

Mastectomia profilática: reflexões bioéticas

Selma Silva Araújo

Antônio Carlos Rodrigues da Cunha

Volnei Garrafa

A mastectomia profilática é uma cirurgia que retira as mamas para minimizar o risco de incidência do câncer, chegando a alcançar 90% de redução em sua ocorrência. Para este artigo, foi realizada uma pesquisa qualitativa baseada na história de cinco mulheres que tiveram diagnóstico de câncer de mama unilateral e decidiram fazer mastectomia bilateral com reconstrução imediata. A qualidade de vida das pacientes foi avaliada após o procedimento, incluindo uma reflexão bioética sobre esse tipo de intervenção, considerada agressiva e com indicações ainda controversas. Os achados foram analisados contemplando o diagnóstico e a tomada de decisão por esta opção de tratamento, inserindo-se o contexto da qualidade de vida após a cirurgia. Apesar do medo do câncer, que torna as pacientes mais frágeis a ponto de terem a autonomia diminuída, deixando a decisão nas mãos do médico, se concluiu pela avaliação positiva das mesmas com o resultado final do processo.



Selma Silva Araújo

Médica mastologista da secretaria de Saúde do Distrito Federal e pesquisadora da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília (UnB)



Antônio Carlos Rodrigues da Cunha

Professor adjunto (doutor) da Faculdade de Medicina e pesquisador da Cátedra Unesco de Bioética da UnB

Unitermos: câncer de mama, qualidade de vida, bioética, autonomia

Introdução

No imaginário popular, o câncer de mama traz implícita a idéia de medo, além da ansiedade com relação à alteração da imagem corporal (mutilação), à função materna, à vida sexual e social. A decisão no sentido de estabelecer mastectomias profiláticas em mulheres com este problema envolve uma série de implicações éticas. Por outro lado, a identificação de mulheres com alto risco para desenvolver câncer ao longo de suas vidas permite uma atuação afirmativa tanto no âmbito da prevenção quanto na detecção precoce da doença. O objetivo do presente trabalho foi apreender o grau de qualidade de vida de mulheres com alto risco para desenvolver câncer de mama e que decidiram se submeter à mastectomia profilática bilateral. O estudo, do tipo qualitativo, tomou como base a história de cinco mulheres mastectomizadas profilaticamente.



Volnei Garrafa

Professor titular, coordenador da Cátedra Unesco de Bioética da UnB e presidente do Conselho Diretor da Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da Unesco – Redbioética

Marco referencial – apresentação do problema

O câncer de mama é, provavelmente, o mais temido pelas mulheres, em virtude de sua alta incidência e dos efeitos psicológicos que afetam tanto a percepção da sexualidade como a própria imagem corporal. É relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. No Brasil, é o que mais causa morte entre as mulheres. Dos 472.050 novos casos de câncer com previsão de serem diagnosticados em 2006, o de mama é o segundo mais incidente entre a população feminina, sendo responsável por 49.470 novos casos. No Distrito Federal (DF), a estimativa para 2006 é de 660 novos casos, segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (1).

“Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimenta cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas. Neste sentido, saúde/doença importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário: ambas são reais em suas conseqüências. Portanto, com os dados operacionalizáveis e o conhecimento técnico-científico, qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deve atentar para os valores, atitudes e crenças dos grupos a quem ela se dirige”. (2)

Uma das crenças ainda muito arraigadas em nossa sociedade é a de que a morte por câncer deve ser obrigatoriamente acompanhada de dor, sofrimento, sem possibilidade de autonomia dos pacientes, ilustrando a morte do século XX, a “morte interdita, oculta, vergonhosa”, como diz Ariès (3). O homem foi roubado do seu processo de morrer, de sua possibilidade de decisão, da autonomia e do controle da própria vida (4).

O câncer de mama traz a idéia de incurabilidade da doença e o medo da morte com sofrimento intenso,

além, como já dito, da ansiedade em relação à alteração da imagem corporal (mutilação), função materna, vida sexual e social. A mastectomia profilática ou redutora do risco de câncer de mama consiste na retirada das duas mamas com os mesmos limites anatômicos da mastectomia terapêutica, para prevenir a futura ocorrência de malignidade nas pacientes de alto risco (5). Atualmente, o procedimento mais utilizado é a adenomastectomia subcutânea bilateral, que consiste na retirada apenas das glândulas, preservando-se a pele e o complexo aréolo-papilar, quando possível, com a reconstrução imediata através de prótese ou de músculos de outra região do corpo. Esta técnica – indicada para mulheres com risco aumentado de câncer de mama – tem maior aceitabilidade porque diminui o impacto da mutilação e traz melhor resultado estético (5).

A mulher que nunca teve câncer de mama opta pela mastectomia bilateral para evitar o câncer. Já a mastectomia profilática contralateral é feita naquelas mulheres que tiveram câncer em uma das mamas e, mesmo que o tratamento conservador pudesse ser realizado, retiram as duas mamas. O interesse na mastectomia profilática como meio de reduzir o câncer de mama é alto entre as pacientes e seus médicos, principalmente com relação tanto à mama contralateral não afetada após o tratamento de um primeiro câncer como à parte preservada da mama que apresentou o câncer (6).

É importante identificar as mulheres com alto risco de desenvolver câncer ao longo de suas vidas, o que propicia atuar tanto na prevenção quanto na detecção precoce da doença. Não

existe uma forma de prevenção completa, mas a mastectomia profilática é considerada a mais eficaz porque reduz em 90% a chance de a paciente desenvolver câncer. Não se consegue 100% – por mais radical seja o procedimento – porque pequenas quantidades de tecido mamário permanecem sob a pele (5). Como fatores de alto risco, são apontados: antecedente familiar de primeiro grau com câncer de mama na pré-menopausa, hiperplasia atípica ou neoplasia lobular não-invasiva em cirurgias anteriores, mutações dos genes BRCA 1 e 2, dentre outros (7).

Existem modelos para a determinação do risco nas mulheres com probabilidade de desenvolver câncer de mama (8). Conforme Veronesi (7), em 1989 Gail desenvolveu um modelo matemático de cálculo de risco e probabilidade de desenvolver a doença nos próximos 10 a 30 anos utilizando as seguintes variáveis: idade na consulta, idade da primeira menstruação, idade na primeira gravidez a termo, número de parentes de primeiro grau com câncer de mama, número de biópsias precedentes na mama e diagnóstico histológico de hiperplasia atípica (lesão de risco). Para este modelo, o mais válido na avaliação do risco das mulheres anualmente submetidas à mamografia e sem história familiar importante, são definidos como de alto risco os resultados iguais ou superiores a 1,6% (7).

A avaliação precisa do câncer de mama, quer nas mulheres assintomáticas quer nas com câncer de mama unilateral, é importante para a detecção e prevenção bem sucedidas e escolha das estratégias profiláticas. Essas estratégias incluem as medidas de rastreamento – com

vistas à detecção precoce (por meio de auto-exame mensal, exames médicos anuais ou semestrais, com início aos 25 anos de idade, e mamografias anuais a partir de 40 anos) – e as medidas de prevenção, como a ooforectomia profilática, a quimioprevenção (uso de citrato de tamoxifeno por 5 anos) e a mastectomia profilática (6). Como nenhuma dessas opções é totalmente eficaz, o problema é bastante complexo e existem vários questionamentos sobre os potenciais benefícios de cada uma.

Um estudo de Hartmann *et al* (9) avaliou a eficácia da mastectomia profilática em mulheres com história familiar de câncer de mama. Com um universo de mais de 600 mulheres com risco moderado e alto de desenvolver a doença, esses autores demonstraram que a mastectomia profilática reduziu o risco de câncer de mama no grupo de alto risco em pelo menos 90% e a mortalidade a ele relacionada em 81% no grupo de alto risco e 100% no de risco moderado.

Schrag e colaboradores (10) estudaram a predição de benefícios da cirurgia profilática em portadoras de mutação genética, criando um modelo de redução de 85% no risco de câncer de mama por portadores submetidos à mastectomia profilática. Herrinton *et al* (11), no período de 1979 a 1999, estudaram 50 mil mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Dessas, 1 072 (1,9%) fizeram mastectomia profilática contralateral. O tempo mediano de seguimento foi de 5,7 anos desde o diagnóstico. Ajustados os fatores de risco para câncer de mama, o risco de câncer de mama contralateral nas mastectomizadas profilaticamente foi de

0,03 e as relações entre mastectomia profilática e morte por câncer de mama, morte por outras causas e mortalidade geral foram de 0,57 (intervalo de confiança [IC] de 95% – 0,45 a 0,72), 0,78 (IC de 95% – 0,57 a 1,06) e 0,60 (IC de 95% – 0,50 a 0,72), respectivamente. Os autores acreditam que a mastectomia profilática contralateral parece proteger as pacientes do desenvolvimento do câncer de mama contralateral, embora na coorte estudada as que se submeteram a essa intervenção apresentaram menor mortalidade por todas as causas.

Contrapondo-se aos estudos que efetivamente confirmam que a mastectomia profilática diminui significativamente a incidência de câncer de mama, o custo deste benefício é o grande número de mastectomias realizadas em mulheres que não iriam desenvolver a doença (12). Portanto, a indicação deste procedimento deve ser muito bem avaliada, respeitando os princípios bioéticos da beneficência, não-maleficência e autonomia. De acordo com Hans Jonas, faz-se necessário impor limite e freios a partir de um novo conceito de responsabilidade aos ilimitados poderes que o homem alcançou com os conhecimentos científicos. O médico é o profissional responsável por fornecer as orientações que a paciente necessita para decidir seu tratamento – tendo muitas vezes grande influência nesta decisão (13).

“Ser responsável é ser sujeito de ações que podem dar-se num sentido de benevolência para com a natureza e os outros seres ou num sentido de agressão e submissão. A responsabilidade mostra o caráter ético da pessoa. Ela escuta o apelo da realidade e dá uma resposta

sempre qualificada: negativa, positiva ou de qualquer outra forma. Desta capacidade de resposta nasce a responsabilidade” (14).

Há poucos estudos na literatura que investigam as relações existentes entre a mastectomia profilática para câncer de mama e a qualidade de vida das mulheres submetidas a este procedimento (6). Por ser radical e agressivo, com repercussões importantes para a mulher, sua indicação deve ser cuidadosamente avaliada de acordo com o risco de desenvolvimento de câncer, segundo modelos estabelecidos. Por outro lado, a mastectomia profilática implica maiores benefícios em relação à sobrevivência e ao custo financeiro (comparado ao tratamento do câncer) e tem a melhor eficácia de prevenção dentre as demais opções (quimioprevenção, seguimento) (5). Ante a indicação deste procedimento cirúrgico, é importante que o médico, para tomar a decisão apropriada em relação à conduta a seguir, visando evitar problemas ético-morais nas pessoas envolvidas no processo, faça uma detalhada avaliação da repercussão da mastectomia nos níveis psicológico, funcional, social e sexual da paciente.

O objetivo geral do presente trabalho foi apreender o grau de qualidade de vida de mulheres com alto risco para desenvolver câncer de mama, portadoras de câncer unilateral e que poderiam fazer o tratamento conservador mas que se submeteram à mastectomia profilática bilateral. Tem ainda os seguintes objetivos específicos: (1) identificar o perfil socioeconômico, educacional e biopsíquico dessas mulheres; (2) permear as nuances de fragilidade das mulheres frente a ameaça à vida represen-

tada pelo câncer de mama; (3) apreender o sentimento imbricado nessas mulheres nos momentos do diagnóstico, da tomada de decisão pela mastectomia profilática e após o procedimento; (4) observar se a opção pela mastectomia profilática teve por base o respeito aos princípios tradicionais da bioética, principalmente o da autonomia.

Metodologia

Para o estudo, foi escolhida a metodologia de pesquisa qualitativa, que segundo Minayo (2) é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas.

Empregou-se a técnica de coleta de depoimentos/narrativas de mulheres mastectomizadas profilaticamente. Foi também analisado/traduzido o significado do silêncio (o dizível e o indizível). A partir do relato das entrevistadas foi captado o sentido subjacente aos depoimentos, uma vez que “os processos inconscientes não podem ser facilmente vistos ou examinados” (Hall, *apud* Gonçalves, 15). Dessa forma, foi também trabalhado o pensamento que ocorre mas muitas vezes é negado: aquele que fica embutido. Quanto a traduzir o silêncio: “Entre o dizer e o não dizer desenrola-se todo um espaço de interpretação no qual o sujeito se move” (Orlandi, *apud* Gonçalves, 15).

Foram selecionadas cinco mulheres mastectomizadas bilateralmente há mais de seis meses,

para tratar – mesmo com a possibilidade de tratamento conservador – e fazer a profilaxia do câncer. Todas fizeram reconstrução mamária imediata e são assistidas em clínicas privadas especializadas do DF. Aceitaram participar do estudo após terem sido esclarecidas do objetivo da pesquisa e assinado um termo de consentimento livre e esclarecido. Acredita-se que a amostra seja significativa porque, além de a bioética usar esse tipo de metodologia, como se trata de pesquisa qualitativa o importante não é o número de pessoas que presta a informação, mas o significado que suas manifestações têm em função do que se busca na pesquisa (16).

Para a ausculta dos depoimentos (gravados) foi utilizado um roteiro preestabelecido, com perguntas abertas e observação participante, sobre conversas informais, comportamentos, gestos e expressões que diziam respeito ao tema pesquisado. Este procedimento ocorreu no domicílio das mulheres alvo da pesquisa: “Observar as pessoas em seu próprio território implica, assim, observar, juntar-se a elas (observação participante), falar com elas (entrevistas, grupos focais e conversas informais) e ler o que elas escreveram” (17).

As fitas foram transcritas e analisadas buscando-se os temas fundamentais, seguindo os referenciais tradicionais da bioética de raiz principialista – autonomia, beneficência, não-maleficência. Ao final, foi traçado o perfil e a qualidade de vida atual das mulheres submetidas à mastectomia profilática.

Para o estudo e interpretação dos relatos das entrevistadas foi utilizada a técnica de análise

de conteúdo, em especial a análise temática. Para tanto, foram utilmente empregadas as duas primeiras etapas citadas por Bardin (18): a pré-análise e a exploração do material. As entrevistas gravadas foram integralmente transcritas e, posteriormente, selecionadas as categorias temáticas para o estudo. Dois instantes do processo vivenciado por essas mulheres foram selecionados, identificados como o contexto circunstancial do diagnóstico (o momento do diagnóstico e a tomada de decisão sobre o tratamento) e o da vida após a mastectomia profilática (repercussões sociais, sexuais e psíquicas, redução do medo do câncer de mama e satisfação com o resultado).

Resultados

As entrevistas foram realizadas com cinco mulheres que tiveram diagnóstico de câncer de mama unilateral e aceitaram fazer a mastectomia profilática (bilateral), com intervalo de 9 meses a 2 anos e 2 meses. As entrevistadas têm idade entre 28 e 63 anos e pertencem à classe média; quatro têm nível educacional superior e uma cursa faculdade; duas são casadas, têm filhos e vivem com o companheiro; uma é divorciada (sem companheiro na ocasião do tratamento) e não tem filhos; duas são solteiras, uma delas com filho. Uma fez tratamento de depressão há muito tempo e as outras quatro não têm história de desestabilidade emocional. Todas, anteriormente às cirurgias, realizavam exame periódico das mamas com mastologista ou ginecologista.

Paciente 1 - Fazia acompanhamento com mastologista. Três anos antes, foi submetida à bióp-

sia na mama direita, que mostrou lesão marcadora para câncer de mama (carcinoma lobular *in situ*). Os exames de imagem realizados em novembro de 2003 mostraram três áreas suspeitas de malignidade no quadrante superior externo da mama esquerda, confirmada à biópsia. Foi então indicada a mastectomia bilateral. Submeteu-se à mastectomia com preservação de pele e retirada do complexo aréolo-papilar bilateralmente, pesquisa do linfonodo sentinela (primeiros linfonodos que captam o radioisótopo injetado na mama) e reconstrução imediata com retalho miocutâneo do músculo retoabdominal. O exame histopatológico mostrou carcinoma lobular invasivo (multicêntrico), carcinoma ductal invasivo (não mensurável, multifocal), carcinoma lobular *in situ* (multifocal) e carcinoma ductal *in situ* (multifocal) na mama esquerda. Na mama direita foi encontrado um carcinoma ductal invasivo de 0,2 x 0,4mm, de baixo grau. Foi submetida à quimioterapia adjuvante e faz hormonioterapia. Está satisfeita com o resultado estético, apesar de ainda não ter feito o segundo tempo da reconstrução (complexo aréolo-papilar). Não tem limitações físicas, psíquicas ou sexuais.

Paciente 2 - Fazia acompanhamento com ginecologista, que a encaminhou ao mastologista quando a mamografia mostrou grupamento de microcalcificações indeterminadas. Fez acompanhamento clínico e de imagem por algum tempo, até que a mamografia mostrou uma área de forte suspeição de malignidade na mama direita. Foi indicada mastectomia profilática e realizada adenomastectomia bilateral com preservação do complexo aréolo-papilar, pesquisa do linfonodo sentinela e reconstrução

imediate com prótese de silicone. O exame histopatológico mostrou um carcinoma tubular de 1,0 x 0,5mm na mama direita. Não tem limitações físicas, está satisfeita com o resultado estético – apesar do fato de que gostaria de ter mamas maiores – mas a cicatriz da quelóide a incomoda. Aposentou-se, mas sente falta do ambiente de trabalho. Preocupa-se muito com a falta do tratamento adjuvante que as outras portadoras de câncer de mama fazem e ela não fez.

Paciente 3 - Fazia controle com mastologista e não tinha lesão de risco aparente. Fez mamoplastia e o exame histopatológico de retalho retirado da mama mostrou carcinoma ductal *in situ*, com comprometimento de bordo cirúrgico. A mastectomia foi indicada como a melhor opção, porque as duas mamas haviam sido operadas sem cuidados oncológicos. Foi orientada quanto aos outros tipos de tratamento menos invasivos que poderia fazer. Pesquisou sobre câncer de mama e decidiu, por confiança, seguir a orientação da médica, fazendo a mastectomia profilática com a retirada do complexo aréolo-papilar e a reconstrução imediata com retalho miocutâneo do músculo retoabdominal e prótese de silicone. Não foi encontrado tumor residual no exame histopatológico. Não fez tratamento adjuvante. Sente-se tranqüila porque sabe que não mais vai ter câncer de mama. Está satisfeita com o resultado estético, apesar de sentir que as mamas ficaram pequenas e a sensibilidade demonstrar-se diferente. Ainda não fez o segundo tempo da cirurgia, o complexo aréolo-papilar. Não tem limitações físicas, mas o abdome a incomoda (tela).

Paciente 4 - Teve diagnóstico de câncer um mês após a mamoplastia, quando o cirurgião plástico lhe disse que havia sido encontrado um nódulo no tecido retirado da mama esquerda, que revelou-se maligno. Foi encaminhada ao mastologista, que indicou a adenomastectomia subcutânea bilateral. Para não correr mais risco de ter câncer nas mamas, aceitou a indicação e fez a reconstrução imediata, com prótese de silicone. Fez linfadenectomia axilar à esquerda, com diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante, e pesquisa do linfonodo sentinela à direita, onde foi encontrado um carcinoma ductal *in situ*. Fez quimioterapia e radioterapia. No período do tratamento continuou a trabalhar e seguiu a vida normalmente, com exceção da faculdade, que foi interrompida. Teve o apoio da família, dos amigos e da sua igreja. Está satisfeita com o resultado estético – segundo ela, melhor do que antes da cirurgia. Não tem limitações físicas, a não ser de vez em quando, momentos em que o braço esquerdo edemacia e dói. Acha que o câncer foi um presente de Deus, porque aprendeu a viver melhor.

Paciente 5 - Fazia os exames periodicamente e ficou surpresa quando da revelação do câncer. O médico responsável pelo diagnóstico lhe deu duas opções de tratamento: a mastectomia com linfadenectomia axilar direita ou a quadrantectomia (retirada de um quadrante da mama) com linfadenectomia axilar direita. Procurou outro mastologista que lhe prestou as informações de que precisava: poderia retirar só o quadrante afetado (ampliar margens) e fazer radioterapia na mama, retirar toda a mama direita ou fazer a mastectomia bilateral (profilaxia) com reconstrução mamária imediata. Em qualquer opção,

seria feita a pesquisa do linfonodo sentinela. Se esta não revelasse comprometimento pelo câncer, não seria realizada a linfadenectomia axilar. Optou pela mastectomia bilateral, mas teve dúvidas quanto à reconstrução, que foi resolvida e realizada com retalho miocutâneo do músculo grande dorsal e prótese de silicone. Não teve problemas psicológicos nem físicos (a não ser algumas dores, resolvidas com a fisioterapia). Aposentou-se, voltou a estudar e faz trabalhos filantrópicos. Está muito satisfeita com o resultado do tratamento, pois o mesmo diminuiu muito o medo de ter câncer de mama e as mamas ficaram bem mais bonitas que as anteriores. Voltou a ter atividade sexual e não tem vergonha de mostrar o corpo.

Discussão

O primeiro momento da pesquisa – contexto circunstancial do procedimento – consistiu no resgate das circunstâncias que envolveram o processo pelo qual passaram as cinco entrevistadas, do diagnóstico ao tratamento cirúrgico. Para duas mulheres o diagnóstico de câncer foi surpresa, porque feito não através de investigação clínica ou de imagem, mas pelo exame histopatológico de parte de tecido mamário retirado em cirurgia plástica.

“Para mim, o diagnóstico foi uma surpresa porque eu tinha acabado de fazer uma cirurgia plástica de mama, há um mês. Foi-me dito que não tinha sido encontrada nenhuma alteração mas que o tecido retirado seria encaminhado para exame histopatológico de rotina. Eu nem me preocupei em buscar o resultado. Mais de um mês depois é que eu o peguei. Quando li carcinoma entrei em pânico” (paciente 3).

“Eu tive o diagnóstico através de uma mamoplastia, um mês depois, quando o cirurgião plástico me disse que tinha sido encontrado um nódulo. Perguntei logo se era maligno ou benigno, ele disse que era maligno e me encaminhou ao mastologista. No impacto da notícia eu só pensei na minha filha e na minha mãe, porque eu achava que ia morrer e não ia acompanhar a vida delas” (paciente 4).

Percebe-se como o câncer está associado ao medo da morte, inerente à condição humana. Thomas Hobbes, filósofo inglês do século XVII, disse que quando nasceu sua mãe deu à luz a gêmeos: ele e o medo.

Ao se analisar a tomada da decisão para o tratamento, pôde-se perceber que a aceitação da mastectomia profilática, em todas as pacientes, decorreu da confiança no médico. Algumas tinham melhor entendimento das opções.

“Eu fiquei arrasada, mas sabia que estava em boas mãos” (paciente 1).

“Eu fiz o que o médico queria, não o que eu escolhi” (paciente 3).

“Confio muito no médico e a gente deixa em suas mãos. Quem somos nós, leigos, para dizer não. Deixa aí e futuramente acontece alguma coisa que não foi por falta de falar e a coisa agrava muito mais” (fala do esposo da paciente 2).

“Achei que não deveria tirar as duas, mas ele me convenceu que era melhor. Eu confiei no médico. Tem que fazer, então vamos cortar o mal pela raiz” (paciente 4).

“Confiei na médica, que me orientou mais dando todas as opções. Acabo com o proble-

ma. Já tiro as duas mamas, já faço a reconstrução e não tenho que voltar mais tarde” (paciente 5).

Essas declarações revelam claramente o caráter assimétrico da relação médico-paciente. Isto acontece devido à fragilidade do paciente, que, ameaçado pela possibilidade de morte pelo câncer, tem que se colocar sob os cuidados de outro. Assim, perde a autonomia e transfere a responsabilidade por si a outro, possuidor de uma autoridade técnica proveniente do saber (19).

Autonomia pessoal implica no governo pessoal do “eu”, que é livre tanto de interferências controladoras por parte de outros como de limitações pessoais que obstem a escolha expressiva da intenção, tal como a compreensão inadequada. O indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano escolhido por si próprio. Em contrapartida, uma pessoa com a autonomia reduzida é, ao menos em alguns aspectos, controlada por outros ou incapaz de deliberar ou agir com base em seus desejos e planos (20).

Todo saber implica em poder. A competência profissional que se traduz numa prática social inclui poder, que gera relações de subordinação, de intensidade variável. O médico deve administrar a dimensão ética de sua relação com o paciente dissociando o exercício da competência médica do exercício do poder a ela associado. Este é o cuidado ético que deve caminhar junto ao cuidado terapêutico. Deve ser entendido que os benefícios devidos ao paciente não se restringem à esfera terapêutica no sentido técnico e operacional, lembrando que o paciente é

um sujeito autônomo, moral, histórico e social que manifesta um problema.

Ao atender o paciente, o médico busca os princípios da beneficência e da não-maleficência. O princípio da beneficência se refere à obrigação moral de agir em benefício de outros (20). A não-maleficência, por sua vez, determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente. O princípio da não-maleficência está contido no juramento de Hipócrates: “Aplicarei o regime para o bem dos doentes, segundo o meu saber e a minha razão, e nunca para prejudicar ou fazer mal a quem quer que seja”.

Na relação médico-paciente é fundamental que se entenda e vivencie a beneficência, sem confundir-la com o paternalismo. Devido à assimetria da relação, faz-se necessário que o médico não assuma a fragilidade do paciente retirando a sua autonomia. A decisão do médico é baseada no conhecimento e raciocínio; a do paciente, no medo. A maioria dos pacientes não quer decidir e outorga esse direito para o médico. Existe um vínculo muito forte entre a beneficência e a autonomia, podendo-se dizer que o limite da beneficência é a autonomia (19). Sempre que a beneficência ultrapassar os limites da consideração do paciente como sujeito autônomo, instala-se o paternalismo. É nesse ponto que os problemas éticos podem surgir (19). Para evitar isso, o médico deve orientar o paciente com: “(...) informações que devem esclarecer a natureza do tratamento, suas conseqüências previsíveis, riscos eventuais e a existência de alternativa. Essas informações devem ser comunicadas em uma linguagem

acessível e compreensível para o paciente ou para o sujeito; pode-se esperar a exigência de uma informação mais completa e detalhada para o sujeito de uma pesquisa do que para o paciente comum. O consentimento deve ser autêntico e livre, isto é, sem coerção nem fraude” (21).

O segundo momento da pesquisa – vida após a mastectomia profilática – considerou o processo vivido pelas mulheres da amostra desde o pós-operatório imediato até o momento da entrevista em que foi analisada a qualidade de vida das mesmas. Quanto à repercussão social, não houve alteração negativa. Duas delas continuam trabalhando (as mais jovens): uma na mesma empresa; a outra fez concurso para um órgão público, tendo tido medo de não ser aprovada no exame médico devido ao estigma do câncer, o que não aconteceu. Duas outras se aposentaram: uma voltou a estudar e tem atividade filantrópica; a outra sente falta do trabalho, mas a aposentadoria lhe traz vantagens (isenção do imposto de renda). Outra está aguardando a aposentadoria por “invalidez” para ter o benefício da isenção do imposto de renda. Todas permanecem com as mesmas atividades sociais. Quanto à repercussão sexual, nenhuma relatou problema. Uma delas, que não tinha atividade sexual, atualmente está com um companheiro e não sente vergonha ao lhe mostrar o corpo. Todas estão bem psiquicamente, sem limitações físicas e satisfeitas com o resultado estético. Algumas estão mais satisfeitas com as novas mamas do que com as anteriores.

“Gosto mais delas agora que antes, porque elas estavam flácidas e caídas” (paciente 4).

“Falo para o meu marido: olha fulano, agora eu estou bonita... podiam ser maiores, mas não deu... sempre quis ter mamas grandes” (paciente 2).

“Ainda não fiz o segundo tempo, mas gosto delas... e minha barriga, o doutor tirou todas as minhas estrias...” (paciente 1).

“O resultado está bom, mas a gente não sente... quando a gente olha no espelho, o corpo é diferente... a mama é diferente... pequena, lá em cima” (paciente 3).

“Minha auto-imagem melhorou... as mamas ficaram muito boas” (paciente 5).

Com relação à redução do medo do câncer de mama, pode-se perceber o quão significativo isto foi para todas:

“Estou muito contente... tendo tirado a outra mama, com certeza estou mais tranqüila... a minha decisão de retirar a outra foi acertada” (paciente 5).

“Apesar da radicalidade da minha cirurgia, me sinto muito mais segura do que as outras que não fizeram o mesmo... estou muito mais segura agora. O que me dá tranqüilidade é saber que não estou correndo risco de ter outro câncer de mama” (paciente 3).

“Não corro mais nenhum risco de ter câncer de mama” (paciente 4).

“Fiz a cirurgia e fiquei tranqüila... meus médicos – o cardiologista e o ortopedista – diziam que eu estava ótima... Aí é que veio o problema maior: minhas colegas perguntavam porque eu tive câncer e não fiz radio ou quimioterapia ou não tomo remédio por cinco anos. Todas as pessoas que foram “cirurgiadas” fazem outro

tratamento, mesmo as que tiram só um pedaço... e eu que tirei as duas? Foi dando uma angústia...(choro). Não estou tendo nenhum tratamento para não aparecer em outro lugar... Não vou ter mais câncer de mama. Graças a Deus foi colocado na nossa vida um profissional competente. Levo a vida normal. Só quando me lembro é que me sufoca. Mesmo que o médico fale que eu não tenho nada, me preocupo por não ter feito outro tratamento” (paciente 2).

“Tenho medo de ter metástase em outros lugares... sei que metástase não tem solução... confio na tecnologia de tratamento... na mama não tenho tanto medo... tenho medo de não ser diagnosticado novamente, porque tirei tudo, não sei o que restou nas axilas” (paciente 1).

Embora a literatura mostre as repercussões indesejáveis da cirurgia, como a sensação de mutilação, alteração da auto-imagem, desinteresse sexual, vergonha, ansiedade, depressão, medo da recorrência e da morte, o presente estudo mostrou que todas as cinco pacientes participantes da pesquisa estão satisfeitas com sua atual qualidade de vida e com o resultado da cirurgia. Algumas sem medo de ter câncer nas mamas e outras tranqüilas, porque reduziram significativamente a probabilidade de reincidência.

Considerações finais e conclusões

A análise das falas das pacientes estudadas mostra que foi possível observar, por um lado, o medo do câncer e da morte e, por outro, a satisfação com o resultado do tratamento, seja com a estética, que melhorou a percepção da auto-imagem, seja com a tranqüilidade de que não mais terão câncer de mama.

A corrente principialista da bioética (baseada em princípios *prima facie*) é uma ferramenta disponível para a análise moral de diferentes conflitos, pois dá uma orientação ética. Por meio dela, no caso das pacientes submetidas à mastectomia profilática, se conseguiu chegar a uma aproximação da compreensão da relação médico-paciente. Pode-se perceber que a assimetria nessa relação é evidente, devido à fragilidade das pacientes ameaçadas pela doença – ainda fortemente ligada à morte – e o poder do médico, prerrogativa que lhe é conferida pelo saber científico. A maioria das pacientes não quer ter o ônus da decisão e entrega essa responsabilidade ao médico. A decisão deste profissional é baseada no conhe-

cimento e no raciocínio; a da paciente, na emoção e no medo. Essa relação unilateral envolve esses dois sujeitos – o profissional e o paciente – no mais importante de todos os interesses: a vida. Isso, às vezes, faz com que um deles – o paciente – perca a autonomia.

Faz-se necessária uma mudança de paradigma nessa relação. O paciente precisa receber do médico todas as informações a respeito de sua doença, juntamente com as diferentes e possíveis opções de tratamento, para poder tomar sua decisão de modo autônomo, baseada também no saber, e não ter que ser convencido apenas porque o médico diz que aquilo é o melhor para ele.

RESUMEN

Mastectomía profiláctica: reflexiones bioéticas

La mastectomía profiláctica es una cirugía que retira las mamas para minimizar el riesgo de incidencia del cáncer, llegando a alcanzar el 90% de reducción en su ocurrencia. Para este artículo, fue realizado un estudio cualitativo basado en la historia de cinco mujeres que les fue diagnosticado cáncer de mama unilateral y decidieron hacerse mastectomía bilateral con reconstrucción inmediata. La calidad de vida de las pacientes fue evaluada después del procedimiento, incluyendo una reflexión bioética sobre este tipo de intervención, considerada agresiva y con indicaciones aún controvertidas. Los resultados fueron analizados contemplando el diagnóstico y la tomada de decisión por esta opción de tratamiento, insiriéndose el contexto de la calidad de vida después de la cirugía. A pesar del miedo del cáncer, que vuelve a las pacientes más frágiles a punto de tener su autonomía disminuida, dejando la decisión en manos del médico, se concluyó por la evaluación positiva de las mismas con el resultado final del proceso.

Unitérminos: cáncer de mama, calidad de vida, bioética, autonomía

ABSTRACT

Prophylactic mastectomy: bioethical reflections

Prophylactic mastectomy is a surgery that removes the breasts for minimizing the risk of cancer incidence, which comes to attain up to 90% of reduction in its occurrence. For this article, a qualitative research was made based on the story of five women who had unilateral breast cancer diagnosed and decided for a bilateral mastectomy with immediate reconstruction. The life quality of these patients was assessed after the procedure, including a bioethical reflection on this type of intervention, which is considered as aggressive and whose indications are still controversial. Findings were analyzed by contemplating the diagnosis and the decision-making for such treatment option, inserting the context of life quality after the surgery. The fear of cancer makes patients more fragile, to the point of reducing their autonomy and leaving the decision up to their physician; despite all that, the patients in this study have positively evaluated the process result.

Uniterms: breast cancer, life quality, bioethics, autonomy

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da incidência de câncer para 2005. Rio de Janeiro: MS/Inca, 2005.
2. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.
3. Ariès P. História da morte no ocidente. São Paulo: Francisco Alves, 1977.
4. Carvalho MMMJ. Resgatando o viver. In: Carvalho MJ, coordenador. Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summs, 1988.
5. Boff RA. Mastologia aplicada: abordagem multidisciplinar. Caxias do Sul: Educus, 2001.
6. Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, editores. Diseases of the breast. Philadelphia: Lippincott, 1996.
7. Veronesi U. Mastologia oncológica. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.
8. Gail MR, Brinton LA, Byar DP, Corle DK. Projection individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. Nat Cancer Inst 1989;81:1879-86.
9. Hartmann LC, Schaid DJ, Woods JE, Crotty TP, Myers JL, Arnold PG et al. Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women with family history of breast cancer. N Engl J Med 1999;340:77.
10. Schrag D, Kuntz KM, Garber JE, Weeks JC. Decisions analysis-effects of prophylactic mastectomy and ooforectomy on life expectancy among woman with BRCA 1 or BRCA 2 mutations. N Engl J Med 1997;336(20):1465-71.
11. Herrinton LJ, Barlow WE, Yu O, Geiger AM, Elmore JG, Barton MB et al. Efficacy of prophylactic mastectomy in women with unilateral breast cancer. J Clin Oncol 2005;23 (19):4275-86.
12. Mastectomia profilática na prevenção do câncer de mama. Jornal Gineconews;1. Disponível em <http://www.gineconews.org/jornal/principaljornal.htm>. Acessado em 1 ago 2006.
13. Jonas H. Il principio responsabilità. Turim: Einaudi, 1991.

14. Boff L. Ethos mundial: um consenso mínimo entre os humanos. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.
15. Gonçalves EH. Desconstrução do preconceito em torno do portador do vírus Hiv/Aids a partir de uma análise bioética [tese]. Brasília: Universidade de Brasília, 2003.
16. Martinelli ML. Pesquisa qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999.
17. Pope C. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
19. Silva FL. Beneficência e paternalismo. Medicina 1997;10(88):9.
20. Beauchamp T, Childress J. Princípios de ética biomédica. 4ª edição. São Paulo: Loyola, 2002.
21. Durant G. Introdução geral à bioética. São Paulo: Loyola, 2003.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília
Caixa Postal 04451
CEP 70904-970
Brasília/DF - Brasil
e-mail: bioetica@unb.br