

A transcendência do câncer (ou dos cânceres): algumas possíveis lições do caso fosfoetanolamida

Paulo Andrade Lotufo¹

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

SERIA O INÍCIO DE UM CONTO DO REALISMO FANTÁSTICO OU REALISMO MÁGICO

Tal como um raio em céu azul, a cura do câncer foi descoberta no Brasil no segundo semestre de 2015. Tal proeza foi obra de um professor de química com currículo acadêmico bem modesto, cuja área de atuação, segundo ele, seria “resina de mamona, óleo essencial e resinas poliuretanas”. Aguarda-se o anúncio da Academia de Ciências da Suécia do primeiro prêmio Nobel a um brasileiro.

MAS... ERA A MAIS PURA E DURA REALIDADE

O mundo somente teve conhecimento de que uma substância denominada fosfoetanolamida seria indicada para tratar o câncer quando a imprensa leiga divulgou a quantidade enorme de ações judiciais contra a Universidade de São Paulo (Instituto de Física de São Carlos) de querelantes exigindo a pílula para tratamento do câncer. Da noite para o dia, um laboratório acadêmico, dirigido por um professor com trajetória alheia à oncologia ou à farmacologia, foi equiparado a uma planta industrial moderna e segura de fármacos de última geração. Da noite para o dia, os cânones universais da pesquisa clínica foram igualados

à pregação de um vendedor de feira livre empurrando raízes medicinais. Da noite para o dia, o edifício da ética em pesquisa com humanos, construído com enorme dificuldade em décadas, se converteu em uma tenda com uma quiromante predizendo o futuro de incautos.

Nas “redes antissociais” tornou-se voz corrente que a fosfoetanolamida é um verdadeiro milagre e que médicos coniventes com a indústria farmacêutica estariam boicotando a excepcional descoberta do pesquisador de São Carlos, que além do Nobel, talvez merecesse a beatificação, porque não a canonização. Marqueteiros, sempre eles, instruíram governadores de Estados, deputados e senadores que a manifestação favorável à “pílula do câncer” seria muito popular e traria dividendos eleitorais. Para formalizar essa enorme tragédia, o Congresso Nacional aprovou a sua disponibilização em março de 2016. Ao mesmo tempo em que os primeiros testes (financiados pelo Ministério de Ciência e Tecnologia) mostravam que, *in vitro*, nem o peso referido pelo pesquisador conferia com o identificado na análise inicial. A presidente da República aprovou a lei a despeito de parecer contrário da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Para documentação histórica, será importante lembrar que, no meio dessa loucura, houve aqueles que mantiveram a sanidade, como médicos, farmacêuticos, cientistas, jornalistas especializados, associações profissionais, como esta Associação Paulista de Medicina, com manifestação expressamente

¹Professor titular de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Presidente da Câmara de Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Diretor Científico da Associação Paulista de Medicina 2014-17. Editor das revistas São Paulo Medical Journal e Diagnóstico & Tratamento.

Endereço para correspondência:

Paulo Andrade Lotufo

Centro de Pesquisa Clínica e Epidemiológica, Hospital Universitário, Universidade de São Paulo

Av. Prof. Lineu Prestes, 2.565

Butantã — São Paulo (SP) — Brasil

Tel. (+55 11) 3091-9300

E-mail: palotufo@hu.usp.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesses: nenhum declarado

contrária à “pílula do câncer”. O mesmo se diga de dois atores importantes, mas que ficaram impotentes em todo esse processo: a já citada Anvisa e a Reitoria da Universidade de São Paulo (USP). A lei, sancionada pela Presidência da República, significaria o início do fim dos princípios de “autoridade sanitária” e “autonomia universitária”, mas o caso foi salvo pelo Supremo Tribunal Federal, que considerou inconstitucional a lei por não garantir o princípio da tutela da saúde pelo estado. Não caberá, neste espaço, discutir o porquê do sucesso dos milagreiros e impostores da vida eterna em pleno século XXI.

Uma questão importante e relevante no momento é refletir sobre equívocos e lugares comuns que, médicos e acadêmicos, muitas vezes por hábito, acabamos repetindo e, que permitem que credices relativas ao câncer encontrem terreno fértil para crescer e se disseminar.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CÂNCER: O “INIMIGO EXTERNO” E A “CORRUPÇÃO”

O livro de Susan Sontag, com o título “A Doença com Metáfora”, foi escrito após a autora se tratar de um câncer de mama. Ela faz um paralelo da construção social do câncer no século XX com a tuberculose no século XIX.¹ Duas metáforas relativas ao câncer são frequentes na obra, e explicam como uma doença desencarna do terreno da ciência para o espaço da magia.

A primeira metáfora a ser assinalada é aquela que associa o câncer a um inimigo externo. Nos Estados Unidos, ninguém morre de câncer, mas “ele ou ela morreu após anos lutando contra um câncer”. Destaque para “lutando”. Aqui, também se adotou essa terminologia exclusiva às neoplasias malignas. A imprensa não noticia morte de alguém que “lutou contra o enfisema ou a insuficiência cardíaca”, mas que “morreu lutando contra o câncer”, às vezes com advérbios, “bravamente”, “estoicamente”. A segunda metáfora é designar a corrupção como um câncer. Por mais que uma pessoa, partido político ou empresa atue ilegalmente com práticas corruptas, a metáfora, “um câncer que corrói as instituições democráticas” é repetida diuturnamente. Corrupto é corrupto, uma questão moral. Ser portador de um câncer nada tem a ver com a moral e a ética. Considerar uma doença como inimigo externo ou exemplo de atividade criminosa é um artifício da retórica que justificaria a transcendentalidade do câncer comparado às demais doenças. Ou talvez, o artigo indefinido seria mais adequado aqui: “...de um câncer comparado às demais doenças”.

CONCEITOS E ERROS REPETIDOS POR MÉDICOS E PESQUISADORES

Médicos e pesquisadores não somente não criticamos o uso metafórico da doença e, ainda mais, colaboramos em

criar uma imagem mágica e irreal do câncer, como se a ciência, a medicina e saúde pública nada fizeram, décadas a fio, para prevenir, diagnosticar e tratar o câncer. Vamos citar seis erros frequentes:

- 1. O câncer é a doença que mais mata! Errado.** No imaginário popular, segundo pesquisa do Datafolha divulgada na *Folha de S.Paulo* 60% da população acha que o câncer é a principal causa de morte no país.² As estatísticas oficiais, no entanto, mostram que mortalidade por neoplasias malignas (15%) é a metade da provocada pelas doenças do aparelho circulatório (30%).*
- 2. A mortalidade por câncer irá superar as doenças cardiovasculares. Errado.** O culpado pela disseminação dessa afirmativa foi o Center for Disease Control and Prevention (CDCP) dos Estados Unidos.³ Os autores do CDCP compararam todas as neoplasias (23,3% dos óbitos) com as doenças do coração (24,2), mas não com a totalidade do capítulo das doenças do aparelho circulatório, que representavam 32% do total de óbitos naquele ano nos Estados Unidos.
- 3. O câncer é inevitável e não prevenível. Errado.** As curvas de incidência e de mortalidade mostram que a maioria dos cânceres tem apresentado taxas decrescentes com o correr do tempo.⁴ Desde os estudos de Ernst Wynder, em 1950, associando o tabagismo ao câncer,⁵ as políticas públicas de redução do consumo de cigarro tiveram sucesso enorme, principalmente no Brasil.⁶ A mortalidade por câncer de pulmão (que mede muito bem a incidência da doença) encontra-se no Brasil em declínio entre os homens desde 2006.⁶ Além do sucesso da redução do tabagismo nos Estados Unidos e Brasil, há outras duas ações que irão reduzir ao mínimo a incidência de cânceres associados ao papilomavírus (HPV) e à hepatite B: o impacto da redução da circulação do HPV será imenso em geração futura porque ele se associa aos cânceres de colo de útero (99,7% dos casos), ânus (90%), orofaringe (60%), pênis (63%) e vulva e vagina (70%).⁷ Em países com prevalência elevada do vírus B da hepatite, como Taiwan, a introdução da vacina reduziu a incidência em 92% e houve também redução importante na incidência de hepatocarcinomas entre 1977-1980 e 2001-2004.⁸
- 4. O câncer é decorrência inevitável do envelhecimento. Em termos.** A incidência dos cânceres em geral aumenta com a idade, mas com um pico calculado em torno dos 75-90 anos em países com população mais idosa, como a Dinamarca.⁹ Ou seja, dependerá muito da longevidade específica de cada população. No Brasil, sim, o aumento da proporção de idosos irá aumentar o número de casos nas próximas duas décadas.
- 5. Não há tratamento para o câncer. Errado.** Desde Sidney Farber e o uso da aminopterina para leucemia nos anos 1940,¹⁰ o tratamento do câncer, ano após ano, tem reduzido

*Os dados podem ser calculados acessando <http://datasus.saude.gov.br/>

a letalidade dos casos diagnosticados e melhorado a qualidade de vida dos sobreviventes. Tudo isso enredado em tentativas e erros com altas doses de quimioterápicos, transplante de medula para tumores sólidos, imunoterapia, que alcançaram sucesso limitado.¹¹ Apesar de dificuldades e frustrações, dois medicamentos, a herceptina (trastuzumab) para câncer de mama com receptores HER e o imatinibe para leucemia mieloide crônica, tiveram impacto específico tão relevante quanto o início da antibioticoterapia.^{12,13} O tamoxifeno em uso continuado tornou-se uma intervenção de enorme valia para aumentar a sobrevivência de pacientes com câncer de mama.¹⁴

- 6. A cirurgia para o câncer é mutilante. Errado.** Essa afirmativa dá a impressão de que estamos em 1894, quando Willian Halsted acabou de publicar suas orientações para cirurgia de mama.¹⁰ Hoje, as técnicas cirúrgicas são cada vez mais precisas e as reparações plásticas são quase perfeitas. A mastectomia radical com a retirada da musculatura peitoral foi enterrada no mínimo há 15 anos desde os resultados de longo prazo de Bernard Fisher, embora os dados preliminares tenham sido anteriores à publicação de 2002.¹⁵

NÃO HÁ SINGULARIDADE PARA O CâNCER, MAS SIM DIVERSIDADE EXTREMA

Nas descrições para efeito de apresentação, utilizou-se câncer no singular, como se houvesse essa materialidade em termos clínicos. As diferenças entre as diversas

neoplasias malignas são enormes. De baixa letalidade (basocelular de pele) a alta letalidade (corpo e cauda de pâncreas); com determinante relacionado predominante (pulmão) ou origem genética mais bem definida (leucemias). Falar somente em câncer seria quase o mesmo que juntar todo o conjunto das doenças do aparelho circulatório no rótulo “aterosclerose”.

O PAPEL DAS UNIVERSIDADES E DA IMPRENSA

Finalmente, não há como não responsabilizar as universidades, agências de fomento e seus órgãos de imprensa por dar publicidade exagerada a várias descobertas de seus pesquisadores. Mas esse tema ficará para outro espaço. O caso da fosfoetanolamida para o tratamento do câncer não é o primeiro relacionado à USP. Em 2000 houve processo policial e sindicância administrativa da própria Universidade referente à comercialização da *Pfafia paniculata* por professor da USP.¹⁶ Mas esse fato não trouxe ensinamento no terreno da divulgação científica. Incrível, mesmo com o caso da fosfoetanolamida em seu auge midiático, o *Jornal da USP* reduziu uma pesquisa de interesse, denominada “Ação quimiopreventiva do óleo de pequi em modelos murinos de hepatocarcinoma” em “Óleo de pequi previne câncer de fígado”.^{17,18} A repercussão na internet está sendo grande. Em breve, mais um processo judicial para liberar o óleo de pequi.

E, novamente, nos transportamos da imanência para a transcendência de um câncer.

REFERÊNCIAS

1. Sontag S. A doença como metáfora. Rio: Graal; 2004.
2. Collucci C. Brasileiro acha que câncer mata mais que infarto e AVC. Folha de S. Paulo, 27/11/2013. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2013/11/1377069-brasileiro-acha-que-cancer-mata-mais-que-infarto-e-avc.shtml>. Acessado em 2016 (28 abr).
3. Murphy SL, Xu J, Kochanek KD. Deaths: final data for 2010. Natl Vital Stat Rep. 2013;61(4):1-117.
4. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015;385(9963):117-71.
5. Wynder EL, Graham EA. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma; a study of 684 proved cases. J Am Med Assoc. 1950;143(4):329-36.
6. Malta DC, Vieira ML, Szwarcwald CL, et al. Tendência de fumantes na população Brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013 [Smoking Trends among Brazilian population - National Household Survey, 2008 and the National Health Survey, 2013]. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(supl. 2):45-56.
7. Bailey HH, Chuang LT, duPont NC, et al. American Society of Clinical Oncology Statement: Human Papillomavirus Vaccination for Cancer Prevention. J Clin Oncol. 2016 Apr 11. pii: JCO672014. [Epub ahead of print].
8. Chiang CJ, Yang YW, You SL, Lai MS, Chen CJ. Thirty-year outcomes of the national hepatitis B immunization program in Taiwan. JAMA. 2013;310(9):974-6.
9. Pedersen JK, Engholm G, Skytthe A, Christensen K; Academy of Geriatric Cancer Research (AgeCare). Cancer and aging: Epidemiology and methodological challenges. Acta Oncol. 2016;55 Suppl 1:7-12.
10. Farber S, Diamond LK. Temporary remissions in acute leukemia in children produced by folic acid antagonist, 4-aminopteroyl-glutamic acid. N Engl J Med. 1948;238(23):787-93.
11. Mukherjee S. O imperador de todos os males: uma biografia do câncer. São Paulo: Companhia das Letras; 2012.

12. Davies C, Pan H, Godwin J, et al. Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of oestrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomised trial. *Lancet*. 2013;381(9869):805-16.
13. Romond EH, Perez EA, Bryant J, et al. Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2-positive breast cancer. *N Engl J Med*. 2005;353(16):1673-84.
14. Druker BJ, Guilhot F, O'Brien SG, et al. Five-year follow-up of patients receiving imatinib for chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med*. 2006;355(23):2408-17.
15. Fisher B, Jeong J, Anderson S, et al. Twenty-five-year follow-up of a randomized trial comparing radical mastectomy, total mastectomy, and total mastectomy followed by irradiation. *N Engl J Med*. 2002;347(8):567-75.
16. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Ação Civil Pública - Ministério Público do Estado de São Paulo Processo 0000022-31.2002.8.26.0053 (053.02.000022-0). Casa da Pfaffia Paniculata Farmacia e Produtos Naturais Ltda e outros. *Diário de Justiça do Estado de São Paulo*. 15/01/2013. p. 707-19.
17. Palmeira SM, Silva PR, Ferrão JS, et al. Chemopreventive effects of pequi oil (*Caryocar brasiliense* Camb.) on preneoplastic lesions in a mouse model of hepatocarcinogenesis. *Eur J Cancer Prev*. 2015 Aug 18. [Epub ahead of print]
18. Quinto AC. Óleo de pequi previne câncer de fígado. *Jornal da USP*. XXX (1099); 14 a 20/3/2016. Disponível em: <http://espaber.uspnet.usp.br/jorusp/?p=51683>. Acessado em 2016 (28 abr).