença. Antigos atrasos no encaminhamento eram muitas vezes motivados pela própria equipe médica, devido receio de estar “desistindo do doente” ou até mesmo

desconhecimento da atuação dos cuidados paliativos na atenção ao paciente. Pela moderna definição segundo a Organização Mundial da Saúde de 2002, cuidado paliativo é a abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Entre seus princípios está a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Percebemos que não há qualquer menção à terminalidade, pacientes fora de possibilidade terapêutica ou outros antigos conceitos arraigados aos cuidados paliativos. Sabe-se que a introdução precoce dos cuidados paliativos no trato do paciente melhora a qualidade de vida e diminui os custos relacionados ao tratamento.

Inexoravelmente, todos os pacientes evoluirão para o óbito, que deve ser entendido como um processo natural da vida. O acompanhamento oncológico deve orientar pacientes e pessoas relacionadas, respeitar individualidades, evitar procedimentos e intervenções desnecessárias para que o processo de morrer seja enfrentado com dignidade. A morte também não deve significar o fim do suporte da equipe: esta deve estar disponível sempre, auxiliando, orientando e tendo uma atitude empática para com os familiares.

Essa revolução na abordagem do paciente oncológico propiciou um aumento progressivo nas taxas de cura, porém talvez o maior impacto desta abordagem longitudinal e holística seja um aumento sem precedentes na sobrevivência de pacientes oncológicos, e o mais importante, com qualidade de vida. Antes sinônimos de mortes iminentes, atualmente pacientes oncológicos

conseguem taxas de sobrevida inimagináveis há 30 anos, com qualidade de vida preservada. A abordagem deve envolver não só ao paciente mas a todos os envolvidos no processo da doença: um estudo recente mostrou que um cuidador com suporte adequado aumenta a sobrevida do paciente cuidado, denotando como é importante não restringir a atenção apenas ao doente.

Apesar dos volumosos investimentos até o momento empregados mundialmente, o câncer é um problema crescente e que se agrava. Novas tecnologias aumentaram consideravelmente os gastos com acompanhamento oncológico, colocando-se em xeque a custo-efetividade de muitos tratamentos ou procedimentos. Sabendo-se que os recursos são escassos e as necessidades infinitas, o uso otimizado dos recursos mostra-se fundamental para a viabilidade de sistemas de saúde, não negligenciando terapêuticas indispensáveis, porém promovendo seu uso racional. Instituem-se neste assunto vários dilemas éticos e de saúde pública, que ainda carecem de análise e discussão mais aprofundados.

Todos esses progressos determinaram modificações profundas na inserção do ensino de oncologia nas escolas médicas e outros cursos

relacionados, nas prioridades de pesquisa na área saúde e na organização dos serviços que atendem a pacientes oncológicos em grandes hospitais terciários.

Tiveram, também, reflexos na interação dos hospitais terciário com os outros níveis de serviços de saúde (primário, secundário, prefeituras). Finalmente, pelo impacto que a doença provoca na vida do paciente e da família, pelas características do atendimento ao paciente crônico, pela perda funcional que acarreta com conseqüente necessidade de reabilitação e educação de pacientes e familiares, o ensino, a pesquisa e o atendimento devem ter características de integração multiprofissional.

Vivemos uma época de grandes mudanças na abordagem ao paciente oncológico. O profissional, serviço, município, cidade ou nação que não estiver atento a essas mudanças e não se adequar a elas deixará de dar o melhor cuidado ao seu paciente. Apesar de toda a celeuma envolvendo o juramento hipocrático, uma cláusula é pétreia:

“Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar danos ou mal a alguém”.

Correspondência: Gerson Hiroshi Yoshinari Júnior. Rua: Miguel Viana, 420. Morro Chic. Itajubá – MG. CEP 37500-080. Email: yoshinari.rtx@gmail.com (35) 3629-7600